



Protocolo de Atenção à Saúde

Nutrição na Atenção Domiciliar

Área(s): Atenção Domiciliar e nutrição

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

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

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

1.2 Palavra(s) chaves(s)

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

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

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

2- Introdução

A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída pela Portaria nº2.029 de 24 de agosto 2011, reformulada pela Portaria nº 2.527 de 27 de outubro 2011, sofreu alterações e acréscimos de dispositivos pela Portaria nº 1.533 de 16 de julho de 2012, foi novamente reformulada pela Portaria nº963 de 27 de maio de 2013 e posteriormente redefinida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 825 de 25 de abril de 2016. Em 2018 a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) publica a Portaria nº55 de 16 de janeiro de 2018 que estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal^{1,2,3,4,5,6}.

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

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

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

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

3- Justificativa

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

Os objetivos da Avaliação Nutricional Domiciliar são:

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

- Avaliar a indicação da via de nutrição prescrita, pelo médico assistente, mais adequada para à terapia nutricional, em conformidade com a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);

- Solicitar exames laboratoriais;
- Prescrever suplementos nutricionais;
- Promover educação nutricional;
- Monitorar o estado nutricional do paciente desde a admissão até a alta.

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

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

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

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

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

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

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

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

6- Critérios de Inclusão

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

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

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

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

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

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

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

Critérios administrativos⁶:

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

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

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

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

Critérios assistenciais⁶:

I - Possuir um responsável que exerça a função de cuidador;

II - Apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente.

7- Critérios de Exclusão

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

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

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

8- Conduta

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

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

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

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

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

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

Material de trabalho necessário para cada nutricionista de NRAD

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

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

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

8.1 Conduta Preventiva

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

- **Desnutrição:** Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratorial. Avaliar a necessidade de suplementação específica via oral/enteral. Acompanhar a evolução do estado nutricional.

- **Lesões por pressão:** Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratoriais (avaliar função renal e hepática). Identificar o grau da lesão por pressão por meio do diagnóstico da equipe de enfermagem. Avaliar a necessidade de suplementação via oral/enteral, hiperproteica, com nutrientes específicos, que auxiliem a cicatrização. Acompanhar a evolução da cicatrização.

- **Sonda Nasoenteral/Ostomia:** Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratoriais. Avaliar a necessidade de suplementação específica via oral/enteral. Acompanhar a evolução do estado nutricional. Demais orientações vide Anexo 4.

- **Constipação:** Avaliar as necessidades hídricas, a necessidade de suplementação com fibras, probióticos ou outros nutrientes específicos (glutamina etc), indicação de “coquetel laxante” (Anexo 8).

- Diarreia: Avaliar as necessidades hídricas, a necessidade de suplementação com fibras, probióticos ou outros nutrientes específicos (glutamina etc).

- Desidratação: Avaliar as necessidades hídricas e de reposição de eletrólitos. Realizar a avaliação nutricional, exames clínico, físico e laboratoriais.

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

8.2 Tratamento Não Farmacológico

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

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

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

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica

9- Benefícios Esperados

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

10- Monitorização

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

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

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

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

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

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

11- Acompanhamento Pós-tratamento

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

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

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

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

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

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

O controle de indicadores será feito por dois meios:

13.1. Consolidado mensal de dados:

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

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

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

13.2. E-SUS AB:

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

14- Referências Bibliográficas

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html

2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html

3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html

4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único e Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

5. BRASIL. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 55 de 16 de janeiro de 2018. Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-n%C2%BA-55-2018-Estabelece-normas-e-diretrizes-referentes-%C3%A0-organiza%C3%A7%C3%A3o-da-Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar-da-SES-DFI.pdf>

6. DANTAS, I.C.; PINTO JUNIOR, E.P.; MEDEIROS, K.K.A.S.; SOUZA, E.A. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Revista Kairós, Gerontologia. São Paulo: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2017.

7. OLIVEIRA, S.G.; KRUSE, M.H.L. Melhor em Casa: dispositivo de segurança. Texto Contexto Enferm., 2017.

8. GRAMLICH, L. et al. Home Enteral Nutrition: Towards a Standard of Care. Nutrients, v. 10, n. 8, p.1020, 2018.

9. VARGAS, M.P. et al. Avaliação do Estado Nutricional de Pacientes em Uso de Terapia Nutricional Enteral. REBONE, v.12, n.75, p.830-840. 2018.

10. TOLEDO, D.O. et al. Campanha “Diga Não à Desnutrição”: 11 Passos Importantes para Combater a Desnutrição Hospitalar. BRASPEN J, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018.

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

ANEXOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - ATENDIMENTO DOMICILIAR

I- DADOS PESSOAIS

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

II- DADOS CLÍNICOS

--

Diagnóstico Clínico

--

III – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

i. ANAMNESE ANTROPOMÉTRICA

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

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

Peso habitual ou a 6 meses atrás: kg

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

ii. ANAMNESE ALIMENTAR

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

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

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

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

- Sintomas gastrotintestinais (que persistem > 2 semanas):
 Disfagia e/ou odinofagia Náuseas Vômitos Obstipação Diarréia (> 3 evacuações líquidas) Hiporexia Anorexia, distensão abdominal, dor abdominal.
 Outros: _____

IV - EXAME FÍSICO

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

V – CAPACIDADE FUNCIONAL

- Sem disfunção
- Disfunção / Há quanto tempo: _____
- Acamado.

Demanda Metabólica: Baixo estresse Moderado estresse Elevado estresse

VI – HÁBITOS DE VIDA/CUIDADOS

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

VII – ANTROPOMETRIA

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

VIII – RECORDATÓRIO ALIMENTAR

Tipo de dieta: Industrializada Mista Artesanal

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

h	h		
h	h		
h	h		

Observações: Alergias Alimentares () Sim() Não

--	--	--	--

IX - DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

--

X – PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

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

Legenda: Gasto Energético Total (GET); Valor Energético Total (VET); gramas de proteína na dieta por Kg de peso (Ptn/Kg); Sonda nasogástrica (SNG); Sonda nasoentérica (SNE); Gastrostomia (GT); Jejunostomia (JT).

IX –CONDUTA NUTRICIONAL

--

Brasília, / /

Nutricionista/CRN

ANEXO 4. ORIENTAÇÕES GERAIS DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Para uma melhor orientação e atenção aos cuidadores e pacientes participantes do programa foram elaboradas orientações básicas padronizadas relativas à Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) tais como: preparo e administração da dieta, higiene, hidratação, entre outras²³.

Armazenamento

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

Cuidados de Higiene

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

Preparo e administração da dieta

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

Orientação nutricional após passagem de sonda

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

ANEXO 5. PORTARIA Nº 478, DE 06 DE SETEMBRO DE 2017

PORTARIA Nº 478, DE 06 DE SETEMBRO DE 2017

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o DECRETO nº 36.918, de 26 de novembro de 2015, publicado no DODF de 27 de novembro de 2015, páginas 03 a 10, republicado no DODF de 18 de janeiro de 2016, páginas 01 a 07, que dispõe sobre a nova estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Considerando o disposto nas Portarias nº 29 – SVS/MS, de 13 de janeiro de 1998, nº 822-MS, de 06 de junho de 2001, nº 2.529 – MS de 19 de outubro de 2006, e nº 113 – SES, de 03 de agosto de 2004; nas Resoluções RDC nº 63 – ANVISA/MS, de 06 de julho de 2000, RDC nº 11 – ANVISA/MS, de 26 de janeiro de 2006, e nº 304 – Conselho Federal de Nutricionistas, de 26 de fevereiro de 2003.

Considerando a necessidade de definir normas e critérios para o cadastramento dos pacientes e para a dispensação ambulatorial de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar, no âmbito do Distrito Federal,

RESOLVE:

1 - APROVAR o Regulamento Técnico para o Fornecimento de Fórmulas para Fins Especiais para Atendimento Domiciliar, no âmbito do Distrito Federal, constante dos Anexos desta Portaria;

2 - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 156/2004 – SES/DF, a Portaria nº 20/2007 – SES/DF, a Portaria nº 94/2009 – SES/DF, a Portaria nº 06/2016 – SES/DF e demais disposições em contrário.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I

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

1. OBJETIVO:

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

2. DEFINIÇÕES:

Para efeito deste Regulamento Técnico são adotadas as seguintes definições:

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

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

2.3. Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e responsável por seguir as orientações da equipe de saúde referentes à dieta, higiene, mobilização do paciente, dentre outras estabelecidas no plano terapêutico do paciente. Atua também como canal de comunicação entre o paciente e a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

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

3.1. Prescrição da TNE:

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

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

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

a) Em relação à apresentação da fórmula enteral:

i. Fórmulas em pó – discriminar os quantitativos em gramas;

ii. Fórmulas líquidas – discriminar os quantitativos em mililitros;

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

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

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

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

3.1.6. Quando necessários para a viabilização da prática da TNED, os equipos para administração da NE podem ser solicitados de acordo com a Portaria nº 113 de 03 de agosto de 2004 – SES/DF;

3.1.7. O nutricionista deve prescrever a fórmula enteral mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, de acordo com o elenco de fórmulas padronizadas pela SES constantes na RELAÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR, elaborada e divulgada pela Gerência de Nutrição;

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

a) São considerados prioritários para o programa pacientes que tenham vias de acesso enterais (sondas nasogástricas – SNG – sondas nasoentéricas – SNE – gastrostomias – GT – ou jejunostomias – JT) e que não podem, não devem ou não conseguem se alimentar por via oral e não atingem de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais por via oral, mas que possuem o Trato Digestório parcial ou totalmente funcionante.

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

b1) Fibrose Cística;

b2) Epidermólise Bolhosa Congênita;

b3) Erros Inatos do Metabolismo que necessitam de fórmulas especiais;

b4) Doença inflamatória intestinal;

b5) Epilepsia refratária em tratamento com dieta cetogênica;

b6) Alergia à proteína do leite de vaca, com diagnóstico clínico confirmado, até completarem 2 (dois) anos de idade;

b7) Galactosemia até completarem 2 (dois) anos de idade, podendo ser prorrogado até os 5 anos de idade, desde que desnutridos ou em risco nutricional;

- b8) Disfagia que necessitem de espessante;
- b9) Úlcera por pressão, desde que desnutridos ou em risco nutricional;
- b10) Pacientes desnutridos portadores de:
 - b10.1) Doença Renal Crônica (DRC), que atendam ao menos a um dos seguintes critérios:
IMC \leq 18,5 kg/m², ou
Perda Ponderal Recente (PPR) \geq 10% nos últimos 6 meses, ou Albumina \leq 2,5 mg/dL (pacientes em diálise: \leq 3,0 mg/dL).
 - b10.2) Câncer, que atendam ao menos a um dos seguintes critérios: ASG ou ASG-PPP: risco nutricional grave, ou
IMC \leq 18,5 kg/m², ou Perda Ponderal Recente (PPR) \geq 5% nos últimos 6 meses, ou
IMC $<$ 20 kg/m² e Perda Ponderal Recente (PPR) \geq 2% nos últimos 3 meses, ou Albumina \leq 2,5 mg/dL.
 - b10.3) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que atendam ao menos a um dos seguintes critérios:
ASG: risco nutricional grave, ou
IMC \leq 18,5 kg/m², ou
Perda Ponderal Recente (PPR) \geq 5% nos últimos 6 meses, ou
Albumina \leq 2,5 mg/dL.
 - b10.4) Idosos, que atendam ao menos a dois dos seguintes critérios: MAN: risco nutricional grave,
IMC \leq 22 kg/m²,
Perda Ponderal Recente (PPR) \geq 10% nos últimos 6 meses, Albumina \leq 2,5 mg/dL.

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

3.1.9. O cadastro dos pacientes contemplados no item 3.1.8.b10 terá validade de 1 (um) ano, a contar da primeira prescrição dietética, quando os critérios de indicação deverão ser novamente avaliados para prorrogação do cadastro por mais 1 (um) ano).

- a) Não há limite definido de prorrogação de cadastro, desde que se comprove continuidade de atendimento aos critérios.
- b) Se não for comprovada continuidade de atendimento aos critérios, o paciente será automaticamente descadastrado ao final do período autorizado.
- c) A autorização por 1 (um) ano não exige o paciente de ser reavaliado a cada 3 (três) meses, conforme disposto no item 8.2.

3.1.10. A Gerência de Nutrição poderá alterar (substituir, incluir ou excluir) os itens da **RELAÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR**, conforme indicação e necessidades nutricionais dos pacientes;

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

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

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

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

3.1.15. Para fins de Prescrições Médica da TNE e Dietética de FE para atendimento domiciliar, os nutricionistas e médicos devem ser cadastrados na Gerência de Nutrição, conforme modelo de Cadastramento nos Anexos VI e VII.

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

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

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

- a) indisponibilidade para contatos efetuados pela Gerência;
- b) duas faltas injustificadas a reuniões com a Gerência de Nutrição.

3.1.16. O exercício das atividades relativas ao PTNED é exclusivo ao profissional enquanto desenvolve suas atribuições no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal ou da rede a ela conveniada.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

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

- a) Ser domiciliado no Distrito Federal;
- b) Ser usuário do SUS/DF;
- c) Apresentar consentimento formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo II);
- d) Ter sido atendido ou internado previamente pela doença de base nas Unidades de Saúde da Rede da SES/DF e Unidades Hospitalares conveniadas do SUS/DF;
- e) Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação em formulário específico da SES/DF (Anexo IV);
- f) Apresentar estabilidade clínica;
- g) Possuir cuidador com condições sociais e culturais satisfatórias para o correto esclarecimento sobre as práticas da TNED e que seja capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente as fórmulas para fins especiais;
- h) Possuir condições domiciliares adequadas para o preparo, administração e armazenamento da FE, ou seja, possuir no domicílio energia elétrica, geladeira, água potável e saneamento básico;
- i) Atender aos critérios de indicação estabelecidos no item 3.1.8.

4.2. É de responsabilidade do Assistente Social a avaliação do candidato a TNED no que tange ao descrito nos subitens 4.1.g e 4.1.h, anteriormente citados, conforme formulário padronizado (Anexo V).

5. CADASTRAMENTO DO PACIENTE:

5.1. O paciente com indicação de TNED deve ser cadastrado por nutricionista cadastrado no PTNED, conforme item 3.1.15, após atendimento dos critérios de elegibilidade explicitados no item 4 deste regulamento.

5.2. Os documentos necessários para o cadastramento são:

- a) Relatório Médico: elaborado em formulário específico (Anexo IV), por profissional médico da SES/DF, devidamente cadastrado na Gerência de Nutrição;
- b) Relatório Nutricional: elaborado em formulário específico (Anexo III) por profissional nutricionista da SES/DF, devidamente cadastrado na Gerência de Nutrição;
- c) Relatório do Serviço Social: elaborado por profissional assistente social da SES/DF, em formulário específico (Anexo V);
- d) Cópia dos documentos de identidade e do cadastro de pessoa física - CPF do paciente. Se for criança e ainda não possuir carteira de identidade, pode-se anexar cópia da certidão de nascimento.
- e) Cópia do comprovante de residência: conta de água, energia, telefone fixo, internet fixa ou TV por assinatura residencial em nome do paciente ou responsável (pais). Caso o

comprovante esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento. Caso o comprovante não esteja no nome do paciente, dos pais, ou do cônjuge, anexar declaração do proprietário (independente do grau de parentesco com o paciente), informando em que condições o paciente reside no imóvel (alugado, emprestado, etc.), bem como cópia dos seus documentos de identidade e CPF;

f) Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo II);

g) Caso o requerente não seja o próprio paciente ou parente próximo, anexar declaração informando qual a relação entre o requerente e o paciente.

5.3. Nos casos em que os processos não forem contemplados nesta Portaria, a Gerência de Nutrição, encaminhará os mesmos para apreciação e manifestação do Senhor Subsecretário de Atenção Integral à Saúde da SES/DF;

5.4. O processo, devidamente autorizado ou não, deverá ser restituído à Gerência de Nutrição para providências cabíveis.

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

6.1. A aquisição de fórmulas para nutrição enteral domiciliar deve ser realizada pela Gerência de Nutrição, responsável pela emissão do Pedido de Aquisição de Materiais (PAM);

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

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

7. DISPENSAÇÃO:

7.1. A dispensação de fórmulas para TNED deve ser feita mediante as seguintes etapas:

a) A Gerência de Nutrição, mediante o Requerimento do paciente, emitirá o Parecer Técnico quanto à(s) fórmula(s) prescrita(s), seguindo os passos explicitados no Anexo VIII;

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

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

8. MONITORAMENTO:

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

8.2. O intervalo máximo entre as reavaliações nutricionais não deve ser superior a 03 (três) meses;

8.3. O nutricionista, após o atendimento ao paciente, deve elaborar o Relatório Nutricional (Anexo III – opção Reavaliação) e encaminhá-lo à Central de Nutrição Domiciliar (CNUD);

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

8.5. O paciente em TNED deverá apresentar um Relatório Médico atualizado a cada 06 (seis) meses, elaborado pelo médico da SES/DF responsável por seu acompanhamento (Anexo IV);

a) O Relatório Médico deverá ser entregue ao nutricionista prescritor no momento da reavaliação nutricional, que ficará encarregado de encaminhá-lo à CNUD, juntamente com o Relatório Nutricional.

8.6. Cabe ao Nutricionista da CNUD realizar visitas de auditoria ao domicílio dos pacientes, em periodicidade a ser determinada pelo serviço, em que serão avaliadas as condições de moradia, armazenamento, preparo, administração das fórmulas e cuidados ao paciente.

- a) Caso seja(m) identificada(s) irregularidade(s) relativas aos critérios de inclusão definidos no item 4.1., ou seja(m) identificado(s) critério(s) de exclusão (item 10.1.), o nutricionista da CNUD poderá descadastrar o paciente do PTNED;
- b) O nutricionista da CNUD também poderá fazer ajustes da data de retorno ou recolher produtos excessivos acumulados desnecessariamente no domicílio do paciente;
- c) Após a visita domiciliar, o nutricionista da CNUD emitirá relatório que deverá ser encaminhado à GENUT e ao nutricionista prescritor que acompanha o paciente.

9. ALTA DO PROGRAMA:

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

- a) Capacidade de atender mais de 2/3 a 3/4 de suas necessidades nutricionais por alimentação via oral;
- b) Ausência de complicações que ponham o paciente em risco nutricional ou de vida;
- c) Alcance dos objetivos inicialmente propostos para a TNED.

10. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

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

- a) Inveracidade das informações prestadas;
- b) Não preenchimento do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;
- c) Ausência de cuidador identificado;
- d) Instabilidade clínica;
- e) Pacientes pediátricos portadores de alergia à proteína do leite de vaca com 2 anos de idade ou mais;
- f) Reabilitação da via oral, para pacientes sondados ou ostomizados;
- g) Mudança de domicílio para fora do Distrito Federal;
- h) Ausência de encaminhamento dos relatórios médico e nutricional de reavaliação ou relatórios incompletos;
- i) Alcance dos objetivos de curto e longo prazos, com conseqüente alta do tratamento;
- j) Não comparecimento para retirar os produtos prescritos por mais de 06 (seis) meses consecutivos, salvo nos casos em que for informado que o paciente permaneceu em internação hospitalar durante o período;
- k) Óbito.

10.2. O nutricionista deverá informar o motivo e o descadastramento do paciente à Gerência de Nutrição.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. Os casos não contemplados nesta Portaria serão analisados e deliberados pelo Excelentíssimo Senhor Subsecretário de Atenção Integral à Saúde da SES/DF.

ANEXO II

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

(Paciente), _____, residente em _____, telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____, CPF nº _____, está sendo admitido no Programa de Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED) e reconhece as normas e critérios que o definem.

Nos casos em que o paciente não tiver condições de responder legalmente, também deverá ser preenchido o cadastro de responsável abaixo e anexadas as cópias de RG, CPF, documento comprobatório do grau de parentesco ou procuração com firma reconhecida.

(Responsável), _____, residente em _____, telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____, CPF nº _____, (grau de parentesco) do paciente, está ciente e de acordo com as normas deste Termo, responsabilizando-se como cuidador junto ao Programa de Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED).

Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do PTNED, dentre as quais estão as elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo desta Portaria e demais instrumentos regulamentares do Programa (item 7 é de anuência opcional; marcar a opção correspondente):

- 1- Resido no Distrito Federal. Em caso de mudança para outro estado, devo informar à equipe do PTNED e não mais farei parte do Programa.
- 2- Possuo via de acesso enteral (sonda ou ostomia) ou preencho os critérios de inclusão para via oral.
- 3- Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar e óbito e mudança de endereço.
- 4- Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.
- 5- Sou capacitado ou possuo cuidador capacitado para corresponsabilizar-me pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.
- 6- Estou ciente que o uso das fórmulas fornecidas é de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida à Central de Nutrição Domiciliar, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
- 7- () Sim () Não: Autorizo o uso dos dados nutricionais, médicos e demográficos para fins de pesquisa e relatórios técnicos que a Gerência de Nutrição julgar necessários. Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais, não sendo divulgados dados pessoais que identifiquem os participantes. A participação não gera qualquer despesa ou pagamento ao participante. A recusa em autorizar o fornecimento dos dados não impedirá o cadastro do paciente no PTNED.

Brasília, de _____ de _____.

Assinatura do paciente Assinatura do responsável
(Quando for o responsável pelo cadastro)

ANEXO III

“PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR RELATÓRIO NUTRICIONAL

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

DADOS DO NUTRICIONISTA

Nome:

Unidade de atendimento:

Data da avaliação:

Validade do relatório (3 meses):

TIPO DE RELATÓRIO

() Cadastro - 1ª Vez [preencher parte 1]

() Reavaliação [preencher partes 1 e 2]

() Caráter excepcional [preencher parte 1; renovação: preencher partes 1 e 2; anexar relatório motivacional]

PARTE 1

DADOS DO PACIENTE

Nome :

Data de Nascimento: Idade: Telefone:

Diagnóstico clínico: CID: [se for APLV*, preencher parte 3]

***APLV: Alergia à Proteína do Leite de Vaca**

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

() Completa () ASG (Avaliação Subjetiva Global) () MAN-idosos (Mini Avaliação Nutricional – idosos)

() OMS-pediatria () Outra - especifique:

História clínico-nutricional:

Úlcera por pressão: () Sim () Não

Peso (kg): Altura (m): IMC (kg/m²):

Pediatria (escore Z): P/A: A/I: P/I: IMC/I:

Diagnóstico nutricional:

PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

Via de administração: () Oral () SNG/SNE () GT () JT

Duração do tratamento: () Curto: ≤ 6 meses () Longo: > 6 meses

Tipo de dieta: () Industrializada () Mista, nº de horários artesanal:

GET (kcal): VET (kcal): kcal/kg peso/dia: g PTN/kg peso/dia:

Alteração de prescrição: () Não () Sim, motivo:

Código SES	Quantidade/dia (g ou mL)	Quantidade/mês* (g ou mL)
() E () OU		
() E () OU		
() E () OU		
() E () OU		

*- Multiplicar quantidade/dia x 30 (independente do nº de dias no mês)

Frasco: Dia: Mês (x 30): Equipo: Dia: Mês (x 30):

Informações adicionais (opcional):

PARTE 2

REAVLIAÇÃO/RENOVAÇÃO DE CARÁTER EXCEPCIONAL

Estado geral do paciente: () Melhorou () Manteve () Piorou

Reinternação no último trimestre: () Não () Sim, nº de dias internados:

Alterou via de acesso: () Não () Sim, para qual via:

Motivo alteração de via:

PARTE 3

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)

() Em aleitamento materno/fórmula infantil () Em alimentação complementar

%VET proveniente da fórmula: Duração do uso (meses):

Diluição (g/porção): Volume final/porção (mL): Nº porções/dia:

Produtos previamente testados (preencher tabela):

() Leite de vaca

FÓRMULA(S) MARCA(S)

() À base de leite de vaca

() À base de soja

() Extensamente hidrolisada com lactose

() Extensamente hidrolisada sem lactose

() Aminoácidos livres

*- Informar na história clínico-nutricional: período de AME, AM, reações às diferentes fórmulas, alimentos consumidos quando em AC e outras informações pertinentes. Para cadastro ou troca de categoria (elementar ↔ semi-elementar), anexar documento comprobatório com o histórico de fórmulas testadas e intercorrências apresentadas (cópia do prontuário ou relatório descritivo do médico assistente)”

ANEXO IV

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR RELATÓRIO MÉDICO

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome:
Unidade de atendimento:
Data da avaliação:
Validade do relatório (6 meses):

DADOS DO PACIENTE

Nome :
Data de Nascimento: Idade:
Diagnóstico clínico: CID:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

História clínica:

Exames complementares:

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (Cruz Vermelha Espanhola)

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

DOENÇAS ASSOCIADAS

Fístulas: Não Sim, local: → Débito: Alto Baixo
Úlcera por pressão (decúbito): Não Sim, local:
Edema: Não Sim, local:
Anasarca: Não Sim
Diabetes: Não Sim
HAS: Não Sim
Doença renal: Não Sim
Disfagia: Não Sim
Via de administração: Oral SNG/SNE GT cirúrgica GT endoscópica JT cirúrgica
JT Endoscópica

ANEXO V

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR RELATÓRIO SOCIAL

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

DADOS DO ASSISTENTE SOCIAL

Nome:
Unidade de atendimento:
Data da avaliação:

DADOS DO PACIENTE

Nome :
Data de Nascimento: Idade: Telefone:
Endereço (deve ser domiciliado no Distrito Federal):

CONDIÇÕES SOCIAIS E DOMICILIARES

Composição familiar:
Possui rede de apoio (vizinhos, comunidade, grupos, igreja, etc.) ou recebe acompanhamento de algum equipamento social (Assistência Social, Saúde, Previdência, Educação, Justiça, etc.): Não Sim, cite:
Família recebe benefício socioassistencial: Não Sim, cite:
Fatores de risco ou vulnerabilidade social / determinantes e condicionantes do processo saúde-doença:
Paciente necessita de cuidador: Não Sim

CUIDADOR

Nome:
Data de Nascimento: Idade:
Vínculo: Familiar Contratado
Compartilha cuidado com outro cuidador: Não Sim, cite o(s) nome(s):

HABITAÇÃO

Própria Alugada Cedida Outro:
Condições de moradia que possibilitem a manipulação adequada das fórmulas:

Água potável Sim Não
Energia elétrica Sim Não
Geladeira Sim Não
Saneamento básico Sim Não

AValiação Social

(Informações que julgar pertinente ao caso):

Instrumentos utilizados: Entrevista Visita domiciliar Outros:
Paciente/cuidador esclarecido, treinado e orientado para os procedimentos: Sim Não

PARECER À INCLUSÃO NO PROGRAMA

Favorável Desfavorável; informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa:”

ANEXO VI

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE NUTRICIONISTAS

Nome
Matrícula
CRN 1
Telefone pessoal
E-mail
Unidade de lotação
Telefone trabalho
Chefia

**CARIMBO E ASSINATURA
CHEFIA IMEDIATA**

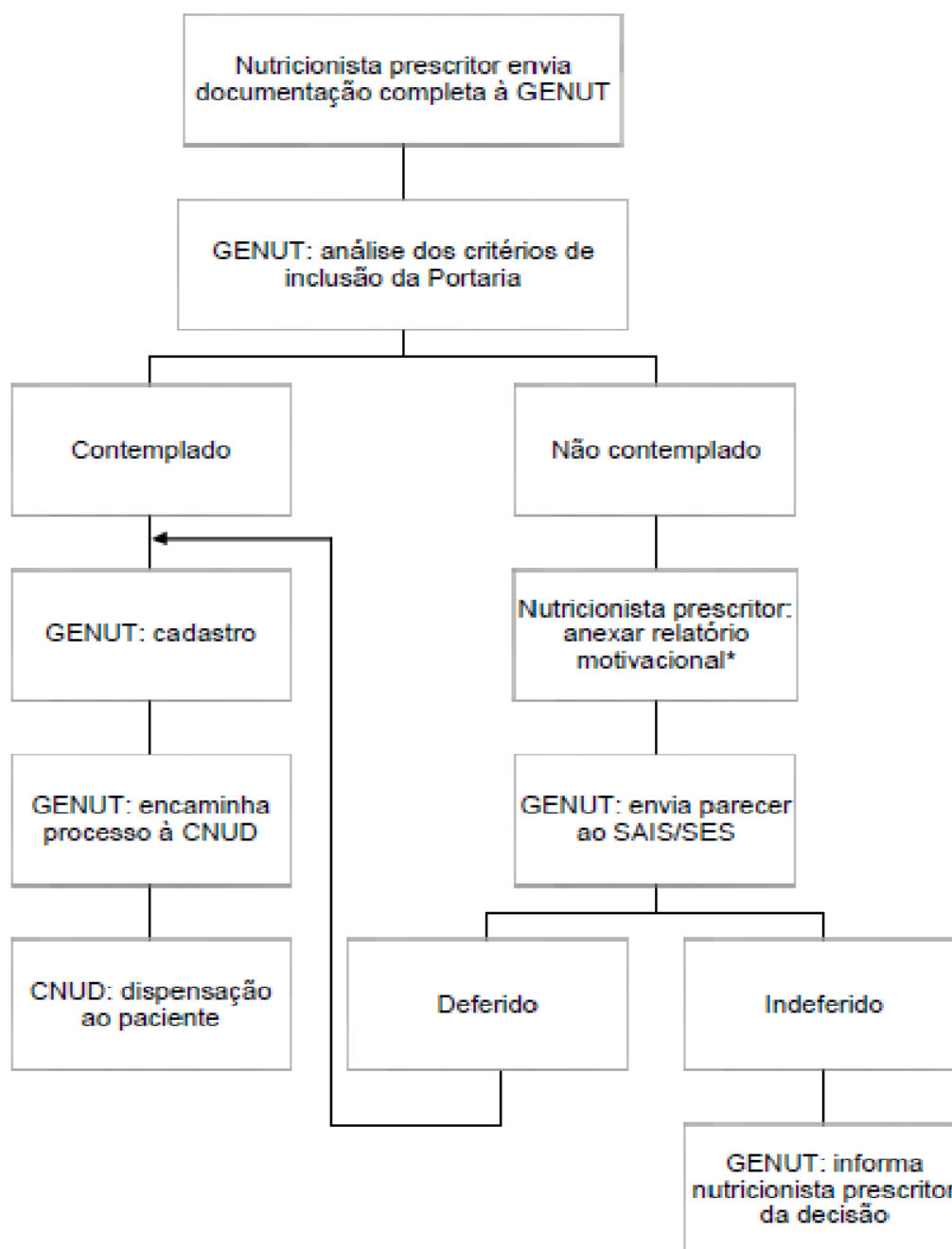
ANEXO VII

PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE MÉDICOS

Nome
Matrícula
CRM DF
Telefone pessoal
E-mail
Unidade de lotação
Telefone trabalho
Chefia

**CARIMBO E ASSINATURA
CHEFIA IMEDIATA**

ANEXO VIII
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FLUXOGRAMA DE CADASTRO



* Relatório motivacional pode ser enviado com documentação de cadastro

ANEXO 6. RELATÓRIO DE ALTA NUTRICIONAL (RAN) DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

RELATÓRIO DE ALTA NUTRICIONAL- RAN

I – DADOS PESSOAIS

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

II – HISTÓRIA CLÍNICA E NUTRICIONAL

Motivo _____ da _____ alta:

III – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso atual: _____ Estatura: _____

IMC: _____ Outros: _____

Diagnóstico nutricional: _____

IV– PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL DE ALTA

Paciente cadastrado no PTNED? () SIM () NÃO

NRAD: _____ Data: ____/____/____

Nutricionista / CRN

ANEXO 7. SOLUÇÃO CLORADA

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

ANEXO 8. COQUETEL LAXANTE E SUCO LAXANTE

Coquetel laxante

1 fatia média de mamão

1 laranja média com o bagaço

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

A água do molho das ameixas

Suco laxante

2 copos (tipo americano) de água de coco

5 damascos secos

1 colher sobremesa de gengibre fresco picado

¼ mamão papaia

ANEXO 9. MODELO DE TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

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

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

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

Para que a família possa utilizar da melhor maneira este serviço, solicitamos que conheça e siga as orientações a seguir:

- Ao ser incluído no Programa de Internação Domiciliar, o paciente passará a ter um CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO que será entregue pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar no ato do cadastramento.
- Este cartão servirá para que sejam anotados a identificação do paciente, Diagnóstico e CIDs principais, história clínica, medicamentos em uso e intercorrências.
- Caso haja necessidade de atendimento fora da data agendada, solicitamos que seja feito contato com a Equipe do NRAD, para avaliação da situação e ser providenciado atendimento.
- O NRAD NÃO atende às emergências, somente o SAMU tem infraestrutura para esse tipo de atendimento.
- O horário de funcionamento para atendimento externo é de 08h:30min às 11h:30min e de 13h:30min às 17h:00min.
- Os insumos, equipamentos e materiais permanentes cedidos e/ou emprestados aos pacientes admitidos ao Programa estarão sempre na dependência dos estoques existentes na SES-DF por ocasião de sua utilização e a família comprometer-se-á a adquiri-los nessa circunstância, caso necessário.

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

Brasília, _____ de _____ de _____

Nome – Assinatura do responsável

Nome assinatura - NRAD

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

ANEXO 10. FLUXOGRAMA DA ATENÇÃO NUTRICIONAL DOMICILIAR

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

