

Terapia nutricional domiciliar

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

AUTORIA

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral

PARTICIPANTES

Denise P. J. Van Aanholt, Maria Carolina Gonçalves Dias, Márcia Lúcia de Mário Marin, Maria Fátima Brito Silva, Maria Emília L. F. Cruz, Solange Regina G. Fusco, Gabriela Moraes de Souza, Maria Eliana M. Schielferdecker, Juliana Strauch Frischler Rey

ELABORAÇÃO FINAL

19 de julho de 2011

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito de interesse declarado.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA

Foram revisados artigos nas bases de dados do MEDLINE (PubMed) e outras fontes de pesquisa, como busca manual, sem limite de tempo. Foram utilizados como descritores: “terapia nutricional”, “home care”, “atenção domiciliar” e “assistência domiciliar”.

GRAUS DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, com base em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS

Essa diretriz tem por finalidade proporcionar visão geral sobre o atendimento ao paciente que necessita de terapia nutricional domiciliar, com base na evidência científica disponível. O tratamento do paciente deve ser individualizado de acordo com a realidade e experiência de cada profissional e das condições clínicas de cada paciente.

INTRODUÇÃO

A terapia nutricional domiciliar (TND) pode ser definida como assistência nutricional e clínica ao paciente em seu domicílio. Tem como objetivo recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do paciente e está associada à redução de custos assistenciais.

A TND pode ser instituída em regime oral, enteral ou parenteral e deve ser parte do acompanhamento clínico de pacientes de média e alta complexidades. É considerada segura e tem relação custo-benefício satisfatória, quando bem indicada, com bom planejamento e monitoramento adequado por parte de equipe especializada¹(**D**).

Na maioria dos casos, os pacientes são identificados como candidatos potenciais para TND durante a internação hospitalar. No entanto, essa identificação pode ser feita também nos consultórios médicos, clínicas e por intermédio das próprias fontes pagadoras, mediante relatório médico. Independentemente do cenário, todos os pacientes devem ser avaliados para que se determine a indicação da terapia nutricional domiciliar.

Os médicos ou a equipe nutricional do hospital devem determinar a indicação para a terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) ou para terapia nutricional parenteral domiciliar (TNPD) antes da transferência para o domicílio. Deve-se considerar a elaboração de “protocolo” de avaliação clínico-nutricional domiciliar, que permita aos médicos recolherem todas as informações pertinentes e que simplifique a transferência dos registros necessários.

1. A TND COM TERAPIA NUTRICIONAL ORAL MELHORA O ESTADO CLÍNICO E NUTRICIONAL DO PACIENTE IDOSO EM ATENÇÃO DOMICILIAR?

Paciente em atendimento domiciliar pode encontrar-se já em estado de desnutrição ou pode tornar-se desnutrido durante a atenção domiciliar²(**B**).

A desnutrição é um achado comum em idosos residentes em casas de repouso e há relatos de que até 40% dos indivíduos apresentam desnutrição moderada a grave³(**A**).

A desnutrição apresenta consequências para o paciente e a sociedade em geral, estando associada ao aumento de novas internações hospitalares, assim como morbidade e mortalidade elevadas⁴(**B**)⁵(**D**).

Existem muitos fatores que contribuem para a desnutrição desses pacientes, dentre eles podemos citar inapetência e dependência para alimentação²(**B**). A melhora da mastigação e da deglutição, bem como dos déficits físicos e cognitivos, pode reduzir o risco nutricional em pacientes em atenção domiciliar²(**B**).

Os riscos para desnutrição podem ser identificados por meio da avaliação nutricional completa em combinação com outros parâmetros, como exames laboratoriais, uso de muitas medicações, diminuição da capacidade funcional e sintomas de depressão⁶(**B**).

A terapia nutricional oral realizada durante quatro semanas, com dieta normo ou hipercalórica, melhorou o

perfil nutricional desses pacientes, podendo haver aumento do percentual de pacientes eutróficos e redução do percentual de pacientes com desnutrição moderada ou grave de acordo com a avaliação subjetiva global³(A).

Em pacientes idosos desnutridos ou com risco de desnutrição, o uso de suplementos nutricionais orais aumenta a ingestão de energia, proteína e micronutrientes, mantendo ou otimizando o estado nutricional e melhorando a sobrevivência⁷(D). Idosos com índice de massa corpórea (IMC) > 28 kg/m² têm menor risco de morte no período de 3 anos⁸(B).

RECOMENDAÇÃO

O fornecimento de calorias e proteínas via terapia nutricional oral em idosos desnutridos é efetivo na melhora da cicatrização de feridas e da função cognitiva, havendo também melhora do estado nutricional dos pacientes⁷(D).

2. QUANDO A TND ESTÁ INDICADA?

A indicação de TNPD e TNED é similar à indicação hospitalar, já que no domicílio dá-se continuidade ao atendimento já iniciado no hospital.

A TNED está indicada para aqueles pacientes que apresentam redução na ingestão oral abaixo das necessidades para manter seu estado nutricional e de hidratação. A TNPD está indicada para aqueles pacientes em que a nutrição oral e enteral está temporária ou definitivamente impossibilitada ou em casos de distúrbios de absorção⁹(D).

Dentre as principais indicações de TNED destacam-se: doença inflamatória intestinal, neuropatias, queimaduras, desnutrição, disfagia, paciente gravemente enfermo com múltiplas enfermidades, quimioterapia e radioterapia¹⁰(D).

Na TNPD, as indicações podem ser: síndrome do intestino curto, câncer, isquemia mesentérica, pancreatite grave necrosante, fístula digestiva, obstrução mecânica do intestino delgado inoperável, enterite actínica, síndrome de má absorção, hiperemese gravídica, fibrose cística, pacientes em pré-operatório com desnutrição moderada ou grave, doença de Crohn grave, dentre outras¹¹(D).

RECOMENDAÇÃO

A TND pode ser via enteral, parenteral e/ou oral, nessa última se considera uso de suplementos nutricionais orais ou complementos alimentares de forma voluntária via oral. A indicação para qualquer uma dessas modalidades é semelhante à indicação no ambiente hospitalar ou ambulatorial⁹(D).

3. QUAIS SÃO OS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA APROVAÇÃO DA TND?

As condições básicas para um paciente ser encaminhado para o domicílio é a presença de estabilidade hemodinâmica e metabólica, além da presença de um cuidador¹²(B)¹(D).

Para selecionar os candidatos a TND alguns fatores devem ser avaliados, como: se o domicílio fornece condições de higienização e manipulação de dieta, se há local apropriado para armazenamento da TN indicada, se há telefone, água potável, luz e refrigeração adequada¹(D).

A presença de um cuidador responsável e capacitado é importante para que haja adesão às orientações adequadas da TND¹²(B).

Por se tratar de pacientes que requerem cuidados e monitoramento constante, é fundamental haver condições de transporte adequado, quando necessário.

Vale a pena ressaltar que, para que todo processo seja feito, deve-se ter a aprovação de alguma fonte pagadora, seja privada ou pública¹(D).

Para o provimento da TND, é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional de terapia nutricional, com médico, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico¹³(D).

RECOMENDAÇÃO

Para aprovação da TND, é necessário que sejam preenchidos os seguintes requisitos: 1) o paciente estar em condições clínicas que permitam ser possível a continuidade do tratamento no domicílio¹(D); 2) tolerância à TND¹(D); 3) haver ambiente domiciliar em condições adequadas para TND¹(D); 4) o paciente, o familiar ou o cuidador devem apresentar capacidade intelectual suficiente para compreender as orientações¹²(B).

4. A TND TEM MENOR CUSTO DO QUE INTRA-HOSPITALAR?

A manutenção de pacientes ocupando leitos hospitalares por período superior ao absolutamente necessário implica em despesas diretas e indiretas proporcionalmente maiores¹⁴(D). Entende-se por despesas diretas maiores o custo do uso do espaço físico, da mão de obra hospitalar, ocupação indevida de equipamentos e utilitários básicos e de alta tecnologia. Adicionam-se a essas, outras causas associadas à permanência hospitalar prolongada, como, por exemplo, maior risco de adquirir infecção hospitalar, gerando custos com medicamentos e exames laboratoriais, bem como prolongando o tempo de internação. O período de internação hospitalar aumentado implica em retardo no atendimento de novos doentes, que pode resultar em danos irremediáveis para a saúde dos pacientes em compasso de espera, considerando o avançar de certas doenças consumptivas.

Os custos envolvidos com a reabilitação da esclerose múltipla demonstram que o uso da TNED com relação à hospitalar pode ser 6,15 vezes mais econômico que a hospitalização e 3,5 vezes inferior àquele em casas de repouso, levando em consideração variáveis como custos com pessoal, pagamento de benefícios aos pacientes, tempo dos cuidadores e média do custo diário de hospitalização da instituição¹⁵(D).

Comparando-se a avaliação econômica da hospitalização domiciliar e a convencional, há redução de custo de internação de 25.565 pesetas por internação domiciliar *versus* convencional, 4,17 menos do que a hospitalização. Foram avaliados custos da internação, custo por episódio de internação, custo da equipe multiprofissional, de medicamentos, de materiais, dos exames diagnósticos e da terapêutica, assim como do transporte¹⁶(D).

Estudo econômico, realizado no Brasil, comparou o custo intra-hospitalar e o domiciliar em pacientes com doenças de esôfago na fase pré- e pós-operatória, demonstrando redução do custo e menor tempo de permanência hospitalar (2,7 vezes menor para o grupo domiciliar), além de três vezes maior rotatividade de leito cirúrgico¹⁷(D).

Em estudo da relação custo-benefício envolvendo pacientes em nutrição enteral causado por um acidente vascular cerebral (AVC), internados em casas de repouso e comparados à nutrição enteral domiciliar, verificou-se menor custo no domicílio, £ 12,817 (£ 10,351 a £ 16,826). Na casa de repouso, o custo foi de £ 10,304 a £ 68,064¹⁸(D).

A alta hospitalar precoce e um plano de reabilitação domiciliar foram menos onerosos que os cuidados hospitalares convencionais em paciente com AVC¹⁹(A).

RECOMENDAÇÃO

A terapia nutricional domiciliar apresenta o custo significativamente menor quando comparada à terapia nutricional hospitalar¹⁷(D).

5. A TNPD PODE TER INTERFERÊNCIA NA FREQUÊNCIA DE REINTERNAÇÃO?

Os processos da assistência domiciliar devem ser padronizados, com revisão dinâmica e modificados conforme os indicadores de qualidade, que devem incluir não apenas a reinternação hospitalar, o tratamento e a mortalidade, como também a satisfação e a qualidade de vida do paciente e sua família^{20,21}(D).

Um dos principais objetivos da TNPD é, por definição, evitar hospitalização recorrente ou prolongada. Estudo realizado demonstrou que, em pacientes com mais de dois anos em TNPD – os autores consideraram um período de 12 meses antes da avaliação –, o tempo médio de hospitalização foi 23 dias (faixa de 0 a 270 dias), que corresponde a 8% em um ano, tempo aceitável a pacientes em tratamento de falência intestinal. A hospitalização em metade dos casos foi decorrente das doenças de base, já a incidência de complicações da TNPD de outros problemas médicos foi de 25%. Dentre as complicações mais frequentes da TNPD, a infecção de cateter é o que mais contribui com a hospitalização²²(B).

RECOMENDAÇÃO

A frequência de reinternação domiciliar faz parte de indicadores de qualidade da atenção domiciliar. A TNPD

em pacientes com falência intestinal parece apresentar frequência de reinternação domiciliar em índice aceitável²²(B).

6. É POSSÍVEL QUE FAMILIARES TREINADOS ADMINISTREM A TNED?

Os familiares desempenham papel vital nos cuidados aos pacientes em TNED e, principalmente, na administração da nutrição. Quando devidamente treinados e preparados para a tarefa, se sentem competentes, prestando cuidados eficazes. Os familiares permanecem em tempo integral junto ao paciente e realizam diariamente, além das tarefas ligadas à alimentação, os demais cuidados ao doente¹²(B).

O retorno para casa é um motivo de alegria, mas é também uma fonte de estresse e ansiedade. A família precisa se adaptar à nova situação, ao impacto da doença crônica combinado ao receio de reinternações hospitalares²³(D). Portanto, o treinamento deve iniciar-se no hospital ou no serviço de saúde e continuar no domicílio. As orientações precisam ser claras, objetivas e adequadas à escolaridade dos familiares. As intervenções devem ser multiprofissionais, envolvendo membros da equipe especializada, para preparar melhor os familiares, tanto para os cuidados na administração da fórmula, quanto sobre a solução de problemas, como no caso de deslocamento e obstrução da sonda. Além disso, a orientação para a aquisição de alimentos e equipamentos é importante, diminuindo as fontes de estresse vivenciadas pelos familiares^{12,24}(B).

As grandes tensões são relacionadas com o manuseio do paciente, à falta de tempo livre do cuidador, aos sentimentos de desamparo, desesperança e culpa. As visitas de funcionários dos Serviços de Saúde contribuem para reduzir as complicações e, principalmente, o estresse familiar e do paciente²⁵(D).

Embora os pacientes e seus familiares aparentem lidar bem com a sonda alimentar, maior apoio é necessário para garantir a alimentação adequada e para acompanhar o estado nutricional desses pacientes²⁶(C).

Os familiares cuidadores, quando bem treinados e acompanhados, se tornam responsáveis na rotina de acompanhamento dos pacientes que recebem TNED²⁷(B).

RECOMENDAÇÃO

Os familiares devidamente treinados podem realizar cuidados eficazes na administração de TNED²⁷(B).

REFERÊNCIAS

1. DeLegge MH, Ireton-Jones C. Home care. In: Gottschlich MM, DeLegge MH, Mattox T, Mueller C, Worthington P, eds. The ASPEN nutrition support core curriculum: a case-based approach - the adult patient. Silver Spring: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition;2007. p. 725-39.
2. Leydon N, Dahl W. Improving the nutritional status of elderly residents of long-term care homes. J Health Serv Res Policy 2008;13(Suppl 1):25-9.
3. Collins CE, Kershaw J, Brockington S. Effect of nutritional supplements on wound healing in home-nursed elderly: a randomized trial. Nutrition 2005;21:147-55.

4. Simmons SF, Keeler E, Zhuo X, Hickey KA, Sato HW, Schnelle JF. Prevention of unintentional weight loss in nursing home residents: a controlled trial of feeding assistance. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1466-73.
5. Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De Man F, Elia M, Hebuterne X *et al*. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007)). *Clin Nutr* 2008;27:481-8.
6. Johansson Y, Bachrach-Lindstrom M, Carstensen J, Ek AC. Malnutrition in a home living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2009;18:1354-64.
7. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A *et al*. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr* 2006;25:330-60.
8. Saletti A, Johansson L, Yifter-Lindgren, E, Wissing U, Österberg K, Cederholm T. Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology* 2005;51:192-8.
9. DiBaise JK, Scolapio JS. Home parenteral and enteral nutrition. *Gastroenterol Clin North Am* 2007;36:123-44.
10. Marian M, McGinnis C. Overview of enteral nutrition. In: Gottschlich MM, DeLegge MH, Mattox T, Mueller C, Worthington P, eds. *The ASPEN nutrition support core curriculum: a case-based approach - the adult patient*. Silver Spring: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition;2007.
11. Mirtallo JM. Overview of parenteral nutrition. In: Gottschlich MM, DeLegge MH, Mattox T, Mueller C, Worthington P, eds. *The ASPEN nutrition support core curriculum: a case-based approach - the adult patient*. Silver Spring: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition;2007.
12. Silver HJ, Wellman NS, Galindo-Ciocon D, Johnson P. Family caregivers of older adults on home enteral nutrition have multiple unmet task-related training needs and low overall preparedness for caregiving. *J Am Diet Assoc* 2004;104:43-50.
13. Fuhrman MP. Home care for the elderly. *Nutr Clin Pract* 2009;24:196-205.
14. Krahn M. Principles of economic evaluation in surgery. *World J Surg* 1999;23:1242-8.
15. Bourdette DN, Prochazka AV, Mitchell W, Licari P, Burks J. Health care costs of veterans with multiple sclerosis: implications for the rehabilitation of MS. VA Multiple Sclerosis Rehabilitation Study Group. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:26-31.
16. Oterino de la Fuente D, Ridaio M, Peiro S, Marchan C. Hospital at home and conventional hospitalization. An economic evaluation. *Med Clin (Barc)* 1997;109:207-11.
17. Baxter YC, Dias MC, Maculevicius J, Ceconello I, Coteleng B, Waitzberg DL. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2005;29(1 Suppl):S96-105.
18. Elia M, Stratton RJ. A cost-utility analysis in patients receiving enteral tube feeding at home and in nursing homes. *Clin Nutr* 2008;27:416-23.
19. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke* 2000;31:1032-7.
20. Howard L. Home parenteral nutrition: survival, cost, and quality of life. *Gastroenterology* 2006;130(2 Suppl 1):S52-9.
21. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition BoD. Home Care Standards. ASPEN. NCP 1999;14:151-62.
22. Van Gossum A, Vahedi K, Abdel M, Staun M, Pertkiewicz M, Shaffer J *et al*. Clinical, social and rehabilitation status of long-term home parenteral nutrition patients: results of a European multicentre survey. *Clin Nutr* 2001;20:205-10.
23. Delval M, Duval V. Éducation des familles et de l'enfant en nutrition artificielle à domicile. *Nutrition clinique et métabolisme* 2005;19:265-8.
24. Evans S, Holden C, Mac Donald A. Home enteral feeding audit 1 year post-initiation. *J Hum Nutr Diet* 2006;19:27-9.
25. Hirschfeld M. Home care versus institutionalization: family caregiving and senile brain disease. *International Journal of Nursing Studies* (1983), 20, 23-32. *Int J Nurs Stud* 2003;40:463-72.
26. McNamara EP, Flood P, Kennedy NP. Enteral tube feeding in the community: survey of adult patients discharged from a Dublin hospital. *Clin Nutr* 2000;19:15-22.
27. Morton KH, Goodacre L. An exploration of the impact of home enteral tube feeding on the eating habits of the partners of adults receiving home enteral tube feeding. *J Hum Nutr Diet* 2008;21:397-406.