

**Data: 20/08/2016**

**NT – 35/2016**

**Solicitante: Desembargador - Luiz Artur Rocha Hilário**

**1º Vice-Presidente do Tribunal de Justiça do Estado de Minas**

**Gerais**

**Número do processo: 5000867-85.2016.8.13.0687**

**Autor: N.G.B.S.**

**Réu: UNIMED INCONFIDENTES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**Tema: Internação domiciliar seqüela definitiva de AVE**

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

## Sumário

CONTEXTO.....	2
PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA.....	5
DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA <sup>1</sup> .....	5
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	6
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS.....	7
OXIGENIOTERAPIA.....	9
DIETA ENTERAL.....	10
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÃO.....	14
Referências.....	15

## CONTEXTO

RELATÓRIO MÉDICO			
Registro	02908823	Prontuário	00629811
Paciente			
Convênio/Plano	UNIMED - UNIMED-INTERCAMBIO ESTADUAL	Idade	72a 9m 27d
Acomodação	SUITE-SETOR 7º F - APTO 721	Data Atendimento	04/03/2015
Médico Responsável	HEBERTH CESAR MIOTTO	Especialidade	CARDIOLOGIA

### Relatório Médico

A [REDACTED], 72 anos, encontra-se internada no Hospital Biocor desde março de 2015, devido a reinternação por motivo de extenso AVC, após alta de um cateterismo. A mesma é portadora de hipertensão, doença arterial coronariana com passado de implante de stent farmacológico e hipotireoidismo. Nesta internação evoluiu com diminuição do nível de consciência, tetraparesia e escala de coma Glasgow 6, sendo intubada e submetida à drenagem de hematoma parenquimatoso frontal E. Manteve longa permanência inicial no CTI, e retornou outras vezes ao mesmo, com quadro séptico decorrente de infecções pulmonares de repetição com germes multirresistentes aos antibióticos. Também foi realizada a gastrostomia para alimentação.

Atualmente a paciente encontra-se hospitalizada, mantendo-se **tetraplégica, afásica, não interage, apresentando apenas a abertura ocular periódica, diurese e evacuação no leito e sem parte do osso da calota craniana região temporal esquerda.**

O tratamento é realizado através de alimentação pela gastrostomia, cuidados de higiene, curativos e mobilização no leito por enfermeiros a cada 2-3 horas, oxigenioterapia e drenagem de secreção respiratória por aspiração feita por fisioterapeutas, controle glicêmico e correção com insulina, além de outros medicamentos e uso de meias compressivas pneumáticas de modo contínuo para prevenção de trombose.

**Do ponto de vista médico indica-se como imprescindível para a paciente a sua remoção para uma estrutura domiciliar do tipo home-care, no sentido de internação domiciliar, recebendo os mesmos cuidados dispensados no ambiente hospitalar.**

A paciente possui susceptibilidade à infecção e sua permanência no hospital traz o risco de frequentes episódios, especialmente de pneumonia, evoluindo com sepsis e retorno ao CTI, agravamento do quadro e difícil tratamento, devido à colonização com germes multirresistentes. Além deste aspecto, há uma possibilidade de uma abordagem humanizada e continuidade da terapia no ambiente domiciliar o que, eventualmente, poderia possibilitar alguma melhora do quadro cognitivo.

Para garantir o seu tratamento e suporte à vida, relacionamos abaixo todos os

**ESTE RELATÓRIO MÉDICO INTEGRA E FAZ PARTE DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

RI9385 / RV00 - 01/01/2007



RELATÓRIO MÉDICO			
Registro	02908823	Prontuário	00629811
Paciente			
Convênio/Plano	UNIMED - UNIMED-INTERCAMBIO ESTADUAL	Idade	72a 9m 27d
Acomodação	SUITE-SETOR 7º F - APTO 721	Data Atendimento	04/03/2015
Médico Responsável	HEBERTH CESAR MIOTTO	Especialidade	CARDIOLOGIA

**Equipe multidisciplinar para o Home Care:**

Profissionais de enfermagem para acompanhamento 24 h.

Médico assistente para visitas no mínimo semanais – inicialmente 2 vezes por semana

Fisioterapeuta - fisioterapia diária respiratória e motora

Nutricionista - avaliação nutricional quinzenal

**Cuidados de enfermagem:**

Manter o paciente no colchão pneumático

Profilaxia da trombose com manutenção das meias compressivas e uso do clexane, conforme prescrição

Banho no leito

Higienização do couro cabeludo e troca diária da roupa de cama.

Aferir dados vitais de 6/6 horas

Aferir a glicemia capilar de 12/12 horas

Aplicar correção de insulina, se indicado, conforme prescrição

Trocar a fixação da traqueostomia diariamente ou sempre que estiver suja ou úmida

Trocar fraldas de 3/3 horas e usar óleo Dersani e pomada, como indicado.

Oxigenioterapia por cateter nasal contínuo (água bidestilada 100mL)

Micro nebulização a cada 6 horas

Troca diária de curativo da gastrostomia

Cuidados com a sonda da gastrostomia após a alimentação (limpeza). Uso de rifocina tópica, se indicado.

Mobilização no leito e prevenção de escaras a cada 2/3 horas

Alimentação e hidratação por gastrostomia conforme prescrição

Administração de medicamentos conforme prescrição

**Materiais e Equipamentos para o Home care:**

1 Ambú

Bala de oxigênio e fluxometro

Glicosímetro com 90 fitas /mês

Lancetas – 90 por mês

1 Bomba de infusão para dieta

Dr. Heberth Cesar Miotto  
CRM 16112  
Control 2689331

**ESTE RELATÓRIO MÉDICO INTEGRA E FAZ PARTE DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.**

### Relatório Nutricional

Paciente , 72 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, Diabetes Mellitus, com passado de PTCA em DA com stent farmacológico. Internada no dia 04/03/2015, encaminhada para o CTI apresentando rebaixamento no nível de consciência, desvio de comissura labial, em glasgow 11 apresentou 01 episódio de vômito e rebaixou mais o nível de consciência e ficou tetraparética em Glasgow 6.

Após avaliação da equipe de Nutrição e Dietética foi orientado o consumo de dieta enteral industrializada por gastrostomia para garantir o aporte nutricional adequado.

Há também a necessidade do acompanhamento nutricional em domicílio a fim de monitorar se o consumo do suporte nutricional atenderá a demanda do paciente, sua tolerância, funcionamento do trato gastrointestinal, dentre outras possíveis alterações que o paciente possa vir a ter.

#### Dados Antropométricos:

- Peso (estimado) :71 kg
- Altura (estimado) : 1,57 cm
- CB: 33 cm
- CP: 31 cm
- IMC: 28,8 kg/m<sup>2</sup>
- GET: 1782 kcal

Diagnóstico Nutricional: sobrepeso de acordo com o IMC para idosos e eutrofia de acordo com a adequação da circunferência do braço 107,49%.

## PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

**População:** paciente idosa com seqüela definitiva de Acidente Vascular Encefálico

**Intervenção:** assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar

**Comparação:** não se aplica

**Desfecho:** melhora da qualidade de vida.

## DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA<sup>1</sup>

Segundo consta nos autos: “Desta maneira a autora atualmente em decorrência das seqüelas do derrame somados as demais comorbidades que padece, e também por apresentar idade avançada mais de setenta e dois anos, fez com que a mesma ficasse em estado de coma, escala Glasgow 6, extremamente debilitada e acamada, não conseguisse mais alimentar, respira com ajuda de aparelhos, mantendo-a restrita ao leito e necessitando de cuidados médicos especializados, fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista e assistência enfermagem 24 horas”.

**Portanto, trata-se de paciente grave, com prognóstico reservado e com necessidades do melhor cuidado suportivo, isto é, cuidados paliativos.**

A Atenção Domiciliar é uma nova 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.

Em termos gerais a internação domiciliar se destina a:

- Idoso portador de doença crônica com incapacidade funcional e dependência física para as atividades da vida diária (AVD).
- **Portadores de doenças que necessitem de cuidados paliativos.**
- Pacientes com patologias múltiplas e comorbidades, dependência total/parcial, que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio.

- Pacientes internados em hospital de referência que têm condições clínicas de receber alta precoce e assim serem desospitalizados e que possuam alguma condição que os incapacitem de comparecer à Unidade de Saúde.
- Portadores de incapacidade funcional que apresentem: Doenças crônicas agravadas, transmissíveis ou não (tuberculose, câncer, moléstias cardiovasculares e outras).
- Sequelas por acidentes decorrentes de causas externas ou outros.

Os cuidados prolongados podem ser oferecidos por instituições de longa permanência, com infra estrutura mínima de apoio tecnológico e de profissionais de saúde, ou, naturalmente no próprio domicílio.

É importante ressaltar que o cuidado domiciliar para pacientes que necessitam de maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, é complexo e oneroso.

#### **SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

O Rol de cobertura da ANS<sup>i</sup> vigente desde 02 de janeiro de 2014 prevê em seu artigo 13º:

Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. (Alterado pelo RN nº 349<sup>ii</sup>, de 9 de maio de 2014)

---

<sup>i</sup>Resolução Normativa - RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos. Disponível em:[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_a\\_sunto/ProdEditorialANS\\_Rol\\_de\\_Procedimentos\\_e\\_eventos\\_em\\_saude\\_2014.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_a_sunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf) ; acesso em 05/05/2016

<sup>ii</sup>A RN 349 prevê o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, exclusivamente para paciente em tratamento de câncer.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

- Portanto, é facultado à operadora o fornecimento ou não de assistência domiciliar e caso ela seja oferecida, deve atender às normas da vigilância sanitária.
- Grandes operadoras de saúde, com frequência, têm programas de assistência domiciliar para pacientes em condições que demandem assistência com ventilação mecânica.

## SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS

PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>iii</sup>

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar: nova 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;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

---

<sup>iii</sup>[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em 05/05/2016

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes;

II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e

III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

A portaria estabelece o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Na ausência de credenciamento para esta portaria, o município deve reorganizar o processo de trabalho das equipes assistenciais: Equipes da Saúde da Família, profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros, para prestar assistência à paciente, nos moldes da portaria.



Os cuidados paliativos devem ser realizados de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa

Há uma publicação do Ministério da Saúde para sistematizar a atenção a pacientes com esta condição crônica, pelo Sistema Único de Saúde: Caderno de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa: A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou: Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR <sup>2</sup>

<sup>2</sup><http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

## OXIGENIOTERAPIA

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2000), o critério básico para indicação de oxigênio Suplementar é: quadro de hipóxia confirmada pelos seguintes parâmetros:

- PaO<sub>2</sub> - menor que 55mmHg ou SaO<sub>2</sub> igual ou inferior a 88% em ar ambiente;
- PaO<sub>2</sub> – igual a 56-59mmHg ou SaO<sub>2</sub> igual a 89% em associação a cor pulmonale, edema por insuficiência cardíaca, e hematócrito maior que 56%.

As situações que mais frequentemente justificam a indicação de oxigenoterapia são: DPOC, bronquiectasia, fibrose cística e fibrose pulmonar.

A prescrição de oxigênio para uso em AD exige um plano de orientação e Monitoramento da pessoa, de sua família e seu cuidador. Cabe aqui destacar que é de responsabilidade do médico avaliar a pessoa que será atendida no domicílio, indicar e prescrever a oxigenoterapia, justificando à instância competente do SUS essa necessidade.

Segundo protocolo do Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4259.pdf>

Assim, se a paciente se enquadra nos critérios estabelecidos pelo MS, o SUS disponibiliza o concentrador de oxigênio.

## DIETA ENTERAL

### **Sobre a dieta enteral domiciliar**

A terapia nutricional enteral (TNE) é um conjunto de procedimentos cujo objetivo é manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente, por meio de via oral, sondas ou ostomias, através do fornecimento de energia e nutrientes.

A indicação de terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) é similar à indicação da hospitalar e corresponde àqueles pacientes que não conseguem atingir suas necessidades nutricionais exclusivamente pela via oral, sendo utilizada principalmente em distúrbios de deglutição associados a fraturas, doenças neurológicas, câncer, gastroparesia e síndrome de má absorção, desnutrição e pós-operatório.

Existem dois tipos básicos de alimentação processada para a dieta por sonda nasoentérica:

**Fórmula industrializada** - produzida pela mistura de ingredientes em pó, contendo proteínas, carboidratos, vitaminas e sais minerais nas proporções variadas de acordo com as necessidades nutricionais do paciente.

**Fórmula artesanal** - produzida utilizando alimentos crus ou cozidos, seguindo uma receita orientada por nutricionista, de maneira que contenha proteínas, carboidratos, vitaminas e sais minerais nas proporções variadas de acordo com as necessidades nutricionais do paciente. É necessário processar os alimentos através de cozimento, liquidificador e peneira.

A dieta artesanal preparada em casa de forma adequada tem o mesmo efeito da dieta industrializada.

**Não existe legislação nacional determinando o fornecimento da dieta enteral industrializada.**

Protocolo para atender pacientes nas seguintes situações:

- A) Distúrbio de absorção de nutrientes e diarreia crônica, sem melhora com medidas clínicas e dietéticas;
- B) Insuficiência renal crônica severa ou dialítica, com restrição importante de volume que não permita o manejo com dieta artesanal;
- C) Pré e pós-operatório de cirurgias do trato gastrointestinal ou transplantes;
- D) Presença de úlceras por pressão grau III e IV sem recuperação com dieta
- E) Pacientes com câncer, com desnutrição, que não tiveram recuperação com o uso da dieta artesanal.

Disponível

em: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo\\_dispensacao\\_formulas\\_alimentares\\_adultoseidosos.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf)

A paciente não se enquadra em nenhuma destas situações

Em maio de 2012, o Conselho Regional de Nutrição do Paraná divulgou um parecer comparando as dietas comerciais e artesanais para pacientes com necessidade de nutrição enteral. Os autores concluíram que não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra. Mesmo em dietas especiais, como de intolerância a lactose, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais com o uso de soja.

A fórmula artesanal apresenta como vantagens:

- Ser mais rica em compostos bioativos flavonoides que têm ação antioxidante;
- Ser três a cinco vezes mais barata que a fórmula comercial.

A fórmula comercial apresenta como vantagens:

- Ser mais fácil de ser preparada.

A fórmula artesanal exige que a família tenha condições socioeconômicas de adquirir os alimentos *in natura*, e pode ser inviável em situações de extrema pobreza.<sup>iv</sup>

### **Conclusão da solicitação de dieta enteral**

---

<sup>iv</sup> Parecer-tecnico do Conselho Federal de Nutricionistas [Internet]. [cited 2012 Dec 29]. Available from: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecer-tecnico.pdf>

Considerando que a dieta artesanal preparada de forma adequada tem o mesmo efeito da dieta comercial;

**Não há qualquer descrição de contraindicação para uso de dieta artesanal por parte dessa paciente. Nesse caso, a dieta artesanal deve ser oferecida prioritariamente, antes de se indicar a dieta comercial.**

**Obs:** em anexo dois exemplos de prescrição de dieta artesanal para pacientes com necessidades calóricas distintas. A prescrição e o acompanhamento nutricional devem ser supervisionados por profissional da área.

## DISCUSSÃO

- Do ponto de vista técnico/médico descrito no relatório do médico assistente, há indicação da paciente em questão estar inserida em um programa de ATENÇÃO/INTERNAÇÃO DOMICILIAR e com necessidade de cuidados paliativos.

A paciente tem uma condição de saúde crônica, grave e complexa. A estrutura necessária para dar suporte à paciente é muito onerosa, portanto, deve ser sistematizado um projeto de cuidados racional e com bom senso para especificar os itens necessários, sob o risco de inviabilizar a permanência da paciente no domicílio, seja pela família, gestor público ou pela operadora de saúde.

Familiares e/ou cuidadores devem se responsabilizar e se envolver diretamente com os cuidados da paciente.

### **Operadoras de saúde:**

É facultado à operadora o fornecimento ou não de assistência domiciliar e caso ela seja oferecida, deve atender às normas da vigilância sanitária.

No entanto, várias operadoras de saúde têm programas de assistência domiciliar para pacientes em condições que demandem assistência/internação domiciliar.

## **Sistema Único de Saúde**

O SUS tem Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. Deve ser verificado junto à secretaria municipal de saúde de origem da paciente quais recursos disponíveis (profissionais de saúde, materiais e insumos, medicamentos prescritos, outros) para acompanhamento da paciente.

No link abaixo tem uma programação de insumos necessários para um mês e instruções para acompanhantes.

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

## **OXIGENIO**

Caso a paciente se enquadre nos critérios estabelecidos pelo MS, o SUS disponibiliza o concentrador de oxigênio.

## **DIETA ENTERAL**

Não há qualquer descrição de contra indicação para uso de dieta artesanal por parte dessa paciente. Nesse caso, a dieta artesanal deve ser oferecida prioritariamente, antes de se indicar a dieta comercial.

## **MEDICAMENTOS**

Vários medicamentos relacionados são de dispensação do SUS, por exemplo: Puran T4®, insulina, Gardenal®, Prozac®, Nistatina®.

Tem que ter esclarecimento da necessidade do uso de Clexane e de monitorização contínua da glicemia (fitas de glicemia 3X ao dia) para paciente.

## **PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Não está clara a necessidade de técnicos de enfermagem 24 horas. As atribuições descritas em grande parte devem ser de responsabilidade da família e/ou cuidadores.

## **Materiais e equipamentos**

Cama hospitalar elétrica. Não há nenhuma evidência para o uso de cama hospitalar elétrica.

Colchão elétrico pneumático. Não foram encontradas, em busca no Pubmed, evidências de melhor resultado em prevenção de escaras com o uso do colchão elétrico pneumático em comparação aos cuidados habituais.

O link abaixo tem uma programação de insumos necessários para um mês e instruções para acompanhantes.

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

## **CONCLUSÃO**

Há indicação da paciente em questão estar inserida em um programa de ATENÇÃO/INTERNAÇÃO DOMICILIAR.

É necessária a construção de um Plano Terapêutico Singular factível. A relação de itens necessários (escala de profissionais, medicamentos ou material médico/hospitalar) proposta para internação domiciliar está nitidamente excessiva, não leva em consideração apoio em políticas públicas e práticas alternativas menos onerosas. Vários itens carecem de evidência e propósito para cuidado desta paciente.

Obs: o NATS não avalia contratos.

## Referências

1. Martelli DRB, Silva MS da, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(1):147–157.



## Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

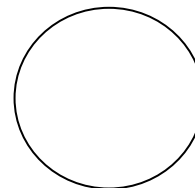
- **Material necessário:**

- Liquidificador
- Jarra ou copo com tampa
- Seringa de 20 mL

Valor calórico  
diário: 2200 Kcal

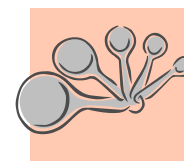
- **Ingredientes da dieta:**

- Leite em pó Integral: 43 medidas
- Creme de arroz: 14 medidas
- Amido de milho (maizena®): 28 medidas
- Azeite: 1 colher de sobremesa
- Sal: 2 tampinhas de caneta BIC



- **Modo de preparo da dieta:**

- Torrar o amido de milho.
- Bater todos os ingredientes no liquidificador com um pouco de água filtrada.
- Quanto estiver bem homogêneo, completar com água até 1800 ml de dieta pronta.
- Guardar em jarra com tampa dentro da geladeira.
- Antes de administrar a dieta, misturar bem para o pó não ficar no fundo.
- **Não cozinhar a dieta.**



Horários da infusão da dieta: 07 – 10 – 13 – 17 – 19 – 22 horas  
Volume a ser administrado por vez: 300 mL



A dieta deve ser administrada em **temperatura ambiente**. Portanto, retirar da geladeira a quantidade que será administrada 30 minutos antes da infusão.

- **Preparo do suco:**

- Poderão ser utilizados sucos de verduras ou de legumes, puros ou misturados às frutas.
- O suco deverá ser coado e sem açúcar.
- **Sugestões de sucos:** Laranja com cenoura, beterraba com laranja, couve com limão, agrião com limão, mamão, goiaba, manga e outros.
- **Sucos que “soltam o intestino”:** laranja, mamão, abacaxi, verduras, beterraba.
- **Sucos que “prendem o intestino”:** limão, caju, goiaba, maçã, pêra e outros.

**Horário de infusão do suco:** 15 h

**Volume a ser infundido:** 200 mL

**Logo após a infusão da dieta e do suco, passar 50 mL de água filtrada pela sonda.**

Manter a pessoa assentada ou recostada durante a administração da dieta e 30 minutos após o término.

**Observações importantes:**



- Antes de preparar a dieta, retirar anéis e pulseiras e lavar as mãos e os braços até o cotovelo com água e sabão. A higiene é fundamental para o preparo da dieta enteral.
- Lavar o copo do liquidificador antes e após o preparo da dieta e do suco. Separar cada parte e cuidar para que não fiquem resíduos de alimentos no fundo do copo.
- A dieta preparada deve ser consumida no mesmo dia. Não guardar de um dia para o outro. O suco deve ser preparado pouco antes da infusão/administração.
- Não é necessário coar a dieta.
- Sempre higienize os alimentos antes de preparar o suco.
- A seringa de 20 ml pode ser adquirida em farmácias.

### **Como higienizar os alimentos**

1. Lavar em água corrente com esponja (separada para este fim), sem machucar a casca. Lavar toda a fruta, inclusive as reentrâncias próximas ao cabo.
2. Colocar de molho em solução sanitizante, por um período de 15 a 20 minutos.
3. Escorrer a solução. No caso da água sanitária é necessário enxaguar com água filtrada.

#### **Opções de solução sanitizante:**

- Hipoclorito (comprado nas farmácias) - seguir as recomendações do fabricante.
- 1L de água filtrada ou fervida dissolvida em 1 colher de sopa de água sanitária (de boa qualidade).
- Hidrosan Plus, Hipoclor, etc.