

**Data: 23/08/2016**

**Nota Técnica 37/2016**

**NT – 37/2016**

**Solicitante: Desembargador – Relator 9ª Câmara Cível do  
 Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais Luiz Artur  
 Hilário**

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

**Número do processo: 001618.43.2016.8.13.0240**

**Agravo Instrumento nº Único: 0314378-89.2016.8.130000**

**Autor: N.F.R.**

**Réu: UNIMED JUIZ DE FORA - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**

**Tema: Internação domiciliar insuficiência respiratória com necessidade de Ventilação  
 Mecânica não Invasiva restrita ao leito**

**Sumário**

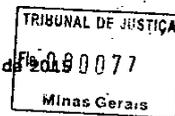
PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA.....	3
DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA <sup>1</sup> .....	3
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	4
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS .....	5
OXIGENIOTERAPIA e VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VMNI) .....	7
VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VMNI).....	8
O Ministério da Saúde libera VMNI apenas para as condições abaixo: .....	9
A paciente não se enquadra nos CIDs para dispensação do VMNI pelo MS. ....	9
DIETA ENTERAL.....	9
DISCUSSÃO .....	12

CONTEXTO

# Clínica de Pneumologia e Reumatologia

Paciente:

quinta-feira, 26 de novembro de 2019



## RELATÓRIO MÉDICO

, 81 ano, portadora de HAS, DM, hipotireoidismo, artrite reumatóide com se pulmonar secundária à esta, além de amaurose bilateral, surdez e disfagia importante. Paciente já acamada há alguns meses, com dispnéia basal ao repouso e infecções respiratórias recorrentes.

Internada recentemente no Hospital São João Batista com insuficiência respiratória secundária à pneumonia, sendo necessário suporte ventilatório, que em função do prognóstico foi optado pela Ventilação mecânica não invasiva (VNI). Houve melhora significativa do quadro, porém devido comorbidades e estado clínico prévio não foi possível desmame da VNI.

Recebeu alta hospitalar restrita ao leito, com necessidade de manter em domicílio o suporte ventilatório com VNI + oxigênio terapia, além de dieta enteral. Suportes estes necessários por tempo indefinido.

Att,

Dr. Fernando ~~Junqueira~~ dos Reis  
Pneumologia / Clínica Médica

Dra. Cristiane Junqueira de Carvalho  
CRM 43300  
Reumatologia / Clínica Médica

Rua Professor Alberto Pacheco, 33 - 5º andar  
Clínicas Integradas de Vicosá  
Fones: (31) 3899 6316  
(31) 3899 6300  
(31) 8893 0126

Não foi anexada nenhuma planilha discriminando os itens solicitados e apenas este relatório acima.

#### PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

**População:** paciente idosa com quadro de insuficiência respiratória secundária à pneumoniarrestrita ao leito

**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: “Paciente 81, portadora de HAS, DM, hipotireoidismo, artrite reumatoide com fibrose pulmonar secundária à esta, além de amaurose bilateral, surdez e disfagia importante. Paciente já acamada há alguns meses, com dispnéia basal ao repouso e infecções respiratórias recorrentes.

Internada recentemente no Hospital São João Batista com insuficiência respiratória secundária à pneumonia, sendo necessário suporte ventilatório, que em função do prognóstico foi optado pela ventilação mecânica não invasiva (VNI).

Recebeu alta hospitalar restrita ao leito, com necessidade de manter em domicílio o suporte ventilatório com VNI + oxigenioterapia, além de dieta enteral. Por tempo indeterminado.”

**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 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

---

<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

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)

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.

#### **ENUNCIADO CNJ nº 64 - Saúde Suplementar**

A atenção domiciliar não supre o trabalho do cuidador e da família, e depende de indicação clínica e da cobertura contratual.

#### **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

---

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

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

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

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 e VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VMNI)

### 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.

## VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA (VMNI)

A VMNI é uma técnica segura e eficaz de suporte ventilatório, indicada como terapêutica para pessoas com insuficiência respiratória aguda, crônica ou crônica agudizada. Seu uso pode ser intermitente ou contínuo, sendo de mais fácil instalação e manutenção que a VMI.

A VMNI diminui a necessidade de intubação e complicações associadas, entre elas a pneumonia.

Em geral, a VMNI está indicada nos casos de doenças respiratórias crônicas, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono e na insuficiência ventilatória crônica causada por doença neuromuscular ou por deformidade da caixa torácica. Tais síndromes podem exigir correção da troca gasosa, redução do trabalho respiratório e reversão da fadiga da musculatura respiratória. Quanto às contraindicações da VMNI, destacam-se:

- Contraindicações absolutas: instabilidade hemodinâmica grave, arritmias complexas, obstrução das vias aéreas superiores.
- Contraindicações relativas: distensão abdominal, risco de vômitos pela possibilidade de aspiração, trauma de face, sangramento digestivo ou das vias aéreas e hipersecreção pulmonar

Segundo protocolo do Ministério da Saúde. Disponível em:

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

O Ministério da Saúde libera VMVI apenas para as condições abaixo:

B91	Seqüelas de poliomielite
G120	Atrofia muscular espinal infantil tipo I [Werdnig-Hoffman]
G121	Outras atrofias musculares espinais hereditárias
G122	Doença do neurônio motor
G600	Neuropatia hereditária motora e sensorial
G601	Doença de refsum
G602	Neuropatia associada a ataxia hereditária
G603	Neuropatia progressiva idiopática
G608	Outras neuropatias hereditárias e idiopáticas
G609	Neuropatia hereditária e idiopática não especificada
G700	Miastenia gravis
G710	Distrofia muscular
G711	Transtornos miotônicos
G712	Miopatias congênitas
G713	Miopatia mitocondrial não classificada em outra parte

A paciente não se enquadra nos CIDs para dispensação do VMNI pelo MS.

## 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**

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.

---

<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>

## 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 e compartilhado** um projeto de cuidados racional e com bom senso para especificar os itens necessários e responsabilidades profissionais, 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 pelos 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 Normatização, Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. Devem ser verificados 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.

## **OXIGENIOTERAPIA - VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA**

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

O SUS não disponibiliza VMNI para a condição da paciente.

## **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.

## **PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Não está clara a necessidade de técnicos de enfermagem 24 horas. Não foram anexadas as atribuições dos técnicos de enfermagem.

## **CONCLUSÃO**

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

Não foi anexado nenhum Plano Terapêutico (PT). É necessária a construção de um PT racional para paciente. Assim, como já descrito, a estrutura necessária para dar suporte à paciente é muito onerosa, portanto, deve ser sistematizado e compartilhado um projeto de cuidados racional. Devem estar muito bem definidos os papéis da família/cuidadores, do gestor público e da operadora da saúde.

Obs: o Nats não avalia questões contratuais.

## 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: 2400 Kcal

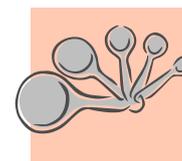
- **Ingredientes da dieta:**

- Leite em pó Integral: 45 medidas
- Novomilke®: 42 medidas
- Nutriton Mingau® ou Mucilon® ou Nutrilon® (milho ou arroz): 45 medidas
- Sal: 2 tampinhas de caneta BIC



- **Modo de preparo da dieta:**

- Bater todos os ingredientes no liquidificador com um pouco de água filtrada
- Quando estiver bem homogêneo, completar com água até 2100 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.



**Horários da infusão da dieta:** 07 – 10 – 13 – 17 – 19 – 22 horas

**Volume a ser administrado por vez:** 350 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.

## Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

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

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

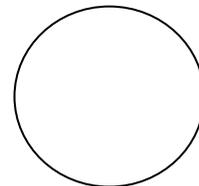
- **Material necessário:**

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

**Valor calórico  
diário: 2200 Kcal**

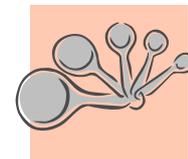
- **Ingredientes da dieta:**

- 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

4. Lavar em água corrente com esponja (separada para este fim), sem machucar a casca. Lavar toda a fruta, inclusive as reentrâncias próximas ao cabo.
5. Colocar de molho em solução sanitizante, por um período de 15 a 20 minutos.
6. 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.