

# Caderno de Boas Práticas

Edição XV

2025

**Terapia Nutricional em Atenção Domiciliar: Diretrizes para uma Assistência Segura e Qualificada**



**anead**



**Soluções  
nutricionais**  
para apoiar o paciente  
em todos os momentos  
**inclusive  
em casa**



Acesse o  
QRcode e  
saiba mais:



**DANONE**

# APRESENTAÇÃO

## Caro Leitor,

A nutrição domiciliar tem se consolidado como uma estratégia essencial na continuidade do cuidado, promovendo a segurança, o conforto e a qualidade de vida dos pacientes fora do ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo em que representa um avanço na personalização da assistência, ela impõe importantes desafios relacionados à segurança clínica, à ética nas decisões e à adoção de tecnologias adequadas.

Foi com esse olhar abrangente que nasceu este **Caderno de Boas Práticas em Terapia Nutricional em Atenção Domiciliar : Diretrizes para uma Assistência Segura e Qualificada**. A publicação reúne, de forma estruturada e prática, temas fundamentais para a atuação qualificada de profissionais que atuam na assistência domiciliar nutricional, integrando ciência, experiência e humanização.

Ao longo dos capítulos, são abordados aspectos cruciais da linha de cuidado, desde a avaliação, o planejamento e a implementação da terapia nutricional na transição do paciente até tópicos especializados, como a nutrição enteral e parenteral domiciliar, o manejo de complicações, o uso de tecnologias assistenciais, e o acompanhamento nutricional no final da vida. Também são discutidos temas transversais, como a importância da suplementação oral em oncologia, a manutenção da integridade da pele e os princípios bioéticos que devem nortear a conduta profissional.

Mais do que um guia técnico, este caderno é um convite à reflexão e ao aprimoramento contínuo. Seu conteúdo foi cuidadosamente desenvolvido por especialistas com ampla vivência na área, com o objetivo de apoiar a prática clínica e promover um cuidado cada vez mais seguro, ético e centrado no paciente.

Esperamos que esta obra inspire práticas mais integradas, conscientes e transformadoras na nutrição domiciliar, contribuindo para fortalecer os pilares da assistência multiprofissional com qualidade e responsabilidade.

Boa leitura!

Maio, 2025

# Expediente

Este **Caderno de Boas Práticas Edição XV** faz parte do escopo de entregas da ANEAD ao setor, com produção coordenada pela diretoria vigente e seu grupo de estudos.

Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente a opinião da ANEAD e/ou de seu comitê editorial, assim como informes publicitários e publicidade em geral.

O conteúdo dessa publicação é protegido pela Lei de Direitos Autorais e, portanto, é proibida sua reprodução, mesmo que parcial, sem que sejam citados a fonte, o(s) autor(es) e suas referências bibliográficas, quando houver.

## Diretoria ANEAD

**Leonardo Salgado**  
Presidente

**Fábio Alexandre Rodrigues Marrochi**  
Vice- Presidente

**Ronaldo Perreira**  
Diretor Tesoureiro

**Kelvin Kaiser**  
Conselheiro Fiscal

**Ítalo Ney Bezerra Paulino**  
Suplente

**Leonardo Antônio dos Santos Baltazar**  
Suplente Fiscal

## Membros Grupo de Estudo ANEAD

**Elisa Maria Nascimento**  
Coordenadora

**Adriell Santana**

**Fernanda Perin**

**Gabriela Brandão Fontes**

**Jaqueline Suzan Cardoso Freitas**

**Loiane Morais Ribeiro Victoy**

**Janaina Morais**

**Luana Carolina Gontijo**

**Therezinha Melado**

## Coordenação Editorial

Diretoria ANEAD e Grupo de Estudos

## Produção Executiva

Diretoria ANEAD e Grupo de Estudos

Associação Nacional das Empresas de  
Serviços de Atenção Domiciliar – ANEAD

## Produção Gráfica

Heloise Horana

# SUMÁRIO

- 3 **Apresentação**
- 6 **Capítulo 1**  
Nutrição Parenteral Domiciliar
- 26 **Capítulo 2**  
Segurança e Boas Práticas na Terapia  
Nutricional Enteral Domiciliar
- 31 **Capítulo 3**  
Monitoramento Contínuo e Gestão  
de Complicações
- 41 **Capítulo 4**  
Aspectos Bioéticos na Terapia  
Nutricional em Atenção Domiciliar
- 48 **Capítulo 5**  
O Papel da Suplementação Nutricional  
Oral no Manejo do Paciente com Câncer
- 53 **Capítulo 6**  
A Importância da Terapia Nutricional para  
Manutenção da Integridade da Pele
- 58 **Capítulo 7**  
Manejo Nutricional do Paciente no  
Fim de Vida

# CAPÍTULO 1

## Nutrição Parenteral Domiciliar

Maria de Lourdes Teixeira da Silva

A nutrição parenteral (NP) é uma forma de fornecer nutrientes diretamente na corrente sanguínea, ao contrário da nutrição enteral, que utiliza o sistema digestório. A administração intravenosa de nutrientes essenciais pode ser completa, e incluem macronutrientes como aminoácidos, glicose e emulsões lipídicas, juntamente com eletrólitos, vitaminas e elementos traço. Essa mistura deve ser equilibrada e os nutrientes estéreis.<sup>1</sup> Este método visa satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes que não conseguem obter nutrientes adequadamente por via oral ou enteral.

A nutrição parenteral (NP) é categorizada como total (ou exclusiva), quando atende totalmente às necessidades nutricionais do paciente, e como suplementar (parcial ou complementar), quando a nutrição é fornecida também pela via oral ou enteral.<sup>2</sup> A NP pode ser administrada tanto em ambiente hospitalar quanto fora dele.

Quando a NP é fornecida em um ambiente domiciliar, denomina-se nutrição parenteral domiciliar (NPD). A NPD é especificamente recomendada para pacientes que apresentam estabilidade clínica, que já não têm alto risco de síndrome de realimentação, que precisem de NP por período prolongado e que esse tema já tenha sido exaustivamente discutido e aceito pelo paciente e familiares.

A Sociedade Européia de Nutrição parenteral e Enteral (ESPEN) publicou sua primeira diretriz de NPD em 2009, com 26 recomendações. A diretriz atual (2023) apresenta 71 recomendações, ampliando os cuidados, medidas preventivas e novas evidências.

A NPD é o tratamento principal e salva-vidas de pacientes com FIC. A FIC é definida como a redução da função intestinal abaixo do mínimo necessário para a absorção de macronutrientes e/ou água e eletrólitos, de modo que a suplementação parenteral (SP) seja necessária para manter a saúde e/ou o crescimento, no caso de crianças.<sup>3</sup> A FIC pode resultar de cinco mecanismos

patofisiológicos: intestino curto, fístulas intestinais, dismotilidade intestinal, obstrução mecânica intestinal ou doenças extensas da mucosa do intestino delgado, que podem ser originados de doenças não malignas (FIC-benigna) ou malignas (FIC-maligna).

A suplementação parenteral (SP) refere-se às duas modalidades de suplementação que podem ser necessárias na FIC: a NP e/ou suplementação com fluidos e eletrólitos. Os pacientes podem necessitar de SP por meses, anos ou até por toda a vida. Eles são encaminhados para programas de NPD que visam fornecer uma terapia baseada em evidências, prevenir complicações relacionadas à NPD, como infecções relacionadas ao cateter venoso central (CVC) e complicações metabólicas. É importante também maximizar a qualidade de vida (QoL) do paciente e seus familiares.<sup>4</sup>

## Condições para a Alta Hospitalar

As diretrizes da ESPEN sobre FIC benigna recomendam que, na alta os pacientes estejam metabolicamente estáveis, capazes física e emocionalmente de lidar com a terapia de NPD, e que tenham um ambiente doméstico adequado.

Os pacientes devem ser atendidos por uma equipe multidisciplinar com habilidades e experiência em FIC e gestão de NPD. O treinamento do paciente e os cuidadores para a gestão da NPD deve ser centrado no paciente com uma abordagem multidisciplinar, juntamente com diretrizes escritas.

Os pacientes em NPD devem ter acesso a orientação sobre bombas de infusão ou dispositivos com características de segurança específicas, fornecimento seguro e sistemas de entrega regulares. Assim, a segurança e eficácia de um programa de NPD dependem da experiência e das modalidades de gestão de NPD do centro de reabilitação ou da empresa de Home care,<sup>5</sup> considerando que esses não conseguem se manter nutridos com nutrição oral e enteral por redução importante da capacidade absorptiva. Assim, a FIC é definida como a redução persistente da função intestinal abaixo do mínimo necessário para a absorção de macronutrientes e/ou água e eletrólitos, de modo que a NP seja necessária para manter a saúde e/ou o crescimento em um paciente que está metabolicamente estável. O programa aplicado de NPD deve ser precedido de uma visita ao domicílio, e pode ser necessário determinar o melhor local para a instalação da NP, guarda de insumos, orientação de higiene do ambiente ou algumas adaptações, caso seja realizado o auto-cuidado.

O tema que sempre se discute é quanto custa fazer NPD. Em linhas gerais podemos dizer que custa cerca de 30% menos que em ambiente hospitalar e que esse custo reduz com o tempo. Em geral reduz 15% no segundo ano e 40% após 5 anos, seja por redução de complicações ou internações após o segundo anos ou reabilitação.<sup>6</sup> Também deve ser definido antes da alta hospitalar, a fonte pagadora do programa, quem vai cuidar de tudo que envolve a NP e o sistema utilizado se NPD industrializada ou individualizada.

## Indicações de Nutrição Parenteral Domiciliar (NPD)

A NPD é utilizada em várias condições clínicas, destacando-se a falência intestinal crônica (FIC) causada por doenças benignas e malignas. A Síndrome de intestino curto, definida como ressecção intestinal maciça, com remanescente intestinal menor que dois metros, é a causa mais frequente de FIC

“ A Síndrome de intestino curto, definida como ressecção intestinal maciça, com remanescente intestinal menor que dois metros, é a causa mais frequente de FIC com quase 70% dos casos.”

com quase 70% dos casos. Os demais casos de FIC no adulto dividem-se em dismotilidade intestinal, fístula enteroatmosférica e obstrução intestinal. Em casos de doença maligna a NPD pode ser temporária, permitindo que paciente se mantenha nutrido durante tratamentos curativos.

A NPD também é indicada em pacientes com doenças malignas terminais, em geral obstruídos sem condições de se alimentar por via oral ou enteral, como parte de uma abordagem de cuidados paliativos, visando melhorar a qualidade de vida. A diretriz mais recente da ESPEN (2023) considera que a NPD deve ser prescrita para evitar uma morte precoce por desnutrição em pacientes com câncer avançado com FIC, se a expectativa de vida relacionada ao câncer for superior a um a três meses, mesmo naqueles que não estão em tratamento oncológico ativo (grau B de recomendação).<sup>2</sup>

Embora existam outras modalidades de indicação para NPD como a recusa de outras opções de nutrição em pacientes que possuem um trato intestinal funcional, podem necessitar de HPN para prevenir ou tratar a desnutrição.

Contudo, é importante notar que, as diretrizes de prática recomendam a NPD apenas para pacientes que apresentam disfunção intestinal e que estejam clinicamente estáveis, ou seja, que podem receber o tratamento fora de ambientes hospitalares agudos. Isso assegura que a terapia seja entregue de

Isso destaca a importância de uma abordagem cuidadosa e criteriosa na indicação da NPD, garantindo que ela seja oferecida apenas a pacientes que realmente necessitam dessa terapia nutricional especializada.

essa prática é observada em cerca de 5% da população que requer nutrição parenteral. Isso destaca a importância de uma abordagem cuidadosa e criteriosa na indicação da NPD, garantindo que ela seja oferecida apenas a pacientes que realmente necessitam dessa terapia nutricional especializada.

Dessa forma, com base na função gastrointestinal subjacente e na doença, junto com as características do paciente, quatro cenários clínicos para o uso de HPN podem ser identificados:

- NPD como terapia vital principal para um paciente com FIC devido a doença benigna;
- NPD para FIC devido a doenças malignas, muitas vezes ocorrendo de forma transitória durante tratamentos curativos;
- NPD incluída em um programa de cuidados paliativos para doença maligna incurável, para evitar a morte por desnutrição;
- NPD utilizada para prevenir ou tratar a desnutrição em pacientes com intestino funcional que rejeitam outros tipos de nutrição médica (cenário sem FIC).

O objetivo e as características do programa de HPN, assim como as necessidades específicas do paciente, podem variar entre os quatro cenários clínicos.

## Nutrição Parenteral Individualizada ou Industrializada, Necessidades Nutricionais

As diretrizes atuais destacam que as fórmulas de NPD devem ser adaptadas às necessidades individuais do paciente, independentes se industrializadas ou personalizadas, que têm sido bastante discutidas e permanecem controversas. A literatura identificou onze artigos que foram considerados relevantes para a comparação dessas duas modalidades de entrega para NP. Apenas um dos onze artigos, um resumo de conferência, comparou diferentes tipos de bolsas

maneira segura, minimizando riscos associados ao tratamento fora de um ambiente de saúde controlado.

As taxas de prevalência da NPD variam, com relatos indicando que nos EUA e na Europa

de PN no ambiente domiciliar, enquanto os outros artigos avaliavam o uso de PN em pacientes internados em hospitais. Os resultados sugeriram que a PN personalizada pode estar associada a um menor risco microbiológico do que as bolsas comerciais prontas para uso em pacientes com FIC.<sup>7</sup> No entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas e este artigo não foi publicado na íntegra. Dada a escassez de dados no contexto de NPD, são claramente necessários mais estudos para investigar as implicações de custo, segurança e resultados clínicos do uso de misturas de PN prontas para uso comercial em pacientes com FIC benigna e maligna.

O importante é que a NPD possa atender as necessidades de cada paciente, com um cuidado maior para os obesos mórbidos, os que apresentam perdas exageradas por ostomias e as crianças.

Pironi e col (2020)<sup>5</sup> avaliaram 65 centros de 22 países com 3.239 pacientes (90,1% com doença benigna, 9,9% com doença maligna), registrando as características dos pacientes, da FIC e da NPD em um banco de dados estruturado. O suporte parenteral (SP) dividido em fluidos e eletrólitos sozinhos (FE) ou nutrição parenteral (NP), seja pré-misturada comercialmente (NP-PU) ou personalizada (NP-P) sozinha ou acrescida de FE (NP-P+FE ou NP-PU+FE). Geralmente FE é prescrito aos doentes que tem perdas exageradas por ostomias.

O SP foi FE em 10%, NP-PU 34% (NP-PU em 17% e NP-PU+FE 17%), NP-P 56% (NP-P 38% e NP-P+FE 18%). O uso NP industrializada ou pronta para uso (NP-PU e NP-PU+FE) foi maior em FIC maligna (56,3%), enquanto o uso de NP personalizada (NP-P e NP-P+FE) foi maior (64,6%) na doença benigna ( $p < 0,001$ ). A provisão de NPD e o tipo de SP diferem consideravelmente entre países, e entre FIC benigna e maligna.

Deve ser considerado também a disponibilidade de NP personalizada que exige farmácia de manipulação. De outro lado, se a opção e disponibilidade foi da NP pronta para uso ou industrializada, é necessário a aplicação conjunta de vitamina e oligoelementos que não estão incluídas no frasco.

Existem problemas regionais que também interferem na escolha da modalidade da NP. As fábricas da NP industrializadas estão na Europa, e por isso também são mais utilizadas nesses países, quando comparado com Américas (Gráfico 1). No nosso meio existem locais em que em NP individualizada não estão disponíveis. Essas características podem interferir nas escolhas.

Em linhas gerais, as fórmulas industrializadas são fórmulas padronizadas, e então se aplicam mais para doentes que não tem necessidades aumentadas de nutrientes ou eletrólitos. A vantagem é seu longo tempo de armazenamento (2 anos) em

temperatura ambiente (até 250C), uma vez que é multicompartimentada. Cuidados adicional em algumas regiões onde a temperatura constantemente está acima de 250C. A desvantagem é que não é completa, e faltam vitaminas e minerais, que devem ser fornecidos em paralelo com a mesma frequência que a NP é prescrita.

De outro lado bolsa individualizada ou personalizada evita hiperalimentação, distúrbios hidroeletrólíticos, síndrome de realimentação com progressão lenta individual, é completa e permite individualizar nutrientes específicos, mas não permite armazenamento se completa (24h em geladeira). Além disso, necessita manipulação em ambientes específicos.<sup>8</sup>

A oferta de macro, micronutrientes, eletrólitos e minerais<sup>8</sup> encontram-se nas Tabelas 1, 2, 3 e 4. Lembrar que grande parte dos pacientes com FI comem bem, mas absorvem cerca de metade da sua ingestão. Assim, a NPD pode ser total ou suplementar. Dessa forma a oferta pela NPD tem muitas variáveis no momento da prescrição.

## **Escolha e Cuidados com o Cateter Venoso Central (CVC), Curativo, Equipos e Conectores**

As diretrizes enfatizam que a escolha do cateter venoso central (CVC) de acesso de longa duração deve ser um processo colaborativo entre o paciente e a equipe de nutrição parenteral, incluindo o profissional que realizará o procedimento. O local de saída do CVC deve ser acessível e visível para facilitar o autocuidado do paciente, evitando áreas com feridas ou outros dispositivos médicos. Para pacientes em nutrição parenteral a longo prazo (mais que seis meses), são recomendados CVC tunelizados (como Hickman e Broviac) ou totalmente implantáveis. Além disso, o acesso à veia cava superior (VCS) deve ser priorizado, preferencialmente pelo lado direito, para minimizar o risco de trombose venosa. O CVC de único lúmen é opção preferencial, uma vez que infecções têm sido relatadas com mais frequência em CVC de múltiplos lúmens. Além disso, a ponta do CVC deve ser posicionada na junção entre a veia cava superior e o átrio direito para minimizar o risco de trombose venosa.

As diretrizes para a nutrição parenteral de curto prazo indicam que cateteres venosos centrais inseridos por via periférica (PICCs) podem ser utilizados para pacientes que receberão NPD por menos de seis meses, não sendo recomendados para uso a longo prazo pelas diretrizes da ESPEN<sup>5</sup> e ASPEN<sup>8</sup>.

No entanto, várias séries relataram o uso bem-sucedido de PICCs por até quatro anos.<sup>9,10</sup> Os PICCs parecem se associar a menor risco de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter (ICSRC), mas apresentam risco mais precoce de trombose relacionada ao cateter (TRC)

A NPD deve ser infundida sempre com o uso de bombas de infusão, pois essas garantem a segurança e a eficácia do tratamento e estão associadas às melhores práticas. As bombas portáteis, em particular, têm proporcionado maior independência aos pacientes, melhorando sua qualidade de vida, permitindo que mantenham o fluxo desejado de forma discreta e eficiente.

A ausência desse dispositivo pode favorecer administração rápida ou descontrolada de NP, com riscos de complicações em razão do grande volume de fluidos, à hipertonicidade da mistura e às altas concentrações de glicose e potássio. Assim, a bomba de infusão é dispositivo necessário para a prática de NPD.

O sítio de saída do cateter deve ser coberto com curativo estéril. Os curativos transparentes favorecem a inspeção visual e são menos frequentemente trocados, enquanto curativos de gaze são preferidos em casos de secreção. Existe um debate contínuo sobre a frequência de troca de curativos. O manejo deve ser individualizado, levando em conta a condição do local e as recomendações do fabricante.

Os equipamentos utilizados para a administração da NPD devem ser trocados a cada 24 horas para minimizar o risco de ICSRC, especialmente em NPD cíclica.

Embora uma revisão sistemática recente<sup>11</sup> tenha revelado que não há evidências suficientes para confirmar se pacientes recebendo NP têm maior risco de desenvolver ICSRC do que aqueles que não recebem terapia de NP, a ICSRC é uma complicação comum em pacientes recebendo NPD. Uma revisão sistemática em pacientes adultos recebendo NPD mostrou que a CRBSI variava entre 0,38 e 4,58 episódios por 1000 dias de cateter (mediana de 1,31)<sup>12</sup>. As bactérias gram-positivas da flora cutânea humana causaram mais da metade das infecções.

Além disso, a manutenção de um rigoroso protocolo de antisepsia ao manusear cateteres CVAD é essencial para prevenir contaminações. A antisepsia das mãos é a principal medida de proteção, e embora o uso de luvas seja comum, não é necessária, nem substitui a necessidade da antisepsia.

A solução de clorexidina alcoólica a 0,5-2% é recomendada para desinfecção da pele durante as trocas de curativos, e, como com alternativas como tintura de iodo ou álcool a 70% em caso de contra-indicações. Além disso, a descontaminação das mãos deve ser realizada antes e depois de manusear o

CVAD, utilizando produtos adequados, como desinfetantes à base de álcool, para maximizar a prevenção de infecções.

Os conectores devem ser não agulhados, pois eles previnem lesões por picada de agulha e reduzem o risco de infecções. Devem ser trocados a cada 72h ou conforme as recomendações dos fabricantes. Os conectores de infusão em Y são preferenciais aos valvulados, devido à menor incidência de infecção. Para minimizar o risco de contaminação, os conectores devem ser esfregados por 15 segundos com soluções antissépticas apropriadas antes do acesso (clorexidina alcoólica ou álcool a 70%), e a adesão a práticas de desinfecção deve ser rigorosamente seguida, uma vez que contaminação ocorre com frequência.<sup>13</sup> A desinfecção inadequada pode levar à entrada de micro-organismos, destacando a necessidade de técnicas de desinfecção mais eficientes.

As agulhas para acesso ao cateter totalmente implantado, devem ser trocadas pelo menos uma vez por semana para garantir a segurança do paciente e permitir que possam tomar banho ou duchas quando for retirada.

O CVC semi-implantável ou totalmente implantável quando agulhado não devem ser submersos em água sem proteção.

As recomendações destacam a preferência de solução salina a 0,9% para lavar e bloquear o cateter no lugar da heparina, por menor risco de formação de biofilme, e assim, menor risco de ICSRC. A última diretriz da ESPEN<sup>5</sup> recomenda, como uma estratégia adicional para prevenir ICSRC, o bloqueio antimicrobiano com taurolidina, utilizado devido ao seu perfil de segurança, custo favoráveis e resultados favoráveis dos últimos estudos.<sup>14,15</sup>

Evitar o uso de filtros de linha, substituição rotineira do CVC de longa duração, profilaxia com antibióticos e bloqueio com heparina.

## **Monitoramento e Manuseio de Complicações e Emergências**

O propósito do monitoramento é favorecer a qualidade de vida (QoL) de pacientes em NPD e qualidade do atendimento, de forma a avaliar a eficácia nutricional do programa, prevenir e diagnosticar precocemente complicações relacionadas à NPD.

O monitoramento deve ser feito em intervalos adaptados às necessidades do paciente, aumentando a frequência à medida que o paciente se estabiliza no

tratamento (Tabela 5). Deve incluir diversos parâmetros de saúde e bem-estar do paciente, incluindo incidência de infecções e readmissões hospitalares, que são os principais indicadores de qualidade do atendimento em pacientes de HPN, tanto com doenças benignas quanto malignas. A taxa de sobrevivência também é um indicador importante em FIC com doenças benignas.

A gestão da NPD difere da dos pacientes hospitalizados, pois há uma mudança na responsabilidade primária dos profissionais de saúde para os pacientes,

cuidadores e enfermagem se for o caso. O processo educacional inclui promover a independência com a infusão, (auto) monitoramento da NPD, cuidado com o cateter, prevenção, reconhecimento e manejo de complicações e melhora ou manutenção QoL. O médico do paciente ou a equipe do centro de referência de NPD desempenha um papel crucial no processo de tomada de decisão individualizada e deve orientar todas as medidas ou etapas necessárias a serem tomadas.

“ O propósito do monitoramento é favorecer a qualidade de vida (QoL) de pacientes em NPD e qualidade do atendimento, de forma a avaliar a eficácia nutricional do programa, prevenir e diagnosticar precocemente complicações relacionadas à NPD.

O treinamento para NPD pode ser realizado em um ambiente hospitalar ou na casa do paciente e pode levar de alguns dias a semanas, dependendo das habilidades do paciente, da duração da NPD e da condição subjacente.

Sempre que necessário internação, os pacientes em NPD devem ser atendidos por uma unidade hospitalar especializada, dedicada e claramente identificável com NPD e/ou centro de reabilitação intestinal. É importante estar em contato com os profissionais, vaga acordada e leito dedicado, assim como ter consultórios para atendimento ambulatorial.

Os pacientes estáveis, sobretudo os que têm FIC benigna, podem fazer pequenas viagens, mas com segurança. É necessário que as viagens sejam organizadas com antecedência, que os suprimentos e acessórios da NPD sejam fornecidos no destino, seja por pessoal qualificado ou autocuidado. O médico deve emitir uma carta/certificado médico para o paciente/cuidadores confirmando que eles estão cientes de que estão viajando, juntamente com um breve resumo de sua condição e necessidade de PN. A cobertura médica/seguro de viagem deve ser organizada antes da viagem para garantir que qualquer tratamento médico necessário durante a viagem será possível. Os profissionais de saúde habituais devem considerar estabelecer suporte médico local ou um contato

para o paciente, caso necessitem de suporte médico. Em caso de emergência, um plano de ação deve ser preparado com antecedência e todos os números de contato importantes (médico, família) devem estar facilmente acessíveis.

Quando pacientes são admitidos no hospital com complicações relacionadas à NPD, seu cuidado deve ser realizado pela equipe específica, ou se acontece durante viagens o paciente deve portar protocolos escritos para o manejo das complicações relacionadas à NPD e devem ser compartilhados ou acessados em portal seguro, com o hospital local, em caso de emergência. A complicação que mais leva o paciente para internação de emergência é ICSRC (0,22 a 11,5/1000 dias).

Outra complicação NPD é a trombose venosa (0,01 a 0,19/1000 dias), que deve ser monitorada, porque a perda de acessos venosos é complicação séria a longo prazo. A Tabela 6 aponta as principais complicações associadas à NPD a longo prazo.<sup>16</sup>

## **Infecção da Corrente Sanguínea Relacionada ao Cateter (ICSRC): Remover o Cateter ou Aplicar “Lock” Terapia?**

Pacientes com falência intestinal crônica (FIC) dependem de suporte parenteral de macronutrientes, fluidos e/ou eletrólitos para manter a saúde. A nutrição parenteral domiciliar (NPD) salva a vida desses pacientes, entretanto, a necessidade simultânea de um cateter venoso central (CVC) representa um risco bem conhecido e constante de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter (ICSRCs), o que prejudica a qualidade de vida dos pacientes com FIC, frequentemente leva a readmissões hospitalares onerosas e pode até causar morte. A incidência de ICSRC é frequentemente usada como um marcador de qualidade geral do cuidado em pacientes com NPD.

O diagnóstico clínico de ICSRC é frequentemente baseado na ocorrência de sintomas sistêmicos de infecção em paciente com CVC (febre, calafrios, sensação não específica de mal-estar, por exemplo, em relação à infusão através do CVC), onde nenhuma outra fonte aparente de infecção é encontrada, e há evidências microbiológicas que apoiam o CVC como foco da infecção.

O diagnóstico definitivo de ICSRC é confirmado pela detecção do mesmo microrganismo (espécie e antibiograma) cultivado na ponta do cateter retirado e, pelo menos uma amostra na hemocultura de sangue periférico.<sup>17</sup> No entanto, como uma estratégia de preservação do cateter é frequentemente tentada em pacientes de NPD com cateter de longa permanência, o diagnóstico de ICSRC passa a ser feito pela detecção do mesmo microrganismo em culturas

de sangue pareadas coletadas simultaneamente através do CVC e de veia periférica. Essas são as definições de ICSRC preconizadas pela ESPEN e CDC americano (Centro de Prevenção e Controle de Doenças). O diagnóstico microbiológico para detectar ICSRC com maior precisão, deve idealmente se basear em métodos de cultura quantitativa ou qualitativa. Ao empregar culturas quantitativas, o diagnóstico de ICSRC com maior sensibilidade e especificidade é obtido quando as unidades formadoras de colônias (UFC) nas culturas do CVC são pelo menos 3 vezes mais altas do que nas culturas periféricas. Em análises qualitativas, o diagnóstico de ICSRC com a maior sensibilidade é obtido quando o monitoramento contínuo automatizado da detecção de crescimento microbiano ocorre pelo menos 2 horas antes nas culturas do CVC do que nas culturas periféricas (tempo diferencial para positividade, DTP).

A remoção do cateter reduz o risco de recorrência da infecção, bacteremia persistente e infecções metastáticas. As diretrizes da Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA) defendem a remoção ou substituição do cateter como abordagem de primeira linha para ICSRC.<sup>17</sup> Todas as diretrizes concordam em remover o CVC em pacientes hemodinamicamente instáveis, em infecções por leveduras ou em casos de infecções complicadas, como endocardite, trombose séptica e outras infecções metastáticas. No entanto, o tratamento recomendado para certas bactérias de alta virulência (por exemplo, *S. aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*) continua a ser controverso.<sup>18</sup>

O racional para tentar manter ou salvar o cateter ao invés de retirá-lo é que múltiplas remoções de CVCs está associada à estenose venosa e trombose, que, por sua vez, podem levar à perda permanente do acesso vascular. Quando isso ocorre, o paciente pode eventualmente precisar de um transplante de intestino delgado. O impacto que a remoção recorrente de CVC pode ter sobre o acesso venoso futuro implica que a tentativa de salvar o cateter deve ser tentada sempre que possível em pacientes dependentes NPD com ICSRC, especialmente se o acesso venoso é limitado. Outro argumento para tratar o cateter é que a colonização intraluminal de CVC de longa duração e subsequente infecção são acompanhadas pela formação de biofilme na parte interna do cateter. As bactérias embutidas em biofilmes são difíceis, se não impossíveis, de erradicar por meio da terapia antibiótica sistêmica padrão. Para eliminar não apenas as bactérias presentes no biofilme, mas também as bactérias livres, as concentrações de antibióticos devem ser pelo menos 100 vezes superiores à concentração inibitória mínima (CIM) dos microrganismos. Um “lock” ou um selo de antibiótico é baseado na administração de antibiótico em alta concentração no lume do cateter, com o objetivo de esterilizar o dispositivo, por um período de 10 a 14 dias.

As diretrizes atuais de NPD da Europa recomendam tentar a salvar o CVC apenas em pacientes com infecções não complicadas causadas por *Staphylococcus aureus*, estafilococos coagulase-negativos e bacilos Gram-negativos. Se persistirem sinais de infecção após o quarto dia ou hemocultura permanecer positiva, o cateter deve ser removido.<sup>19</sup>

Goldman e col (2021) realizaram revisão sistemática e metanálise que compararam os três tratamentos: antibióticos sistêmicos, lock terapia e retirada do cateter por meio de 28 estudos que atenderam aos critérios de inclusão (22 estudos de coorte, 5 estudos de caso-controle e 1 ensaio clínico randomizado), resultando em um total de 4.911 ICSRCs. A lock terapia consistiu em preparar uma solução concentrada em antibiótico (vancomina, meropenem, amicacina, dentre outros). Por exemplo, 2mg/ml de vancomicina, 20UI de heparina por ml e infundia 3ml no cateter e mantinha bloqueado por 12h, por 10 dias em média, com ou sem associação com antibiótico sistêmico. O volume, dose e tempo variou entre os estudos. O uso de lock terapia foi ao uso de antibióticos sistêmicos isoladamente (OR: 1,75; IC 95%: 1,21 a 2,53; P = 0,003). A recorrência da infecção foi menos frequente quando se utilizou lock terapia do que em aqueles que usaram apenas antibióticos sistêmicos (OR: 0,26; IC 95%: 0,11 a 0,61; P = 0,002). O grupo de troca de cateter foi excluído da análise de regressão multinível porque apenas 1 estudo incluído aplicou esse tratamento. As taxas lock terapia bem-sucedida foram mais altas para estafilococos coagulase-negativos, seguidos por bacilos Gram-negativos e *Staphylococcus aureus*. Assim, a adição de uma solução de bloqueio antimicrobiano parece ser benéfica para preservar o cateter em pacientes dependentes de NPD e ICSRC.

A tabela 7 mostra algumas possibilidades e de diluição de antibióticos.<sup>20,21</sup>

## Desmame da NPD e Reabilitação Intestinal

A NPD não é procedimento para prescrição de manutenção. A maioria dos casos de FI são devido a intestino curto que pode haver reabilitação espontânea do intestino no período de 2 a 5 anos. Nesse período ocorre hiperplasia do intestino remanescente com aumento da área absorptiva. Ocorre também aumento de hormônios intestinais que favorecem o trofismo, reduzem a motilidade e aumentam o apetite. Cerca de 70% dos pacientes tornam-se hiperfágicos (ingestão oral 1,5 vezes o gasto energético). E, por fim, a disbiose favorece o aumento da produção de lactobacilos que promove maior produção de ácidos graxos de cadeia curta, com absorção de até 1000kcal a partir do cólon.<sup>22,23</sup>

Assim, a dose da NP deve ser a menor possível, cíclica e sempre desafiando o paciente a receber doses menores. A capacidade de reabilitação intestinal depende também da anatomia intestinal.

Assim, a dose da NP deve ser a menor possível, cíclica e sempre desafiando o paciente a receber doses menores. A capacidade de reabilitação intestinal depende também da anatomia intestinal. A FI tipo 3 tem 80% de chance de reabilitação espontânea, o tipo 2 tem 40% e o pior desempenho será do tipo 1 que tem somente 20% de chance de

reabilitação, e cursa com alto débito pela jejunostomia. (Figura 1).<sup>24</sup> Quando o paciente não consegue reabilitar nesse período é possível auxiliar o desmame da NPD com uso de análogo do GLP-2, o teduglutide, cirurgia de alongamento ou eventualmente o transplante de intestino delgado.<sup>25</sup>

Maria de Lourdes Teixeira da Silva,

Mestre em Medicina (Gastroenterologia) pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia; Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral – BRASPEN; e Diretora do GANEP Nutrição Humana.

## Anexos

Tabelas 1 e 2. Necessidades diárias na NP do adulto.<sup>8</sup>

Vitaminas	Necessidades Diárias
Tiamina (B1)	6mg
Riboflavina (B2)	3,6mg
Niacina (B3)	40mg
Ac. fólico	600mcg
Ac. pantotênico	15mg
Piridoxina (B6)	6mg
Cianocobalamina (B12)	5mcg
Biotina	60mcg
Vitamina C	200mg
Vitamina A	990mcg
Vitamina D	5mcg
Vitamina E	10mg
Vitamina K	150mcg

Elementos Traço	Necessidades Diárias
Cromo	10mcg
Cobre	0,3-0,5mg
Manganês	55mcg
Selênio	60-100mcg
Zinco	3-5mg
Ferro	1mg
Iodo	130mcg
Fluoreto	-
Molibdênio	19-25mcg

Tabelas 3. Necessidades diárias de eletrólitos e minerais. Aumentar se perdas adicionais (diarreia, vômito, ostomias, sondas abertas)

Eletrólitos/ Minerais	Necessidades Diárias
Cálcio	10-15mEq
Magnésio	8-20mEq
Fósforo	20-40mmol
Sódio	1-2mEq/kg
Potássio	1-2mEq/kg
Acetato	Manter balanço ácido-base
Cloreto	Manter balanço ácido-base

Tabela 4. Necessidades diárias de macronutrientes e fluidos.<sup>8</sup>

Macronutrientes	Paciente Saudável
Proteínas (g/kg/d)	1-1,5g/kg/d
Energia (kcal/kg/d)	20-30kcal/kg/d
Glicose (mg/kg/min)	4-5mg/kg/min
E. Lioídica (g/kg/d)	1g/kg/d
Fluido (ml/kg/d)	30-40ml/kg/d
Abdomen aberto	15-30g/L/ exsudato de proteína adicional

Tabela 5. Parâmetro, frequência e ambiente de monitoramento de NPD, conforme diretrizes atuais da ESPEN.<sup>5</sup>

	Parâmetro	Frequência	Ambiente
Condição Geral	Temperatura corporal	Diário se instável, após uma a duas vezes por semana se estável	Enfermeiro/ paciente ou cuidador em casa
	Peso corporal	Diário se instável, após uma a duas vezes por semana se estável	Enfermeiro/ paciente ou cuidador em casa ou visita ambulatorial
	Índice de massa corporal	Diário se instável, após uma a duas vezes por semana se estável	Enfermeiro/ paciente ou cuidador em casa ou visita ambulatorial
		Mensal	Visita ambulatorial/ enfermeiro em casa
Balanço Hídrico	Diurese	Frequência depende da etiologia e estabilidade	Enfermeiro em casa; paciente ou cuidador se treinado
	Débito do estoma		
	Número ou consistência das fezes	Se estoma de alto débito (>500ml), monitorar diariamente,	
	Presença de edema		

	Parâmetro	Frequência	Ambiente
Balanço Hídrico		e após duas a uma vez por semana	
Cateter	Local de saída	Diariamente	Enfermeiro em casa; paciente ou cuidador se treinado
Exames	Hemograma completo Proteína C-reativa Glicose sérica Eletrólitos séricos: Na, Cl, K, Mg, Ca, P Ureia e creatinina séricos Bicarbonatos séricos Análise de urina Albumina, função hepática, INR Ferro, ferritina 25-OH vitamina D Zinco, cobre, selênio Vitaminas B12, A, E, folato, Selênio Ultrassonografia de abdomen Densitometria óssea (DEXA)	A frequência depende da etiologia e estabilidade do paciente  Semanalmente ou mensalmente e até três a quatro meses, se estável  Mensalmente e até três a quatro meses, se estável  Cada três a seis meses  Cada seis a doze meses  Anualmente  Anualmente  Cada doze a dezoito meses	Verificar a cada visita em casa  Dosar em casa ou no hospital      Realizar no hospital  Realizar no hospital

Tabela 6. Complicações Potenciais Associadas à NPD e à NP de Longo Prazo (CSRC, infecção da corrente sanguínea associada a cateter central; CVC, cateter venoso central; NPD, nutrição parenteral domiciliar; NP, nutrição parenteral.)

<b>Tipo de complicação</b>	<b>Complicações</b>
<b>Médico/ Metabólico</b>	Sobre ou subnutrição, hiperglicemia, hipoglicemia, anormalidades eletrolíticas, sobrecarga de volume, desidratação, hipertrigliceridemia, colestase, doença hepática associada à insuficiência intestinal e esteato-hepatite não alcoólica, doença óssea metabólica e redução da competência imunológica.
<b>Infecioso</b>	Infecção da corrente sanguínea associada a cateter central (ICSRC), infecção do local de saída, e infecção do túnel.
<b>Técnico/ Mecânico</b>	Oclusão do dispositivo de acesso venoso central (CVAD), trombose venosa central, deslocamento do CVAD, e quebra/ruptura do CVAD.
<b>Psicológico</b>	Ansiedade do paciente/cuidadores sobre a capacidade dos pacientes de gerenciar e solucionar problemas, medo de complicações, depressão, fadiga e preocupações financeiras.
<b>Somático</b>	Mobilidade física reduzida, problemas de destreza, fadiga, poliúria e problemas sexuais.
<b>Social</b>	Limitações em atividades sociais e viagens, e restrições econômicas.

Tabela 7. Antibióticos e doses para lock terapia.

<b>Antibiótico</b>	<b>Concentração do Antibiótico</b>	<b>Heparina &amp; Concentração</b>	<b>Compatibilidade da Solução</b>	<b>Estabilidade da solução</b>
Amicacina	2mg/ml	20U/ml	Visual 7 dias (25-370C)	72; duração 3-14 dias
Anfotericina	2,67mg/ml	66,7U/ml	72h	24h refrigerado; estável 72h

Antibiótico	Concentração do Antibiótico	Heparina & Concentração	Compatibilidade da Solução	Estabilidade da solução
Ampicilina	10mg/ml	10, 5.000U/ml	24h ambiente	48h refrigerado; estável 14 dias
Caspofungina	3,33mg/ml	200U/ml	48h	48h refrigerado
Cefazolina	10mg/ml	10, 5.000U/ml	<20% perda eficácia em 24h	48h refrigerado; estável 14 dias
Ceftazidime	500mcg/ml	100U/ml	<10% perda eficácia em 3 dias	7 dias
Ciprofloxacina	0,2mg/ml	10-10.000U/ml	24h	7 dias refrigerado
Daptomicina	25mg/ml	5, 5.000, 10.000U/ml	<10% perda em 24h	28h, 90,5% a 250C
Gentamicina	1mg/ml	2,500U/ml + vanco 2,5mg/ml + cefazolina 2,5mg/ml	72h a 370C	24h refrigerado
Tobramicina	5mg/mm	Alteplase 1mg/ml	72h a 370C	7 dias refrigerado
Vancomicina	2mg/ml	100U/ml	28 dias	4-28 dias em port
Vancomicina	5mg/ml	2.500U/ml	72h a 370C	
Vancomicina	25mcg/ml	100, 5.000U/ml	14 dias a 40C	

Figura 1. Síndrome do intestino curto com Falência intestinal (SIC-FI).



**Tipo 1** - jejunostomia terminal com menos de 100cm; **Tipo 2** jejuno-cólon, tem menos que 65cm de jejuno anastomosado no cólon; **tipo 3** jejuno-íleo-cólon, com menos de 30cm de jejuno-íleo, sendo pelo menos 10cm de íleo e todo o cólon em continuidade – este apresenta o melhor prognóstico apesar de tem menos intestino delgado.

## Bibliografia

01. Kumpf VJ, Gray B, Monczka J, Zeraschi S, Klek S. Parenteral nutrition at home/long-term parenteral nutrition. *Am J Health Syst Pharm.* 2024 Jun 13;81(Supplement-3):S112-S120. doi: 10.1093/ajhp/zxae081
02. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, Lichota M, Mühlebach S, Van Gossum A, Wanten G, Wheatley C, Bischoff SC. ESPEN practical guideline: Home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2023 Mar;42(3):411-430. doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.003.
03. Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, Forbes A, Gabe S, Gillanders L, Holst M, Jeppesen PB, Joly F, Kelly D, Klek S, Irtun Ø, Olde Damink SW, Panisic M, Rasmussen HH, Staun M, Szczepanek K, Van Gossum A, Wanten G, Schneider SM, Shaffer J; Home Artificial Nutrition & Chronic Intestinal Failure; Acute Intestinal Failure Special Interest Groups of ESPEN. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. *Clin Nutr.* 2015 Apr;34(2):171-80.
04. Cuerda C, Pironi L, Arends J, Bozzetti F, Gillanders L, Jeppesen PB, Joly F, Kelly D, Lal S, Staun M, Szczepanek K, Van Gossum A, Wanten G, Schneider SM, Bischoff SC; Home Artificial Nutrition & Chronic Intestinal Failure Special Interest Group of ESPEN. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in chronic intestinal failure. *Clin Nutr.* 2021 Sep;40(9):5196-5220.
05. L. Pironi, E. Steiger, C. Brandt, Francisca Joly, G. Wanten, C. Chambrier, U. Aimasso, A.S. Sasdelli, S. Zeraschi, D. Kelly, et al. Home parenteral nutrition provision modalities for chronic intestinal failure in adult patients An international survey. *Clinical Nutrition*, 2020, 39 (2), pp.585-591.
06. Emilio Canovai , Laurens J Ceulemans, Guido Peers, Lutgart De Pourcq, Marleen Pijpops, Gert De Hertogh, Martin Hiele, Jacques Pirenne, Tim Vanuytsel. Cost analysis of chronic intestinal failure. *Clin Nutr* 2019 Aug;38(4):1729-1736. doi: 10.1016/j.clnu.2018.07.032.
07. Pietka M, Szczepanek K, Szybinski P, Klek S. Pp209-Mon ready-to-use (Rtu) bags versus compounded parenteral nutrition: battle for microbiological safety. *Clin Nutr* 2013;32: S199e200.
08. Berger MM, Shenkin A, Dizdar OS, Amrein K, Augsburg M, Biesalski HK, Bischoff SC, Casaer MP, Gundogan K, Lepp HL, de Man AME, Muscogiuri G, Pietka M, Pironi L, Rezzi S, Schweinlin A, Cuerda C. ESPEN practical short micronutrient guideline. *Clin Nutr.* 2024 Mar;43(3):825-857. doi: 10.1016/j.clnu.2024.01.030
09. Santacruz E, Mateo-Lobo R, Riveiro J, Nattero L, Vega-Pinero B, Lomba G, et al. Infectious complications in home parenteral nutrition: a long-term study with peripherally inserted central catheters, tunneled catheters, and ports. *Nutrition* 2019; 58:89e93.
10. Santacruz-Cerdan E, Arcano K, Arrieta Blanco F, Ortiz Flores A, Mateo Lobo R, Botella Carretero JI, et al. Effectiveness of long-term home parenteral nutrition with peripherally inserted central catheter: a case report. *Nutr Hosp* 2016;33:185e7.
11. Gavin NC, Button E, Keogh S, McMillan D, Rickard C. Does parenteral nutrition increase the risk of catheter-related bloodstream infection? A systematic literature review. *J Parenter Enter Nutr* 2017; 41:918e28.
12. Dreesen M, Foulon V, Spriet I, Goossens GA, Hiele M, De Pourcq L, et al. Epidemiology of catheter-related infections in adult patients receiving home parenteral nutrition: a systematic review. *Clin Nutr* 2013; 32:16e26.

13. Breimer L, Geijer H, Berggren L. [Disinfection of injection ports - a systematic overview of optimal scrub-time]. *Lakartidningen* 2018;115.
14. Tribler S, Brandt CF, Petersen AH, Petersen JH, Fuglsang KA, Staun M, et al. Taurolidine-citrate-heparin lock reduces catheter-related bloodstream infections in intestinal failure patients dependent on home parenteral support: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2017; 106:839e48.
15. Wouters Y, Theilla M, Singer P, Tribler S, Jeppesen PB, Pironi L, et al. Randomised clinical trial: 2% taurolidine versus 0.9% saline locking in patients on home parenteral nutrition. *Aliment Pharmacol Ther* 2018; 48:410e22.
16. Kumpf VJ, Gray B, Monczka J, Zeraschi S, Klek S. *Am J Parenteral nutrition at home/ long-term parenteral nutrition. Health Syst Pharm.* 2024 Jun 13;81(Supplement-3):S112-S120. doi: 10.1093/ajhp/zxae081
17. Mermel LA, Allon M, Bouza E, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009;49(1):1-45.
18. Pironi L, Arends J, Bozzetti F, Cuerda C, Gillanders L, Jeppesen PB, Joly F, Kelly D, Lal S, Staun M, et al. ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults. *Clin Nutr* 2016;35(2):247-307. Erratum in: *Clin Nutr* 2017;36(2):619.
19. Gompelman M, Paus C, Bond A, Akkermans RP, Bleeker-Rovers CP, Lal S, Wanten GJA. *Am J. Comparing success rates in central venous catheter salvage for catheter-related bloodstream infections in adult patients on home parenteral nutrition: a systematic review and meta-analysis. Clin Nutr.* 2021 Sep 1;114(3):1173-1188. doi: 10.1093/ajcn/nqab164.
20. N Blair , P Patil , D Nguyen , B Paudyal-Nepal , F Iorember . Antibiotic lock solutions as adjunct therapy for catheter-related blood stream infections in pediatric hemodialysis patients. *Front Pediatr.* 2024 Apr 11;12:1379895. doi: 10.3389/fped.2024.1379895.
21. Julie Ann Justo, P Brandon Bookstaver Antibiotic lock therapy: review of technique and logistical challenges. *Infection and Drug Resistance* 2014;7 343-363
22. Tabone T, Mooney P, Donnellan C. Intestinal failure-associated liver disease: Current challenges in screening, diagnosis, and parenteral nutrition considerations. *Nutr Clin Pract.* 2024 Oct;39(5):1003-1025. doi: 10.1002/ncp.11116
23. Le Beyec J, Billiauws L, Bado A, Joly F, Le Gall M. . Short Bowel Syndrome: A Paradigm for Intestinal Adaptation to Nutrition? *Annu Rev Nutr.* 2020 Sep 23;40:299-321. doi: 10.1146/annurev-nutr-011720-122203.
24. Amiot A, et al. Determinants of home parenteral nutrition dependence and survival of 268 patients with non-malignant short bowel syndrome. *Clin Nutr.* 2013. PMID: 22992308
25. Solar H, Ortega ML, Gondolesi G. Current Status of Chronic Intestinal Failure Management in Adults. *Nutrients.* 2024 Aug 10;16(16):2648. doi: 10.3390/nu16162648.

# CAPÍTULO 2

## Segurança e Boas Práticas na Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

Ana Paula Pinto Ribeiro e Luana Carolina Gontijo

### Introdução

A efetividade e segurança da Terapia Nutricional Enteral (TNE) no ambiente domiciliar dependem de um conjunto de ações sistematizadas e sustentadas por boas práticas clínicas, protocolos assistenciais claros e um compromisso ético com a qualidade para que possa seguir promovendo a autonomia dos pacientes e permitindo a manutenção de um tratamento eficaz fora das instituições hospitalares. A segurança do paciente é um princípio essencial que orienta todas as etapas do cuidado, sendo parte intrínseca do processo de TNE. Nesse contexto, segurança não é apenas a ausência de danos, mas a criação de barreiras preventivas contra falhas previsíveis, com o objetivo de reduzir riscos, prevenir eventos adversos e promover desfechos clínicos positivos.

Para garantir a segurança do paciente na TNE domiciliar, é necessário que todos os envolvidos — profissionais de saúde, pacientes e cuidadores — adotem práticas sistemáticas de monitoramento e avaliação. A detecção precoce de complicações e uma resposta adequada são fundamentais para evitar a evolução de problemas e garantir a continuidade do tratamento de forma segura.

### Complicações na Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

As complicações mais comuns na TNE domiciliar podem ser classificadas em mecânicas, gastrointestinais, metabólicas, infecciosas e psicossociais. As

As complicações metabólicas, como hiperglicemia, hipocalemia ou desequilíbrios hidroeletrolíticos, frequentemente resultam da ausência de monitoramento clínico e laboratorial adequado.

complicações mecânicas, como obstrução, fratura ou deslocamento da sonda, estão frequentemente associadas a manuseio inadequado, uso de dispositivos danificados ou falhas na técnica de administração. Já as intercorrências gastrointestinais, como

náuseas, distensão abdominal, diarreia ou constipação, podem ser causadas por infusão rápida, fórmulas inadequadas ou contaminação. As complicações metabólicas, como hiperglicemia, hipocalemia ou desequilíbrios hidroeletrolíticos, frequentemente resultam da ausência de monitoramento clínico e laboratorial adequado.

Além dessas, não se deve negligenciar as complicações infecciosas, geralmente associadas à falha na higienização ou manipulação incorreta dos dispositivos, e os impactos psicossociais, como recusa alimentar ou resistência ao tratamento, que afetam diretamente a adesão e a efetividade terapêutica. Esses fatores podem prejudicar a qualidade do cuidado e dificultar o progresso do tratamento nutricional, sendo, portanto, uma preocupação constante no acompanhamento da TNE domiciliar.

## Estratégias de Prevenção e Monitoramento

A prevenção de complicações na Terapia Nutricional Enteral (TNE) domiciliar exige uma abordagem estruturada, integrada e contínua. As principais estratégias envolvem:

- Capacitação contínua de cuidadores e profissionais de saúde, com treinamentos regulares sobre a execução correta da terapia, manuseio dos dispositivos e identificação precoce de sinais de alerta, além de orientações claras sobre como agir diante de intercorrências.
- Elaboração e cumprimento rigoroso de protocolos assistenciais específicos para o ambiente domiciliar, com diretrizes claras para o preparo, administração da dieta enteral e cuidados com sondas ou cateteres.
- Implementação de um sistema de monitoramento estruturado, com uso de formulários específicos durante as visitas domiciliares. Esses formulários devem conter campos para o registro do estado nutricional do paciente

(peso, IMC, etc.), dados clínicos (pressão arterial, temperatura, diurese, glicemia), verificação do posicionamento e integridade da sonda ou cateter, administração da fórmula (tipo, volume, velocidade) e funcionamento gastrointestinal (náuseas, vômitos, evacuações, distensão abdominal).

- Envolvimento ativo dos cuidadores, que devem ser orientados sobre o preenchimento correto das informações e sobre a importância da colaboração no cuidado. A capacitação deve incluir o reconhecimento de sinais de alerta e formas de comunicação com a equipe de saúde.

- Estímulo à notificação e ao registro de eventos adversos, com uma abordagem não punitiva, tratando essas ocorrências como oportunidades de aprendizado. A análise sistemática dos dados deve orientar ações educativas, corretivas e preventivas, promovendo uma assistência mais segura e a melhoria contínua dos processos.

## A Importância da Notificação de Eventos Adversos e do Núcleo de Segurança do Paciente

A criação de um Núcleo de Segurança do Paciente é uma medida recomendada para gerenciar riscos e fortalecer a cultura de segurança. Esse núcleo deve ser responsável pela gestão dos incidentes, análise dos dados coletados, elaboração de ações corretivas e educativas, e pelo acompanhamento contínuo da segurança do paciente. A identificação de padrões recorrentes de complicações

pode nortear intervenções específicas, como a revisão de protocolos, a reformulação de materiais educativos, ajustes na seleção de dispositivos ou mudanças na periodicidade das supervisões domiciliares.

A padronização de protocolos assistenciais adaptados à realidade domiciliar é fundamental para a segurança e efetividade do cuidado. Esses protocolos devem cobrir todas as etapas do processo de TNE, desde a avaliação inicial do paciente até o monitoramento contínuo e o feedback à família. A revisão constante dos protocolos e a retroalimentação dos processos são essenciais para manter altos padrões de qualidade no cuidado domiciliar.

“ A identificação de padrões recorrentes de complicações pode nortear intervenções específicas, como a revisão de protocolos, a reformulação de materiais educativos, ajustes na seleção de dispositivos ou mudanças na periodicidade das supervisões domiciliares.

## Considerações Finais

Prevenir complicações na TNE domiciliar é uma responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde, os cuidadores e as instituições. A implementação de práticas seguras, a capacitação contínua, o uso de protocolos claros, monitoramento rigoroso e a análise dos dados são medidas fundamentais para garantir a segurança do paciente e melhorar a efetividade do tratamento nutricional. Um sistema robusto de monitoramento e avaliação, aliado ao fortalecimento da cultura de segurança, é essencial para a promoção de um cuidado de qualidade, humanizado e seguro para os pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar.

### Ana Paula Pinto Ribeiro

Nutricionista especialista em Nutrição Clínica, Nutrição Funcional. Gestora de Saúde especialista em Auditoria e Gestão da Qualidade, Inovação em Saúde.

### Luana Carolina Gontijo

Enfermeira com 12 anos de experiência assistencial e gerencial em Atenção Domiciliar, MBA em Gestão em Saúde e em Auditoria e Gestão da Qualidade. Colaboradora da Câmara Técnica de Atenção Domiciliar do Coren-MG.

## Bibliografia

01. World Health Organization (WHO). More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598286>
02. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hand Hygiene in Healthcare Settings. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html>
03. ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition). Home Enteral Nutrition. 2023. Disponível em: <https://www.nutritioncare.org/Guidelines-and-Clinical-Resources/Home-Enteral-Nutrition/>
04. Ministério da Educação (MEC). Cartilha sobre Segurança do Paciente no Serviço de Nutrição Hospitalar. Belém-PA: 2018. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/565863/2/CARTILHA%20SOBRE%20SEGURAN%C3%87A%20DO%20PACIENTE%20NO%20SERVI%C3%87O%20DE%20NUTRI%C3%87%C3%83O%20HOSPITALAR.pdf>

# CAPÍTULO 3

## Monitoramento Contínuo e Gestão de Complicações

Danielle Bezerra da Costa Furniel

### Introdução

O cuidado multidisciplinar e a Terapia Nutricional Domiciliar (TND) começaram a se destacar na década de 80 dentro da Assistência Domiciliar, e desde então, vem em crescente expansão. É cada vez maior a tendência de prosseguir com os cuidados hospitalares no domicílio, com foco no estado nutricional e orientação dietética.<sup>7,16</sup>

A Terapia Nutricional Domiciliar faz parte da Atenção Domiciliar e a assistência nutricional regular e adequadamente indicada é um dos pilares deste cuidado.

A Terapia Nutricional Domiciliar compreende a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), Terapia Nutricional Parenteral Domiciliar (TNPD) e Suplementação Oral Domiciliar (SOD).<sup>13</sup>

A avaliação nutricional, orientação dietética, indicação de via de alimentação correta, monitoramento de adesão ao esquema dietético, suporte ao familiar e participação da equipe multidisciplinar cernem a assistência nutricional em domicílio.

A boa prática da Terapia Nutricional Dietética está associada à redução de custos com saúde, liberação de leitos de hospitais, humanização do atendimento e melhoria de qualidade de vida dos pacientes.

No Atendimento Nutricional Domiciliar são indicadas primícias para a assistência, como:

- Protocolos estabelecidos desde captação do paciente com informações fidedignas, planejamento da frequência de visitas PAD (Programa de Assistência Domiciliar) adequado e instruções de trabalho padronizados;

- Profissionais treinados para a assistência;
- Supervisão técnica pautada na clínica do paciente e em concordância com os trâmites administrativos;
- Interação multidisciplinar com atendimento integral ao paciente.

Tendo a alimentação significado social e cultural, as necessidades do paciente e de sua família não podem ser ignoradas nas situações em que exista a demanda pelo uso da TND e deve ser considerada a quantidade, qualidade, diversidade e acesso aos alimentos, de modo permanente, pautado no Direito Humano à Alimentação Adequada.<sup>9</sup>

Para o sucesso desta assistência, deve ser estabelecido o monitoramento contínuo das atividades. Como definição: Monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas.<sup>2</sup>

“Monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas.”

## Captação e Implantação do Paciente

No âmbito da TND, este monitoramento deve ser estabelecido em cada momento da trajetória do paciente.

Na admissão do paciente são necessárias informações claras e completas para que o programa de atendimento seja estabelecido corretamente, assim como a via de alimentação e conduta inicial.

No relatório de implantação disponibilizado pela equipe de captação da empresa ou pelo hospital, é necessário além dos dados pessoais e clínicos:

- Dados antropométricos, pelo menos peso e altura, para classificação pelo IMC do diagnóstico nutricional prévio.

O IMC tem sido apontado como importante preditor de morbimortalidade,<sup>15</sup> apresentando boa correlação com a massa corporal e gordura corporal nos indivíduos, de acordo com publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) 14 e do documento Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN do Ministério da Saúde.<sup>3</sup>

- Via de alimentação atual.

No caso de dieta Via Oral (VO) é necessária a descrição da consistência da dieta utilizada, da aceitação, da escala de FOIS (Functional Oral Intake Scale) ou nível de consistência pelo diagrama IDDSI ((International Dysphagia Diet Standardization Initiative), quando possível.

Quando a via de alimentação for enteral, descrever o tipo de dispositivo e posição no trato gastrointestinal, tipo de dieta, volume, fracionamento e forma de infusão atual. Importante ressaltar se a conduta dietética já está em suporte pleno programado ou em evolução.

Se a alimentação for por Nutrição Parenteral Total ou Periférica informar a fórmula utilizada, volume, tempo de infusão, gotejamento e meta de tratamento.

- Avaliação da integridade da pele – sinalizar a presença de lesão por pressão, grau e localização da lesão.
- Descrição social da família – descrevendo a presença de cuidador elegível, disponibilidade financeira familiar, avaliação do domicílio e expectativa de tipo de dieta a ser utilizada após a alta hospitalar.

“Outro ponto de extrema relevância para a assertividade da assistência nutricional domiciliar é a orientação de alta hospitalar, com a orientação dietética a ser seguida pelo paciente até o início do atendimento.

Com o conhecimento dos dados descritos, é possível ter o planejamento do plano de atendimento nutricional.

Outro ponto de extrema relevância para a assertividade da assistência nutricional domiciliar é a orientação de alta hospitalar, com a orientação

dietética a ser seguida pelo paciente até o início do atendimento.

A alta hospitalar programada e sistematizada é uma recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde) e sugerida pela BRASPEN. Segundo o Inquérito Brasileiro sobre o estado atual da TND no Brasil, realizado pela BRASPEN, 32% dos pacientes/familiares receberam a orientação de TND no dia da alta e 8% receberam orientação apenas oral.<sup>12</sup>

## Escala de profissionais

- Importante estabelecer o profissional capacitado ao atendimento de acordo com quadro clínico e etário do paciente, assim como localização geográfica do domicílio.

- É preciso solicitar comprovação de inscrição válida no conselho de classe da região (CRN) ao profissional.
- Disponibilizar previamente histórico do paciente, para que profissional programe o atendimento.
- Garantir que profissional tenha ciência dos protocolos de atendimentos e instruções de trabalho preconizados.

## Agendamento com Família

- Deve-se estabelecer prazo de contato do profissional com os familiares após implantação do paciente, garantindo fidelização do profissional com a família, agendamento da visita e minimizar dúvidas e ansiedade familiar, comum no início da assistência. Indicado que este primeiro contato seja o mais próximo ao dia da implantação da Assistência Domiciliar.
- Definir prazo máximo para realização do primeiro atendimento nutricional após implantação do paciente, garantindo a continuidade da conduta dietética hospitalar.

No serviço de Nutrição da Procare Saúde foi estabelecido o atendimento em até 5 dias úteis da data de implantação, mas em torno de metade dos pacientes implantados (52%) a primeira visita de nutrição não ocorreu neste tempo.

## Atendimento Nutricional em Domicílio

- Elaboração de instruções de trabalho (IT) e protocolos nutricionais validados e compartilhar com profissionais envolvidos, garantindo padronização do atendimento.
- Criar ficha de atendimento e relatório de visita padronizado, para manter a uniformidade das informações e comparações futuras ou por profissionais distintos.
- Disponibilizar tutoriais sobre acesso a ferramenta tecnológica, se pertinente.
- Compartilhar com equipe visitadora as regras internas da empresa e/ou regras contratuais com operadoras de saúde, pertinentes ao atendimento nutricional.

- Estabelecer contato fácil e efetivo entre equipe visitadora, supervisão técnica e equipe multidisciplinar.

## Validação do Atendimento

- Estabelecer equipe para monitorar o atendimento nutricional podendo ser por via telefônica e/ou digital ou lista de presença nas residências, obedecendo a dinâmica do serviço, para respaldo de questionamentos futuros das famílias ou OPS.
- Realizar a validação de conduta técnica nutricional estabelecida em visita domiciliar, no caso de disponibilidade de supervisão ou responsável técnico de nutrição (RT) na empresa. Neste caso é possível adequar a conduta dietética ao contrato da OPS referente ao fornecimento de dietas ou suplementos, maior controle de custo interno e supervisão e padronização de condutas nutricionais.

Com esses pontos devidamente estabelecidos, validados e de conhecimento da equipe executora, é possível monitorar cada etapa, avaliando o cumprimento e efetividade do praticado. O monitoramento deve ser sistemático e programado de acordo com a dinâmica de cada serviço, mas com prazo estabelecido e pautado na realidade a ser executada.

“ Além do monitoramento contínuo da Assistência Nutricional Domiciliar, é necessário o vínculo com a gestão das complicações que possam ocorrer, sejam elas clínicas ou operacionais.

Além do monitoramento contínuo da Assistência Nutricional Domiciliar, é necessário o vínculo com a gestão das complicações que possam ocorrer, sejam elas clínicas ou operacionais. Esta gestão pode enfrentar desafios como falta de comunicação e falta de profissionais qualificados.<sup>12</sup>

## Desafios de Comunicação<sup>12</sup>

- **Dificuldade de comunicação entre cuidadores, pacientes e suas famílias**

A pessoa presente na visita não compartilha com demais cuidadores as orientações nutricionais fornecidas, comprometendo a adesão ao plano nutricional.

## **- Dificuldade de comunicação com a equipe de saúde**

A família não fornece informações suficientes nas visitas, como: intercorrências ocorridas no período, relato fidedigno da anamnese alimentar e volume de dieta enteral administrada.

Como os profissionais assistenciais, muitas vezes são vinculados às empresas ou cooperativas terceirizadas, o acesso às informações do paciente ou discussão de condutas técnicas tornam-se mais demoradas, pois necessitam, às vezes, serem intermediadas por essas empresas.

Por vezes os profissionais não realizam os atendimentos conforme frequência estabelecida e não comunicam às empresas ou supervisores em tempo hábil para captação de outro profissional para a visita, caracterizando a desassistência ao paciente.

Segundo avaliação de performance na Procare Saúde observou-se em média 8% de atendimento nutricional não realizado, dentro do período esperado, sendo um ponto necessário de monitoramento.

## **- Dificuldade de acesso e utilização de tecnologias de comunicação**

Pode ocorrer indisponibilidade de recursos pela família para aquisição de veículos digitais e limitações de conhecimento para uso da tecnologia, as vezes exigidas pelas empresas de Home Care, como email, atendimentos eletrônicos, etc.

Algumas empresas de Assistência Nutricional têm implantado o “check in”/ “check out” eletrônico nas residências pelos profissionais no momento exato do atendimento e inserção online de relatórios em plataformas eletrônicas. Este fluxo pode apresentar algumas dificuldades de acesso à internet em todas as domicílios, disponibilidade de ferramentas necessárias por todos os profissionais e uso, às vezes, de recursos próprios dos nutricionistas, inviabilizando a eficácia do programa.

No gerenciamento operacional, outros pontos comprometem a entrega esperada pelas OPS e empresas de Home Care:

- Falta de profissionais qualificados para a assistência nutricional domiciliar. Maioria dos profissionais disponíveis para o atendimento em domicílio tem formação generalista da graduação, faltando especialistas para determinados casos, como pediatria, suporte nutricional e pacientes com patologias renais, por exemplo.

Acredita-se que com a valorização da Assistência Nutricional e maior remuneração dos profissionais, seja possível modificar este quadro.

- Qualidade técnica dos relatórios e evoluções nutricionais do atendimento. Muitas vezes são disponibilizados sem os cálculos nutricionais, antropometria incompleta, sem descrição sobre particularidades do atendimento, nome comercial errado das dietas (no caso de dietas enterais), uso de termos não técnicos e escrita informal.

Na Procure Saúde observou-se em média 15% dos relatórios nutricionais com alguma inadequação técnica, quando avaliados pela coordenação interna, neste caso, são levantados os pontos a serem melhorados e sinalizados aos responsáveis dos prestadores, para correção ou inclusão de informações.

- Cumprimento de fluxos internos das empresas pelos prestadores e/ou nutricionistas visitantes. Como equipe externa muitas vezes é diversificada, torna-se um desafio o compartilhamento dos protocolos e padronizações a todos.
- Captação de profissionais qualificados e disponíveis para atendimento em áreas de risco ou mais distantes dos grandes centros, que o Home Care muitas vezes assume.
- Atender exigência de alguns familiares, como sexo do profissional, horários de atendimento fora do escopo ou da rota do visitador.
- Visitas improdutivas realizadas, seja por demora na comunicação das hospitalizações ao profissional externo, por ausência do paciente no momento do atendimento por motivos diversos, por atraso dos profissionais, ou recusa da família, entre outros.

No contexto de complicações clínicas e nutricionais, alguns pontos devem ser instituídos, minimizando a repercussão negativa na assistência, como:

- Estabelecer fichas de atendimento e templates de relatórios padronizados, que direcionem os profissionais a questionar e avaliar as complicações mais comuns no domicílio. Como: disfagia, alterações do gastrointestinais, edemas, aceitação de dieta, etc.
- Elaboração de protocolos, com condutas estabelecidas para cada intercorrência clínica ou nutricional e atualização periódica.
- Orientar, por escrito, a família em domicílio, de forma clara e explicativa sobre os procedimentos a seguir em cada intercorrência.
- Proporcionar, com embasamento técnico, autonomia da equipe visitadora na resolução e orientação das complicações que venham a ocorrer referente a dieta.

- Disponibilizar um canal de comunicação entre a equipe visitadora com supervisão e/ou equipe multidisciplinar para resolução conjunta da intercorrência.
- Programar discussões clínicas periódicas com equipe multidisciplinar, estabelecendo metas terapêuticas e desmames de terapias e reportar resultados às OPS.

A elaboração de indicadores de qualidade, é de suma importância na gestão da Assistência Nutricional, permitindo melhorias e aprimoramento do atendimento.<sup>2</sup> Como sugestão de implantação tem -se:

- Mensurar e monitorar as complicações mais comuns em pacientes com Terapia Nutricional Enteral, auxiliando a elaboração de medidas para reduzir as intercorrências.
- Avaliar a evolução do estado nutricional de um grupo de pacientes, podendo revelar quais os protocolos de avaliação nutricional ou cálculos nutricionais devem ser implantados.

Na Procare Saúde verificou-se que após 4 meses de acompanhamento nutricional mensal 12% dos pacientes tiveram evolução positiva do estado nutricional inicial e 85% mantiveram o estado nutricional inalterado, sem piora no período. segundo IMC.

- Acompanhar a melhoria nutricional e clínica, com uso de dieta ou suplementos específicos, auxiliando na justificativa técnica da conduta dietética assertiva.
- Monitorar o tempo de realização do primeiro atendimento nutricional, revelando a performance de eficácia da equipe
- Avaliar o prazo de realização das visitas nutricionais de acordo com a prorrogações das Operadoras de Saúde.

Em nosso serviço, 30% das visitas de nutrição foram realizadas após os prazos de prorrogações estabelecidos, sendo um ponto relevante de atenção e melhoria, pois impacta diretamente no fluxo financeiro da empresa.

- Mensurar o número de dietas e suplementos fornecidos com custo da empresa e com custo da Operadora de Saúde, estabelecendo a viabilidade financeira e eficiência do controle.

O perfil de autorização de fornecimento de dietas pelas OPS, vem sofrendo mudanças, cada vez menos os convênios têm custeado este item no atendimento, direcionando a compra de dieta para família ou encaminhamento para

recebimento por programas públicos. Numa última análise em dezembro/2024 na Procare Saúde tínhamos 34% de dietas fornecidas aos pacientes com custo empresa (pacote contratual) e 66% com custo pelas OPS.

“O monitoramento contínuo e pautado na trajetória do paciente dentro da Assistência Domiciliar e a gestão dos fluxos, indicadores nutricionais e da equipe de profissionais nutricionistas estão relacionadas às melhores opções de tratamento.

- Acompanhar o “ticket médio” dos atendimentos nutricionais versus valor recebido pelo atendimento, gerenciando o custo com recursos humanos e valorização do profissional.
- Avaliar o perfil de desmames do atendimento nutricional realizados por período, podendo monitorar a eficiência do tratamento nutricional, avaliar as indicações técnicas e comprovar para as Operadoras de Saúde a atenção com a assistência. Na Procare Saúde estes desmames são quantificados a cada mês e tem-se em média seis desmames de terapia nutricional por mês, podendo ser alta do acompanhamento ou ajuste de frequência de visita.

O monitoramento contínuo e pautado na trajetória do paciente dentro da Assistência Domiciliar e a gestão dos fluxos, indicadores nutricionais e da equipe de profissionais nutricionistas estão relacionadas às melhores opções de tratamento.

A implementação das práticas nutricionais com adequação do estado nutricional revertendo a desnutrição domiciliar e obesidade, por exemplo, assim como a orientação correta da alimentação, independente da via escolhida levam a repercussões positivas em todo o Atendimento Domiciliar. A redução da morbimortalidade, a melhoria na qualidade de vida, segurança dos pacientes e a racionalização de custos, são apenas alguns desses resultados.<sup>10</sup>

Danielle Bezerra da Costa Furniel

Nutricionista, coordenadora RT de Nutrição na Procare Saúde

## Bibliografia

01. Albuquerque SMRL. Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença? São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. 159 p.
02. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://bvsms.saude.gov.br/publicações/matéria.14791>
03. Brasil. Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
04. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
05. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012
06. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Health Statistic. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) .Atlanta: National Heart, Lung and Blood Institute; 1991.
07. Green S1, Dinenage S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: organisation of services. Nurs Older People 2013; 25(4):14-8. 19. August D, DeLegge M, Ireton-J
08. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care 1994;21(1):55-67.
09. Mazur CE. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. Demetra; 2014; 9(3); 757-769
10. NEAD. Caderno de Boas Práticas: Indicadores e Protocolos na atenção Domiciliar, 2017
11. Thematic Articles • Rev. bras. geriatr. gerontol. 18 (3) • July-Sep 2015
12. Van AanhoitDPJ; Matsuba CST; Dias MCG; et al. Diretriz Terapia Nutricional Domiciliar BRASPEN. BRASPEN J 2018; 33 (Supl 1):37-46
13. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54.
14. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998. (Technical Report Series, 894).
15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. (Report Series n. 854).
16. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Impact of the home enteral nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2009; 4(4):193-98.

# CAPÍTULO 4

## Aspectos Bioéticos na Terapia Nutricional em Atenção Domiciliar

Loiane Moraes Ribeiro Victoy e Elisa Franco de Assis Costa

### Introdução

A terapia nutricional é um elemento fundamental no cuidado de pacientes em atenção domiciliar, especialmente aqueles com condições crônicas, neurodegenerativas ou em cuidados paliativos. A alimentação transcende a função biológica de fornecer nutrientes, possuindo também significados afetivos, sociais e culturais. Essas dimensões tornam a decisão sobre nutrição artificial particularmente complexa, exigindo um equilíbrio entre os princípios bioéticos e as necessidades individuais do paciente.

No contexto do envelhecimento populacional e do aumento da demanda por cuidados prolongados no domicílio, os dilemas bioéticos relacionados à terapia nutricional tornam-se cada vez mais relevantes. A decisão de iniciar, manter ou suspender a nutrição artificial envolve não apenas aspectos clínicos mas também a aplicação dos princípios da bioética – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – e requer uma abordagem multidisciplinar, que leve em consideração as preferências do paciente, sua condição clínica e os impactos para a família e cuidadores. No ambiente domiciliar, esses dilemas são ainda mais evidentes, pois a assistência ocorre no espaço íntimo da família, onde fatores emocionais e sociais influenciam fortemente as decisões.

Este capítulo explora os desafios bioéticos da terapia nutricional no domicílio, abordando dilemas comuns, diretrizes de boas práticas e estratégias para apoiar a equipe multidisciplinar na tomada de decisão ética e humanizada.

## Princípios Bioéticos e Terapia Nutricional

A terapia nutricional, quando realizada no domicílio, deve ser guiada pelos princípios fundamentais da bioética:

### - **Autonomia**

O princípio da autonomia garante ao paciente o direito de decidir sobre seu próprio tratamento, incluindo a recusa da nutrição artificial. No entanto, em atenção domiciliar, essa decisão pode ser influenciada por diversos fatores, como crenças familiares, dificuldades de comunicação e grau de compreensão do paciente sobre seu estado clínico.

Quando o paciente é incapaz de expressar sua vontade, a decisão é transferida para familiares ou representantes legais, o que pode gerar conflitos entre o desejo do paciente, registrado em diretivas antecipadas, e a percepção da família sobre o que seria melhor para ele. A equipe assistencial tem um papel fundamental em facilitar essa decisão, promovendo diálogos esclarecedores e alinhados com os princípios da bioética.

### - **Beneficência e Não Maleficência**

A introdução da nutrição artificial deve sempre considerar se o benefício supera os riscos envolvidos. Em muitos casos, especialmente em pacientes com doenças terminais ou neurodegenerativas avançadas, a nutrição enteral ou parenteral pode não melhorar a qualidade de vida e, em alguns casos, pode prolongar o sofrimento.

O princípio da não maleficência exige que os profissionais evitem intervenções desproporcionais, garantindo que a nutrição artificial não se transforme em um meio de prolongamento do processo de morte sem benefícios claros ao paciente.

### - **Justiça**

A equidade no acesso aos recursos de terapia nutricional é um desafio na atenção domiciliar, especialmente em regiões com poucos serviços especializados.

A equipe assistencial deve atuar na busca por soluções viáveis para garantir que os pacientes tenham acesso ao suporte nutricional necessário, respeitando os princípios da equidade e da dignidade no cuidado.

“O princípio da não maleficência exige que os profissionais evitem intervenções desproporcionais, garantindo que a nutrição artificial não se transforme em um meio de prolongamento do processo de morte sem benefícios claros ao paciente.”

## Dilemas Bioéticos na Nutrição Domiciliar

A nutrição e a hidratação artificiais frequentemente geram dilemas éticos, especialmente quando não há consenso entre paciente, família e equipe de saúde. Alguns dos principais desafios incluem:

### - Recusa de Alimentação pelo Paciente ou Familiares

A recusa alimentar é um dos dilemas mais desafiadores, pois pode ocorrer por diversos fatores:

- Pacientes em final de vida podem naturalmente reduzir a ingestão alimentar, o que pode ser mal interpretado pela família como um sinal de abandono.
- Doenças neurodegenerativas podem levar à disfagia, tornando a alimentação um risco e exigindo alternativas como a gastrostomia.
- Questões emocionais e psicológicas, como depressão e perda do sentido de viver, podem levar à recusa alimentar voluntária.

Em atenção domiciliar, a recusa pode estar associada à progressão da doença, à fadiga do cuidador ou a concepções culturais e religiosas sobre a alimentação. A equipe deve avaliar cuidadosamente esses casos, garantindo que a decisão seja informada e respeite a vontade do paciente.

A equipe assistencial deve avaliar cada caso individualmente, diferenciando situações em que a nutrição artificial pode trazer benefícios reais daquelas em que a recusa alimentar faz parte do processo natural da doença.

### - Nutrição e Hidratação Artificiais no Final da Vida

Nos cuidados paliativos domiciliares, a indicação da nutrição artificial deve ser avaliada com cautela. Estudos mostram que, em estágios avançados de algumas doenças, a nutrição enteral não altera significativamente a sobrevida e pode contribuir para desconfortos, como distensão abdominal, aspiração e necessidade de contenção física para evitar a retirada do dispositivo pelo próprio paciente. Nessas situações, a abordagem paliativa deve priorizar o alívio do sofrimento, respeitando os princípios da beneficência e da não maleficência.

A decisão de suspender a nutrição, por exemplo, pode ser interpretada como abandono do paciente pela família, exigindo um processo de comunicação sensível e embasado em evidências.

A equipe deve atuar no esclarecimento dessas questões, ajudando a família a compreender que o foco nos cuidados paliativos é o conforto do paciente.

“A decisão de suspender a nutrição, por exemplo, pode ser interpretada como abandono do paciente pela família, exigindo um processo de comunicação sensível e embasado em evidências.

### - Decisões Compartilhadas

A comunicação eficaz entre a equipe de saúde, paciente e família é essencial para a tomada de decisões seguras e éticas.

Em muitos casos, há divergências entre familiares sobre a continuidade da terapia nutricional. Enquanto alguns

membros defendem a manutenção da alimentação artificial a qualquer custo, outros entendem que a suspensão pode ser mais ética e respeitosa com a trajetória do paciente.

Cabe à equipe de saúde mediar essas discussões, garantindo que as decisões sejam tomadas com base no melhor interesse do paciente e não apenas em aspectos emocionais dos familiares.

### - Responsabilidade Legal e Ética da Equipe Assistencial

A equipe de atenção domiciliar deve documentar todas as decisões relacionadas à terapia nutricional, garantindo que estejam respaldadas por diretrizes clínicas e consentimento informado. Nos casos de conflito entre família e equipe, o parecer de um comitê de bioética ou a consulta a instâncias jurídicas pode ser necessária.

## Diretrizes e Boas Práticas para a Atenção Domiciliar

Diante dos desafios bioéticos da terapia nutricional domiciliar, algumas diretrizes podem auxiliar a equipe assistencial na tomada de decisão:

### - Avaliação Multidisciplinar

A nutrição domiciliar deve ser planejada e monitorada por uma equipe composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros e fonoaudiólogos. É essencial que cada paciente seja avaliado individualmente, considerando fatores como:

- Estado nutricional prévio
- Diagnóstico e prognóstico
- Capacidade funcional para alimentação oral
- Possíveis complicações da terapia nutricional artificial

A individualização é essencial para evitar condutas padronizadas que podem não ser adequadas para cada caso.

A individualização é essencial para evitar condutas padronizadas que podem não ser adequadas para cada caso.

Sobre os potenciais benefícios da alimentação artificial para o paciente que está sendo avaliado, é importante que sejam respondidas quatro perguntas:

- A alimentação por via artificial pode prevenir as consequências clínicas da desnutrição e/ou melhorar o estado nutricional?
- A alimentação por via artificial pode reduzir o risco de problemas com a alimentação por via oral, como aspiração, pneumonia por aspiração ou úlceras de decúbito?
- A alimentação por via artificial pode prolongar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida?
- A alimentação por via artificial pode, no caso de pacientes em fase final de vida, ser útil no tratamento paliativo dos sintomas e para dar conforto ao paciente e/ou familiares?

### **- Consentimento Informado e Registro Adequado das Decisões**

Todo paciente ou seu representante legal deve ser informado sobre os riscos, benefícios e limitações da terapia nutricional. O consentimento informado deve ser documentado de forma clara, garantindo respaldo ético e legal para a equipe assistencial.

Além disso, é importante manter registros detalhados sobre discussões e decisões envolvendo a nutrição artificial, especialmente nos casos de recusa ou suspensão da alimentação.

### **- Cuidados Paliativos e Tomada de Decisão no Domicílio**

Para pacientes em cuidados paliativos, a equipe deve avaliar se a nutrição artificial trará benefícios concretos ou apenas prolongará um processo de morte inevitável. A decisão deve ser baseada em diretrizes de cuidados paliativos e no respeito à dignidade do paciente.

Quando a terapia nutricional se torna desproporcional, a equipe deve apresentar alternativas de cuidados paliativos. Algumas estratégias incluem:

- Explicar que a perda de apetite é parte do processo natural de doenças avançadas.
- Reforçar que o objetivo principal é o conforto do paciente.
- Oferecer apoio emocional aos familiares, evitando que se sintam culpados pela decisão.

## - Educação e Suporte Familiar

Os cuidadores desempenham um papel essencial na administração da terapia nutricional no domicílio. Portanto, devem ser capacitados para:

- Identificar sinais de complicações nutricionais
- Manusear corretamente sondas e equipamentos
- Aplicar técnicas de alimentação segura para evitar broncoaspiração

A família e os cuidadores devem receber orientação contínua sobre o manejo da terapia nutricional, prevenindo complicações como obstrução de sondas, broncoaspiração e desnutrição. O suporte emocional também é essencial, pois a alimentação artificial pode ser um fator de grande angústia para os familiares.



O suporte emocional também é essencial, pois a alimentação artificial pode ser um fator de grande angústia para os familiares.

## Conclusão

A terapia nutricional no domicílio apresenta desafios éticos e clínicos que exigem uma abordagem cuidadosa e baseada nos princípios da bioética. O respeito à autonomia do paciente, a avaliação rigorosa dos benefícios e riscos da nutrição artificial e a equidade no acesso aos recursos são aspectos fundamentais para uma assistência domiciliar ética e segura.

A equipe de saúde tem um papel essencial na orientação da família e na tomada de decisões alinhadas com os melhores interesses do paciente. Ao adotar uma abordagem multidisciplinar e centrada no cuidado humanizado, é possível garantir que a terapia nutricional contribua para a qualidade de vida, respeitando a dignidade e os valores de cada indivíduo.

## Elisa Franco de Assis Costa

Médica formada pela Universidade Federal de Goiás; Especialista em Geriatria; Especialista em Clínica Médica; Mestre em doenças tropicais pelo IPTESP/UFG; e Professora de Geriatria e Cuidados Paliativos do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Goiás.

## Loiane Moraes Ribeiro Victoy

Médica geriatra e Membro titular da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia desde 2011; Pós graduada em Cuidados Paliativos pela Casa do Cuidar - SP (2017); MBA em Gestão Executiva: Gestão de Saúde (2023); Conselheira no Conselho Regional de Medicina de Goiás (2023-2028); e Gerente Médica na CaptaMed.

## Bibliografia

Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016 Jun; 35(3): 545-56. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006

DeLegge MH, McClave SA, DiSario JA, Baskin WN, Brown RD, Fang JC, Ginsberg GG; ASGE Task Force on Enteral Nutrition. Ethical and medicolegal aspects of PEG-tube placement and provision of artificial nutritional therapy. *Gastrointest Endosc.* 2005 Dec; 62(6): 952-9. doi: 10.1016/j.gie.2005.08.024.

Talavera ML. Ethical duty, ethics and right to nutritional care. *Clinical Nutrition Open Science.* 2023 Apr; 48: 11-16. doi: 10.1016/j.nutos.2023.01.001.

Cardenas D. Ethical issues and dilemmas in artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr ESPEN.* 2021 Feb; 41: 23-29. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.12.010

Fine RL. Ethical issues in artificial nutrition and hydration. *Nutr Clin Pract.* 2006 Apr; 21(2): 118-25. doi: 10.1177/0115426506021002118.

Löbbeck VA. Nutrition in the last days of life. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2009 Sep; 3(3): 195-202. doi: 10.1097/SPC.0b013e32832e67af.

Pereira AZ, da Cunha SFC, Grunspun H, Bueno MAS. The Difficult Decision Not to Prescribe Artificial Nutrition by Health Professionals and Family: Bioethical Aspects. *Front Nutr.* 2022 Mar 3; 9: 781540. doi: 10.3389/fnut.2022.781540.

# CAPÍTULO 5

## O Papel da Suplementação Nutricional Oral no Manejo do Paciente com Câncer

Beatriz Nogueira e Franciele Silva

### Introdução

O câncer é uma doença complexa, com implicações metabólicas e nutricionais significativas, que frequentemente afetam o estado nutricional dos pacientes. O desenvolvimento e o grau de desnutrição em pacientes oncológicos são influenciadas por múltiplos fatores, incluindo a faixa etária, o tipo de câncer, estágio da doença e o tipo de tratamento. A depender destes fatores, a prevalência da desnutrição pode variar de 20% a 80%, sendo mais comum em indivíduos idosos e em estágios mais avançados da doença (Mika et al., 2019). Estima-se ainda que entre 10% a 20% dos óbitos entre pacientes com câncer possam ser atribuídos à desnutrição e não diretamente à doença oncológica (Muscaritoli et al., 2021)

Estudos demonstram que mais de 90% dos pacientes oncológicos podem apresentar transtornos gastrointestinais como anorexia, náusea, disgeusia, saciedade precoce, promovendo um forte impacto no déficit nutricional. Além disso, até 85% desses pacientes experimentam perda ponderal significativa (Mika et al., 2019).

O comprometimento do estado nutricional está associado a piores desfechos clínicos, incluindo: (Pressoir et al., 2010; Dechaphunkul et al. 2013)

- menor tolerância e resposta aos tratamentos antineoplásicos;
- aumento de complicações;
- retardo na cicatrização de feridas;
- redução da funcionalidade e da qualidade de vida;
- readmissões hospitalares;
- aumento da mortalidade.

“Nesse contexto, a terapia nutricional deve ser considerada parte integrante do tratamento oncológico, não apenas em ambiente hospitalar, mas também durante o seguimento ambulatorial ou domiciliar.

Dessa forma, a má nutrição configura um fator de pior prognóstico, interferindo negativamente na eficácia do tratamento e aumentando os índices de morbimortalidade (Pressoir et al., 2010; Dechaphunkul et al. 2013)

Nesse contexto, a terapia nutricional deve ser considerada parte integrante do trata-

mento oncológico, não apenas em ambiente hospitalar, mas também durante o seguimento ambulatorial ou domiciliar. A suplementação nutricional oral (SNO) representa a primeira linha de intervenção para pacientes com ingestão oral preservada, mas insuficiente para atender às necessidades nutricionais (ESPEN, 2017). Evidências apontam que a SNO é eficaz para melhorar a ingestão calórico-proteica total, favorecer a manutenção ou recuperação da composição corporal — em especial da massa magra — e contribuir para a modulação da resposta inflamatória e preservação da função imunológica (Cereda et al., 2018). Ensaios clínicos e revisões sistemáticas demonstram, ainda impacto positivo sobre desfechos clínicos e qualidade de vida, sobretudo quando a intervenção é instituída precocemente e de maneira individualizada (Baldwin et al., 2012).

Além de eficaz na melhora do estado nutricional e clínico, a SNO também se mostra custo-efetiva. Análise conduzida por Elia et al. (2016) demonstrou que, em pacientes desnutridos no contexto comunitário, o uso de SNO esteve associado a uma redução significativa nas readmissões hospitalares, resultando em uma economia média de £324 (aproximadamente R\$2.073,60) por paciente ao longo de quatro semanas. Os benefícios econômicos permaneceram significativos mesmo após ajuste para comorbidades, reforçando o perfil favorável de custo-benefício da intervenção. De forma complementar, Stratton et al. (2013) identificaram que a SNO foi capaz de reduzir o tempo de internação hospitalar em até 21%, contribuindo não apenas para a otimização dos recursos de saúde, mas também para a minimização dos impactos negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes. Tais achados reforçam a importância de estratégias nutricionais bem estruturadas no cuidado domiciliar ao paciente, com foco na prevenção da deterioração nutricional e funcional.

A escolha da formulação do suplemento deve ser individualizada, considerando o estado clínico e nutricional do paciente, bem como a presença de sintomas como disfagia, náuseas, alterações do paladar e saciedade precoce. Esses fatores impactam diretamente a tolerância à terapia nutricional oral e, portanto, a sua adesão. A aceitação do suplemento é determinante para a adesão à terapia nutricional oral. Estratégias como a redução do volume, a variação de sabores, o uso de prepa-

rações em pó combinadas a líquidos ou alimentos, e a inclusão de suplementos neutros em preparações culinárias, aumentam a autonomia do paciente, melhoram a tolerância e favorecem a continuidade do tratamento (Cibulski et al., 2018).

A adesão à suplementação é, portanto, um elemento-chave para o sucesso terapêutico. Diversos estudos demonstram que suplementos nutricionais com alta densidade energética e proteica e volume reduzido promovem maior aceitação, melhor tolerância e, conseqüentemente, melhores desfechos nutricionais e clínicos. Em revisão sistemática de Hubbard et al. (2012), que avaliou mais de 4.300 pacientes, observou-se adesão média de 78% aos suplementos nutricionais orais (SNO) padrões (200 mL), enquanto as fórmulas mais concentradas (125 mL), alcançaram adesão de 91%. Em outro estudo dos mesmos autores, pacientes em risco nutricional, que utilizaram dois suplementos hipercalóricos (2,4 kcal/mL), de volume reduzido, apresentaram adesão de 97%, além de aumento significativo da ingestão energética total (+535 kcal/dia), ganho de peso e melhora na circunferência do braço, sem impacto negativo na ingestão alimentar habitual. Esses achados destacam a vantagem clínica dos suplementos concentrados, sobretudo para pacientes com baixa tolerância a grandes volumes ou que necessitam de múltiplas doses diárias, como aqueles com anorexia, saciedade precoce ou sintomas gastrointestinais associados ao tratamento oncológico.

No cenário domiciliar, o envolvimento da família e dos cuidadores é essencial para a efetividade da suplementação. A adesão está diretamente relacionada ao suporte emocional, à aceitação do produto e à orientação adequada quanto ao uso correto (Isenring et al., 2013). Portanto, estratégias educativas e de acompanhamento regular, remoto ou presencial, devem compor o plano de cuidado domiciliar (Marshall et al., 2020).

“ A adesão está diretamente relacionada ao suporte emocional, à aceitação do produto e à orientação adequada quanto ao uso correto.

### Beatriz Nogueira

Nutricionista pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Especialista em Nutrição em Cardiologia pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e pós-graduada em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário São Camilo. Atua na área de Assuntos Médicos da Danone Brasil, com foco em suporte nutricional a pacientes em ambiente hospitalar e em cuidado domiciliar.

## Franciele Silva

Nutricionista pela PUC Minas. Mestre em Bioquímica e Imunologia pela UFMG, com pós-graduação em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP e MBA em Gestão Comercial pela FGV. Atual Gerente Médica na Danone Brasil.

## Bibliografia

01. BALDWIN, C. et al. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 104, n. 5, p. 371–385, 2012. DOI: 10.1093/jnci/djr556.
02. CEREDA, E. et al. Efficacy of nutritional supplementation during nutritional support in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews*, v. 70, p. 143–164, 2018. DOI: 10.1016/j.ctrv.2018.09.007.
03. CIBULSKI, T. P.; BECKER, T.; BALDISSERA, C.; BASSO, T.; KÜMPPEL, D. A. Adesão à terapia nutricional oral de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço. *BRASPEN Journal*, v. 33, n. 3, p. 215–220, 2018.
04. DECHAPHUNKUL, A. et al. Malnutrition assessment in patients with cancers of the head and neck: a call to action and consensus. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, v. 88, p. 459–476, 2013.
05. ELIA, M.; NORMAND, C.; MILLS, A. Cost-effectiveness of nutritional support in the prevention and treatment of disease. *Proceedings of the Nutrition Society*, v. 75, n. 3, p. 305–318, 2016. DOI: 10.1017/S0029665116000213.
06. HUBBARD, G. P.; ELIA, M.; HOLDOWAY, A.; STRATTON, R. J. A systematic review of compliance to oral nutritional supplements in adults. *Clinical Nutrition*, v. 31, n. 3, p. 293–312, 2012. DOI: 10.1016/j.clnu.2011.11.020.
07. HUBBARD, G. et al. A pilot study investigating compliance and efficacy of a novel, low volume, energy dense (2.4 kcal/ml) multi-nutrient supplement in malnourished community patients. *Clinical Nutrition Supplement*, 2012.
08. ISENRING, E. A.; TELENI, L. Nutritional counseling and nutritional supplements in cancer care: an evidence-based approach. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, v. 7, n. 4, p. 390–395, 2013.
09. MARSHALL, A. P. et al. End-user perceptions of a patient- and family-centred intervention to improve nutrition intake among oncology patients: a descriptive qualitative analysis. *BMC Nutrition*, v. 6, p. 29, 2020.
10. MIKA HORIE, L. et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN Journal*, v. 34, supl. 1, p. 2–32, 2019.

11. MUSCARITOLI, M. et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*, v. 40, n. 5, p. 2898–2913, 2021. Disponível em: <https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-practical-guideline-clinical-nutrition-in-cancer.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2025.
12. PRESSOIR, M. et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French Comprehensive Cancer Centres. *British Journal of Cancer*, v. 102, n. 6, p. 966–971, 2010. DOI: 10.1038/sj.bjc.6605602.
13. STRATTON, R. J.; HEBUTERNE, X.; ELIA, M. A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions. *Ageing Research Reviews*, v. 12, n. 4, p. 884–897, 2013.

# CAPÍTULO 6

## A Importância da Terapia Nutricional para Manutenção da Integridade da Pele

Nara Lucia Andrade Lopes

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, sendo a primeira barreira contra agentes externos. Sua integridade e capacidade de reparação são essenciais para a sobrevivência do indivíduo, porém está suscetível a constantes agressões e exposta a diversos fatores. O rompimento da integridade cutânea, além de causar dor, pode levar o indivíduo ao isolamento social, influenciar na qualidade de vida e na saúde do mesmo e, dependendo do grau de comprometimento tissular, a pessoa com lesão pode necessitar de internação hospitalar e evoluir com osteomielite ou sepse.

Portanto, a manutenção da integridade da pele, ou seja a prevenção de lesões, principalmente as lesões por pressão (LP), é um dos indicadores de qualidade do cuidado em saúde e demandam atenção da equipe multidisciplinar, que deve ser composta por enfermeiro, médico, nutricionista, farmacêutico, entre outras especialidades.

Nos EUA, úlceras nos pés e outras complicações são responsáveis por 20% das quase 3 milhões de hospitalizações a cada ano relacionadas ao diabetes. O custo por caso é altamente dependente de uma série de fatores, como tipo de lesão, complicações e o cuidado local. As lesões de pele de difícil cicatrização afetam 5% da população adulta nos países ocidentais, nos EUA afetam aproximadamente 6 milhões de indivíduos a um custo anual de US\$ 25 bilhões, nos países escandinavos os custos representam 2-4% das despesas totais com saúde.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da LP são: redução da mobilidade; condição da pele e perfusão tecidual; hipertermia; limitação da sensibilidade cutânea; marcadores sanguíneos alterados; populações específicas (neonatos, crianças, idosos, pacientes cirúrgicos e críticos) e o estado nutricional.

O estado nutricional é primordial para a prevenção e o desenvolvimento da LP, uma vez que todos os tecidos necessitam de macronutrientes e micronutrientes para propiciar o crescimento, manutenção e a cicatrização. A Escala de Braden, muito utilizada pela equipe de enfermagem para avaliar o risco de LP, também leva em consideração fatores de risco nutricionais em sua pontuação.

Nutrição inadequada, perda de peso não intencional e desnutrição representam os fatores de risco nutricionais independentes que aumentam o risco de desenvolver LP ou interferem no processo de cicatrização das feridas. O estado nutricional debilitado impacta negativamente na resposta imunológica, favorecendo o risco de infecção, incluindo a etiologia cutânea, tornando a pele sensível, friável e susceptível ao desenvolvimento da LP.

Além disso, com a desnutrição, a redução da gordura subcutânea diminui a proteção óssea, aumentando os pontos de pressão sobre a pele; o aporte energético diminuído reduz a capacidade funcional e a mobilidade; a ingestão proteica inadequada diminui a síntese de proteínas, incluindo a produção de colágeno; e ainda o aporte insuficiente de micronutrientes essenciais contribuirão para o prejuízo do processo de cicatrização.

Banks e colaboradores demonstraram que **os pacientes desnutridos têm duas vezes mais chances de apresentar LP**, quando comparados aos não desnutridos. No entanto, o paciente obeso também apresenta risco de lesão tecidual, devido à dificuldade na mobilização, e muitas vezes falta de equipamentos como camas e cadeiras apropriadas para a sua compleição física.

Destaca-se ainda outros grupos de risco para o desenvolvimento de LP representados pelos: idosos, neonatos e crianças desnutridas, em virtude das comorbidades e condições clínicas associadas como distúrbios metabólicos, disfagia, e inadequada ingestão de alimentos e/ou fluídos.

☞ Banks e colaboradores demonstraram que os pacientes desnutridos têm duas vezes mais chances de apresentar LP, quando comparados aos não desnutridos.

Para manutenção do turgor da pele e do fluxo sanguíneo para perfusão e oxigenação tecidual adequados, a recomendação diária de líquidos é no mínimo 1 ml/kcal/dia, no entanto pacientes com lesões exsudativas,

êmese, diarréia, febre ou aumento da transpiração requerem fluidos/água adicionais para repor as perdas.

A oferta hídrica irá promover um balanço hidroeletrolítico equilibrado e será solvente para os demais nutrientes. Indivíduos em risco ou com LP instalada devem ser encorajados a consumir quantidade adequada de líquidos, baseada

na condição clínica e no plano de cuidados centrado no indivíduo, portanto é essencial monitorar a hidratação adequada para auxiliar na integridade da pele.

A nutrição associada à uma terapia nutricional adequada torna-se um fator chave na intervenção terapêutica e na prevenção da LP, portanto, entre as recomendações gerais de nutrição para a manutenção da integridade da pele, devemos levar em consideração:

- Realizar uma triagem nutricional e, posteriormente a avaliação do estado nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver LP.

- Intervir propiciando uma oferta adequada de quantidades de calorias, e proteínas, de forma que, se esses indivíduos com risco de evoluir com LP, se estiverem desnutridos ou em risco de desnutrição, apresentarem baixa aceitação alimentar (inferior a 60 % das

necessidades nutricionais), sugere-se oferecer alimentos fortificados, com alto teor calórico e rico em proteínas e/ou avaliar a introdução de suplemento nutricional oral (SNO) hiperproteico no contexto da dieta oral ofertada, para manter ou melhorar o estado nutricional desses indivíduos e assim, evitar que a LP se instale.

- No entanto, após a introdução do SNO, se a aceitação alimentar permanecer menor que 60% das necessidades nutricionais, a nutrição enteral deve ser indicada.

- As necessidades calóricas para esses pacientes deve ser em torno de 30 à 35 calorias por kg de peso por dia com oferta de proteína de 1,25 à 1,5g por kg de peso por dia.

- Contemplar ingestão hídrica adequada.

As intervenções que ajudam a minimizar o risco ou, quando necessário, tratar as LP, requerem o envolvimento das especialidades multidisciplinares, com tomadas de decisão centralizadas no indivíduo afetado, com ênfase na qualidade de vida.

Para tanto, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), entidade de caráter multidisciplinar, promoveu uma campanha visando difundir conhecimentos por meio de abordagens teórico-práticas, a fim de reduzir

“As intervenções que ajudam a minimizar o risco ou, quando necessário, tratar as LP, requerem o envolvimento das especialidades multidisciplinares, com tomadas de decisão centralizadas no indivíduo afetado, com ênfase na qualidade de vida.”

os índices de LP, utilizando um método mnemônico com a palavra “CICATRIZAÇÃO”, em que cada letra propõe passos que auxiliam na identificação do risco, avaliação, tratamento e acompanhamento da LP. Onde as letras que representam o cuidado nutricional são: A (Avaliar o estado nutricional); T (Traçar metas nutricionais e de hidratação); I (Implementar protocolos de terapia nutricional); A (Avaliar necessidade de nutrientes específicos); Ç (Capacitar e conscientizar equipe, familiares e pacientes); O (Orientar a alta hospitalar), nos casos dos indivíduos hospitalizados.

Nesse contexto a terapia nutricional desempenha um papel fundamental no processo da prevenção e se faz necessária, na forma de SNO, principalmente para os indivíduos com ingestão oral inadequada, com risco nutricional ou desnutrição instalada e com risco para LP.

### Nara Lucia Andrade Lopes

Mestre em Nutrição Clínica pela UFRJ; Especialista em Terapia Nutricional Parenteral e Enteral pela SBNPE; Pós-graduada em Nutrição Clínica pela Santa Casa da Misericórdia do RJ; Presidente do Comitê de Assistência Domiciliar – SBNPE; Vice-presidente da Academia Brasileira de Disfagia - ABD; e Coordenadora Administrativa da EMTN do Hospital Copa D’Or - RJ

## Bibliografia

01. Banks M, Bauer J, Graves N, Ash S. Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities. *Nutr Clin Pract*. 2010;26(9):896-901.
02. Braden BJ, Bergstrom NA. A conceptual schema for study of the etiology of pressure sores. *Rehabil Nurs*, v.12, n.1, p.87-9, 1987.
03. Domansky CR, Borges LE. Manual para prevenção de lesões de pele. Recomendações baseadas em evidências. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.
04. Ghaly P, Iliopoulos J, Ahmad M. The role of nutrition in wound healing: an overview. *Br J Nurs*. 2021;30(5):S38-S42.
05. Horn SD, Bender SA, Ferguson ML, Smout RJ, Bergstrom N, Taler G, et al. The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: pressure ulcer development in long-term care residents. *J Am Geriatr Soc*, 2004; 52(3):359-367.
06. Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz D, Law S, et al. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *J Tissue Viability*. 2019;28(2):51-58.
07. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J*. 2016 Jul;13 Suppl 2(Suppl 2):5-15.
08. Matos LBN, Piovacari SMF, Ferrer R, Alves JTM, Assis T, Brandão ACMAG, et al. Campanha Diga Não à Lesão por Pressão. *BRASPEN J*. 2020; 35 (Supl 1):2-32.
09. Mehl AA, Damião AO, Viana SD, Andretta CP. Hard-to-heal wounds: a randomised trial of an oral proline-containing supplement to aid repair. *J Wound Care*. 2021;30(1):26-31.
10. Mo.cicka P, Cwajda-Białasik J, Jawie. A, Szewczyk MT. Complex treatment of venous leg ulcers including the use of oral nutritional supplementation: results of 12-week prospective study. *Postepy Dermatol Alergol*. 2022;39(2):336-346.
11. Munoz N, Posthauer ME, Cereda E, Schols JMGA, Haesler E. The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: The 2019 International Clinical Practice Guideline Recommendations. *Adv Skin Wound Care*. 2020;33(3):123-136.
12. Munoz N, Posthauer ME. Nutrition strategies for pressure injury management: Implementing the 2019 International Clinical Practice Guideline. *Nutr Clin Pract*. 2022;37:567-582.
13. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Osborne Park: Cambridge Media; 2019.
14. Nogueira PC, Caliri MHC, Santos CB. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera de pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP. *Medicina*. 2002; 35(1): 14-23. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v35i1p14-23>
15. Posthauer ME, Dorner B, Collins N. Nutrition: a critical component of wound healing. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23(12):560-72.
16. Wild T, Rahbarnia A, Kellner M, Sobotka L, Eberlein T. Basics in nutrition and wound healing. *Nutrition*. 2010;26(9):862-6.

# CAPÍTULO 7

## Manejo Nutricional do Paciente no Fim de Vida

Rafaela Tonin Destri e Renata de Souza Silva

### Introdução

O manejo nutricional do paciente no fim de vida é uma área complexa que envolve considerações éticas, fisiológicas, sociais e psicológicas. À medida que a doença progride e o fim de vida se aproxima, o foco da intervenção nutricional é alterado, afastando-se da recuperação do estado nutricional e reabilitação e direcionando-se de forma proporcional à expectativa de vida, ao conforto, qualidade de vida e alívio dos sintomas.

O processo de envelhecimento e a progressão de doenças crônicas como câncer, insuficiência cardíaca, doenças neurodegenerativas e insuficiência renal frequentemente resultam no agravamento de sintomas de impacto nutricional que podem interferir diretamente na piora da qualidade de vida de pacientes em fim de vida. Dentre eles, destacam-se a acentuação da perda de apetite, dificuldade de deglutição, dor, constipação, náuseas e outros efeitos colaterais de medicações ou tratamentos anteriores.

A progressão da doença também é acompanhada pela mudança significativa do estado nutricional. Ao longo do curso da doença, é possível observar a piora significativa de sintomas de impacto nutricional além de mecanismos fisiopatológicos que levam a alterações hormonais e inflamatórias que podem contribuir para mudanças do estado nutricional. A desnutrição e a caquexia ocorrem quando se tem a perda significativa de peso corporal, geralmente associada à perda de massa muscular e gordura. Ela está associada a um pior prognóstico, e, muitas vezes, os esforços nutricionais visam simplesmente aliviar sintomas, em vez de reverter a condição. Nesses casos os pacientes podem apresentar sintomas como perda de apetite, dificuldade de mastigação, dor e náusea, tornando a ingestão de alimentos desafiadora. Além disso, o aumento das necessidades

metabólicas, combinado com a falta de ingestão nutricional adequada acelera a perda de peso e a deterioração funcional.

Apesar de todos os esforços para evitar que a piora do estado nutricional ocorra, a prevalência de caquexia em cuidados paliativos varia de 12 a 85%, dependendo dos critérios diagnósticos e da doença. Em insuficiência cardíaca, varia de 5 a 20%; na DPOC, chega a 60%; e no câncer avançado, pode atingir 85%. Na doença renal crônica (DRC), a perda de peso afeta 18 a 75% dos pacientes. Em estágios iniciais dos cuidados paliativos, ainda é possível a reversão do estado nutricional a depender do estágio de caquexia que o paciente se encontra. Porém, com a progressão da doença e da piora do estado nutricional, bem como na caquexia refratária, a dieta de

A abordagem nutricional no fim de vida exige uma avaliação cuidadosa das necessidades do paciente. Nesta fase, a decisão sobre qual melhor forma de administrar a alimentação e a hidratação torna-se complexa e multifacetada, envolvendo não só a condição clínica do paciente, mas também suas preferências, suas crenças culturais e espirituais, além das diretrizes éticas sobre prolongamento de vida *versus* alívio do sofrimento. Deve ser levado em consideração que, em muitos casos, intervenções nutricionais invasivas como a nutrição enteral ou parenteral podem não ser apropriadas. A prioridade deve ser, acima de tudo, garantir o conforto e a dignidade do paciente, enquanto se evita intervenções que possam causar mais sofrimento ou complicações.

Este tema é crucial, pois o cuidado nutricional adequado no fim de vida pode contribuir significativamente para a experiência do paciente e de seus familiares, ajudando a reduzir a carga de sofrimento físico e emocional e proporcionar um fim de vida mais digno. No entanto, a gestão dessa prática requer um entendimento profundo das necessidades individuais de cada paciente e uma comunicação clara entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

## Objetivos do manejo nutricional no fim de vida

O manejo nutricional no fim de vida não tem como objetivo principal a recuperação do estado nutricional ou a reabilitação paliativa. Os principais objetivos incluem:

- **Controle de sintomas:** a alimentação e a hidratação podem ser ajustadas para a realidade do paciente a fim de contribuir para a redução de sintomas de impacto nutricional como náuseas, vômitos, boca seca, perda de apetite e fraqueza., e obstrução gastrointestinal.

- **Qualidade de vida:** a alimentação é uma poderosa aliada para proporcionar qualidade de vida para pacientes em fim de vida, visto que o alimento pode estar relacionado a memórias afetivas importantes e pode dar sentido às últimas vivências.
- **Promoção do conforto:** através do alívio de sintomas e respeito as vontades e desejos do paciente, a dieta também pode fornecer conforto psicológico e ser uma motivação para o enfrentamento da doença.

## Avaliação do paciente no fim de vida

A avaliação nutricional do paciente em fim de vida envolve uma abordagem integral e multidisciplinar, que deve ser feita diariamente e que deve considerar:

- **Estado clínico:** avaliação das doenças subjacentes e das complicações presentes.
- **Avaliação nutricional:** no fim de vida, medidas de peso e massa corporal podem não ser prioridade. A avaliação do nutricionista deve incluir a identificação de sintomas desconfortáveis, com uso, por exemplo, de escalas específicas como o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), avaliação da aceitação da dieta, avaliação da consistência e adaptações dietéticas.
- **Prognóstico:** a expectativa de vida limitada indica que intervenções nutricionais agressivas são menos eficazes e podem não contribuir para a qualidade de vida.
- **Preferências do paciente e família:** o cuidado paliativo envolve decisões compartilhadas, levando em consideração as preferências do paciente e a comunicação clara sobre os benefícios e os riscos das intervenções nutricionais.

## Alimentação oral

À medida que a doença avança, muitos pacientes perdem o apetite e têm dificuldade para ingerir alimentos sólidos. A alimentação oral deve ser adaptada às necessidades e preferências do paciente, sempre com foco na qualidade e não na quantidade. A dieta de conforto surge como uma estratégia essencial, adap-

tando-se às preferências, tolerâncias e necessidades individuais, sem imposição de metas nutricionais convencionais.

“A dieta de conforto surge como uma estratégia essencial, adaptando-se às preferências, tolerâncias e necessidades individuais, sem imposição de metas nutricionais convencionais.”

São princípios da dieta de conforto:

- **Respeito à autonomia e preferências:** Oferecer alimentos que o paciente goste, mesmo que não sejam “nutritivamente ideais” (ex.: sorvete, pudim, comidas caseiras). Se o paciente tem prazer em um alimento, permita seu consumo (ex.: café, chocolate), a menos que piore sintomas específicos. São importantes cuidados com a experiência alimentar, como a promoção de um ambiente agradável e o comer à mesa, se possível.
- **Adequação à capacidade digestiva:** priorizar consistências modificadas como alimentos pastosos e líquidos espessados pode facilitar a alimentação de pacientes com disfagia e fraqueza. Evite alimentos secos ou grudentos (ex.: pão seco, torradas ou biscoitos) e sempre ofereça a alimentação de forma segura, com colheres pequenas, mantendo posição elevada durante e após as refeições e, se necessário, estimulando a tosse voluntária após a deglutição. Evite forçar a alimentação: a pressão para comer pode aumentar estresse e aversão. Frases como “vamos experimentar” são mais eficazes que “você precisa comer”.

A dieta de conforto é uma medida não farmacológica importante para o controle adequado de sintomas desconfortáveis, como por exemplo:

- **Náuseas e vômitos:** fracionar refeições, evitar odores fortes, servir alimentos frios ou em temperatura ambiente. Gengibre (chá ou balas) podem auxiliar nas náuseas. Evite alimentos gordurosos ou muito condimentados. Evite que o paciente permaneça na cozinha durante o preparo das refeições.
- **Xerostomia:** umedecer a boca com água gelada ou pedras de gelo melhoram a sensação de boca seca. Abacaxi, melão ou picolés e sorvetes de frutas ácidas podem também estimular a salivação
- **Saciedade precoce:** priorize refeições pequenas e hipercalóricas, com suplementos orais, se tolerados.

## Nutrição enteral

A nutrição enteral por sonda, em que a alimentação é administrada diretamente no estômago ou intestino, pode ser indicada quando o paciente não

consegue ingerir alimentos adequados por via oral, mas o uso prolongado dessa técnica no fim de vida levanta questões sobre a sua eficácia e impacto na qualidade de vida. Alguns estudos sugerem que a nutrição enteral pode ser benéfica para a manutenção de peso, mas seus benefícios são limitados quanto ao aumento da expectativa de vida, ao controle de sintomas e à incidência de complicações.

“ Alguns estudos sugerem que a nutrição enteral pode ser benéfica para a manutenção de peso, mas seus benefícios são limitados quanto ao aumento da expectativa de vida, ao controle de sintomas e à incidência de complicações.

## Nutrição parenteral

A nutrição parenteral, na qual os nutrientes são fornecidos por via intravenosa, é rara em cuidados paliativos e é geralmente evitada em pacientes em últimos dias de vida, pois a intervenção agressiva pode gerar mais desconforto do que benefícios clínicos. A maioria dos pacientes no fim de vida não se beneficia da nutrição parenteral, especialmente quando a função gastrointestinal já está comprometida.

## Hidratação

A hidratação é uma questão complexa de ser abordada no fim de vida, uma vez que o consumo de água tem um significativo valor simbólico. É importante que a família entenda que, neste momento da vida, a redução da ingestão hídrica é fisiológica e que a boca seca ou a oligúria nem sempre significam que exista sede ou desconforto. Algumas medidas podem melhorar a aceitação de líquidos, como o maior fracionamento. O uso de gazes molhadas para apenas hidratar os lábios e a cavidade oral também podem trazer conforto.

Em casos específicos, pode fazer sentido a hidratação por via endovenosa ou subcutânea, conforme prescrição de um médico paliativista, para garantir o conforto do paciente até o momento de seu falecimento. Essa forma de administração pode ser útil para evitar complicações como a desidratação grave, mas deve ser avaliada em relação ao real benefício, uma vez que pode estar associada a piora do edema, da ascite ou aumento das secreções pulmonares.

## Fatores psicossociais e éticos

A decisão sobre o manejo nutricional de um paciente no fim de vida deve envolver uma comunicação clara e empática com o paciente e sua família, levando em consideração:

- **Valores culturais e espirituais:** em muitas culturas, alimentar é sinônimo de cuidado e amor. A suspensão da nutrição artificial pode ser interpretada como abandono, exigindo comunicação empática para esclarecer que a redução da ingestão é parte natural do processo de morrer.
- **Apoio emocional e psicológico:** pacientes e familiares podem enfrentar estresse significativo ao lidar com decisões sobre a alimentação no fim de vida. O apoio psicológico é essencial para ajudar a lidar com as questões emocionais que surgem.
- **Autonomia e direito à autodeterminação:** o respeito à autonomia do paciente é central. Isso inclui permitir que o paciente decida o que, quando e como deseja comer, mesmo que suas preferências não sigam recomendações nutricionais convencionais. Pacientes ou famílias podem optar por suspender alimentação enteral ou parenteral quando os benefícios são questionáveis e o fardo do tratamento supera o conforto. Documentos como testamento vital podem orientar decisões sobre intervenções nutricionais em estágios avançados de doença.
- **Beneficência:** a nutrição deve visar o bem-estar do paciente, aliviando sintomas como saciedade precoce, náuseas, vômitos ou xerostomia.
- **Não-maleficência:** intervenções agressivas, como sondas em pacientes com demência terminal ou câncer avançado, podem causar mais sofrimento, como aspiração, infecções e distensão abdominal, do que benefícios. A obstinação terapêutica deve ser evitada.

## Conclusão

É fundamental estabelecer uma comunicação clara e empática com pacientes, familiares e cuidadores, reforçando que a diminuição do apetite é um fenômeno fisiológico comum no processo de fim de vida. Pequenas porções de alimentos preferidos, ofertados sem imposições, são suficientes para promover conforto e saciedade, respeitando a autonomia e as necessidades individuais.

O manejo nutricional do paciente no fim de vida deve ser centrado no conforto, respeitando as escolhas do paciente e suas necessidades específicas. Deve ser uma abordagem integral e multidisciplinar, com o objetivo de aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida. A decisão sobre alimentação e hidratação deve ser baseada em uma avaliação cuidadosa, levando em conta os benefícios, os riscos e os desejos do paciente, sempre com foco no cuidado, no alívio do sofrimento e no respeito à dignidade humana.

“ A decisão sobre alimentação e hidratação deve ser baseada em uma avaliação cuidadosa, levando em conta os benefícios, os riscos e os desejos do paciente, sempre com foco no cuidado, no alívio do sofrimento e no respeito à dignidade humana.

#### Rafaela Tonin Destri

Nutricionista pela Universidade São Judas Tadeu; Especialista em Nutrição Clínica e Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Método de São Paulo; Mestre em Oncologia com ênfase em Oncologia Gastrointestinal Paliativa pela Universidade Federal de São Paulo; Nutricionista em Unidade Básica de Saúde na APS Santa Marcelina; Nutricionista Paliativa na Empresa A Casa Humana.

#### Renata de Souza Silva

Nutricionista pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Especialista em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional do Câncer (INCA); Mestre em Oncologia com ênfase em Nutrição e Cuidados Paliativos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA); Membro do Comitê de Nutrição da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP); Nutricionista da Favela Compassiva Rocinha e Vidigal.

## Referências

01. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). (2024). Alimentação e nutrição em cuidados paliativos [Cartilha]. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
02. Almeida, R. R., Costa, L. M., Santos, F. F. P., Oliveira, J. S., Santos, J. C., & Oliveira, V. B. (2020). Estado nutricional e sua associação com o perfil sintomatológico de pacientes em cuidados paliativos internados em um hospital de urgências do nordeste brasileiro. *BRASPEN Journal*, 35(2), 139-143. <https://doi.org/10.37111/braspenj.2020352006>
03. Amorim, G. K. D., & Silva, G. S. N. da. (2021). Nutricionistas e cuidados paliativos no fim de vida: Revisão integrativa. *Revista Bioética*, 29(3), 547-557. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293490>
04. Cassidy, M. M., & Charlick, K. A. (2015). Nutrition support in end-of-life care: A systematic review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(5), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.05.020>
05. Camargo, N. R. P., Santos, R. S., & Costa, M. F. (2023). Dieta de conforto em cuidados paliativos oncológicos: Reflexões sobre os sentidos de conforto da comida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(2), 1-4. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3828>
06. Del Río, M. I., Shand, B., Bonati, P., Palma, A., Maldonado, A., Taboada, P., & Nervi, F. (2012). Hydration and nutrition at the end of life: A systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, families, and health care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(3), 515-525. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.12.269>
07. Kaiser, M. J., & Bauer, J. M. (2013). Clinical evaluation and management of nutritional status in the elderly and end-of-life patient. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(2), 107-113. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2012.227>
08. Laugsand, E. A., Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G., & Klepstad, P. (2009). Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: A cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 11-21. <https://doi.org/10.5055/jom.2009.0002>
09. Miller, A. L., & Denson, L. A. (2018). Nutrition in palliative care: A review of evidence-based guidelines. *Journal of Palliative Medicine*, 21(5), 683-691. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0473>
10. O'Connor, M., & McCarthy, S. (2012). Nutrition and hydration at the end of life: A review of practice and the role of the health professional. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2077-2085. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04252.x>
11. Radbruch, L., & De Lima, L. (2014). Palliative care and nutrition in the end-of-life: Ethical considerations. *The Lancet Oncology*, 15(5), e167-e173. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70063-2)
12. Raijmakers, N. J. H., van Zuylen, L., Costantini, M., Caraceni, A., Clark, J., Lundquist, G., Voltz, R., Ellershaw, J. E., & van der Heide, A. (2011). Artificial nutrition and hydration in the last week of life in cancer patients: A systematic literature review of practices and effects. *Annals of Oncology*, 22(7), 1478-1486. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq620>
13. Sullivan, R., & Johnson, J. (2016). Palliative care and nutrition. In T. J. Smith, S. A. D. Lo, & E. D. A. Smith (Eds.), *Oxford textbook of palliative care* (pp. 1159-1168). Oxford University Press.

14. Vidal, E. I. O., Silva, J. J., Dadalto, L., Silva, L. M., Iglesias, S. B. O., & Guirro, U. B. P. (2020). Posicionamento ANCP nutrição e hidratação em pacientes portadores de demência em fase avançada. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

15. Wallengren, O., Lundholm, K., & Bosaeus, I. (2013). Diagnostic criteria of cancer cachexia: Relation to quality of life, exercise capacity and survival in unselected palliative care patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(6), 1569–1577. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1697-z>

**anead**

# A voz da Atenção Domiciliar no Brasil

Há mais de 20 anos comprometida com a **ética**,  
a **qualidade** e a **sustentabilidade** do setor

Summit  
**anead**



Pôrtal  
**anead**

Censo  
**anead**

**Indicad**

**anead**

Associação Nacional das  
Empresas de Serviços  
de Atenção Domiciliar

[anead.org.br](http://anead.org.br)

