

# O papel do Suporte Nutricional no domicílio

Trabalho final de Estágio de  
Manuel Tiago Loureiro Almeida

*“Todos têm o direito à protecção na saúde e o dever de a defender e promover”*

(artigo 64º da Constituição da República Portuguesa)

## ÍNDICE



pág.

### i. LISTA DE ABREVIATURAS

### ii. RESUMO

I. INTRODUÇÃO .....	1
II. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SUPORTE NUTRICIONAL DOMICILIÁRIO .....	4
III. A NECESSIDADE DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL .....	8
IV. A INTERVENÇÃO NUTRICIONAL .....	11
4.1. Pedido de colaboração / referenciação .....	12
4.1.1. Motivos para a referenciação.....	12
4.1.2. Quem deve referenciar .....	13
4.1.3. Modo de referenciação e transmissão de informação .....	14
4.2. Plano de intervenção nutricional .....	15
4.2.1. Delineação de objectivos .....	15
4.2.2. Avaliação nutricional .....	16
4.2.3. Tipos de suporte nutricional .....	19
4.2.3.1. Alimentação oral .....	19
4.2.3.2. Nutrição entérica domiciliária .....	21
4.2.3.3. Nutrição parentérica domiciliária .....	24
4.2.4. Implementação do plano nutricional .....	25
4.2.5. Aconselhamento nutricional .....	25
4.2.6. Monitorização do estado nutricional .....	29
4.3. Outras considerações .....	31

V. A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO DOMICILIÁRIO .....	32
VI. O FUTURO DO SUPORTE NUTRICIONAL DOMICILIÁRIO .....	34
VII. ANÁLISE CRÍTICA .....	37
VIII. CONCLUSÕES .....	39

iii. BIBLIOGRAFIA

ANEXOS



## **Í. LISTA DE ABREVIATURAS**

A.D.A. – American Dietetic Association;

A.N.I.D – Associação Nacional da Indústria Dietética;

A.P.N.E.P. – Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica;

A.V.C. – Acidente Vascular Cerebral;

C.S. – Centro de Saúde;

E.U.A. – Estados Unidos da América;

F.C.N.A.U.P – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto;

N.E.D. – Nutrição entérica domiciliária;

N.P.D. – Nutrição parentérica domiciliária;

P.E.G. – Gastrostomia Percutânea Endoscópica;

S.N.A. – Serviço de Nutrição e Alimentação;

S.N.D. – Suporte nutricional domiciliário;

U.L.S.M. – Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

## ii. RESUMO

Actualmente, constata-se que existe uma percentagem crescente de patologias do foro crónico-degenerativo, sendo que muitas dessas situações necessitam de suporte nutricional. Enquanto internados nos hospitais, os doentes beneficiam de uma assistência nutricional completa. No entanto, para muitos doentes, o momento de alta hospitalar corresponde à suspensão do suporte nutricional, o que acarreta um aumento do risco de desnutrição. A desnutrição, para além de aumentar o risco de aparecimento de novas complicações e consequentes hospitalizações, afecta gravemente a capacidade funcional do doente e aumenta o grau de dependência do apoio da família e dos profissionais de saúde. O aumento dos custos com o tratamento do doente, torna-se então inevitável.

O suporte nutricional domiciliário apresenta-se como uma solução custo/eficiente, capaz de prevenir a desnutrição no ambiente domiciliário, permitindo, além da melhoria da situação clínica, o aumento da qualidade de vida do doente. Além disso, como consequência das razões supramencionadas, contribui significativamente para a redução dos custos inerentes à prestação dos cuidados de saúde.

A intervenção nutricional no domicílio, realizada por um nutricionista, é iniciada após um pedido de intervenção, geralmente efectuado pelo médico de família ou pela equipa multidisciplinar de apoio domiciliário. Após serem delineados os objectivos da intervenção, deve ser realizada uma avaliação nutricional, de forma a recolher toda a informação necessária para determinar o estado nutricional do doente, orientando e perspectivando o plano nutricional a

instituir. Após a implementação do método de suporte nutricional adequado, que pode incluir alimentação oral, nutrição entérica ou nutrição parentérica, deve realizar-se o aconselhamento nutricional, determinante para o sucesso da intervenção.

De forma a garantir todas as vantagens e benefícios do suporte nutricional domiciliário, torna-se necessário elaborar linhas orientadoras de intervenção, além de desenvolver novas estratégias a nível nacional, capazes de enquadrar o suporte nutricional domiciliário nos sistemas de Saúde. Deste modo, é essencial realizar e divulgar trabalhos que justifiquem e comprovem os benefícios da intervenção nutricional e as vantagens de utilizar um nutricionista na dinamização de todo este processo.

Este trabalho tem como objectivo realçar a importância da compreensão e contextualização do suporte nutricional domiciliário, uma vez que, actualmente e por todo o mundo, esta intervenção é reconhecida como uma disciplina terapêutica emergente.

## I. INTRODUÇÃO

A presente monografia constitui o trabalho final da Licenciatura em Ciências da Nutrição, pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (F.C.N.A.U.P). Foi realizada no seguimento do estágio académico, desenvolvido no Serviço de Nutrição e Alimentação (S.N.A.) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (U.L.S.M.), correspondente ao quinto e último ano desta Licenciatura.

De forma clara, sucinta e objectiva, pretende fazer uma abordagem sumária ao papel do suporte nutricional domiciliário (S.N.D.), atendendo à sua importância e objectivos, aos seus métodos e procedimentos e às suas vantagens e limitações. Pretende ainda, analisar e reflectir sobre o futuro da intervenção nutricional domiciliária, trazendo a si o reconhecimento da sua necessidade e indispensabilidade a vários níveis.

A alimentação é uma função elementar da vida. Além de resultar do impulso biológico de satisfação das necessidades fisiológicas do organismo, é também gerida por valores simbólicos, de ordem social, cultural, religiosa ou pessoal, determinantes da selecção e ingestão alimentar de cada indivíduo. Como tal, o significado da alimentação ultrapassa largamente a mera necessidade de comer. Na situação de doença, os alimentos e o momento da refeição desempenham um papel fundamental na identificação psicossocial do doente, condicionando o sucesso da recuperação clínica. No contexto domiciliário, o suporte nutricional possibilita a manutenção de um bom estado nutricional, através do fornecimento de nutrientes, quer por via oral, entérica ou parentérica, não menosprezando o valor simbólico da alimentação.

O suporte nutricional realizado no domicílio, revela-se extremamente importante, uma vez que contribui para a melhoria do estado clínico de doentes que sofram, ou que estejam em risco de desnutrição, prevenindo o agravamento da doença e das suas possíveis complicações (1, 2, 3). Além disso, permite acompanhar e monitorizar doentes com diversas patologias, evitando o prolongamento desnecessário do internamento, bem como sucessivas e repetidas hospitalizações, para a correcção, por exemplo, de desequilíbrios nutricionais, metabólicos ou fisiológicos (3).

A par das vantagens clínicas proporcionadas pelo S.N.D., existe um factor importantíssimo, que justifica a intervenção nutricional no espaço físico do domicílio: a qualidade de vida do doente. No seu lar, este encontra-se na companhia dos seus familiares e amigos, estando continuamente em contacto com os seus bens e recordações, tornando a situação em que se encontra mais aprazível e confortável. Desta forma, criam-se condições que favorecem a melhoria da sua ingestão alimentar, tornando o doente mais independente, capaz de vencer os obstáculos com maior facilidade (2, 4).

Pelas razões descritas, quando um doente necessita de suporte nutricional, quer transitória, quer definitivamente, não sendo estritamente necessário permanecer numa instituição hospitalar por outras razões clínicas, tal intervenção pode ser feita no domicílio. Neste contexto, é possível intervir com a mesma qualidade e eficácia clínica, melhorando significativamente as expectativas e a qualidade de vida do doente (2, 3, 4, 5).

A intervenção nutricional no domicílio possibilita, também, a redução significativa dos custos e investimentos na Saúde, uma vez que contribui para a diminuição da necessidade de cuidados hospitalares, reduzindo o tempo de

permanência nestas instituições, bem como os elevados custos associados (5, 6). Considerando a relevância deste último aspecto e como complemento prático deste trabalho, o anexo 1 inclui uma reflexão sobre as vantagens económicas da intervenção nutricional domiciliária.

Em alguns países da Europa e principalmente em Portugal, a experiência neste campo é ainda limitada. A ausência de medidas administrativas e governamentais, bem como a falta de coordenação entre recursos humanos, técnicos e materiais, são situações impeditivas da instituição de suporte nutricional no contexto domiciliário, pelo que necessitam de uma revisão urgente. Por outro lado, embora muitos compreendam a importância do S.N.D., falham no reconhecimento dos benefícios e das vantagens de utilizar os serviços de um nutricionista, na optimização do processo de intervenção nutricional domiciliária.

Não é objectivo desta monografia, analisar exhaustivamente a situação actual em Portugal, uma vez que os dados disponíveis são escassos. No entanto, assumindo também a função de complemento, no anexo 2 é caracterizado e analisado o S.N.D. realizado numa instituição pública, que garante a articulação entre o hospital e a comunidade, optimizando a prestação de cuidados primários e hospitalares. Este complemento funciona, também, como uma descrição prática da intervenção do nutricionista na comunidade, na área do S.N.D., alertando para o facto de que são já algumas as instituições de saúde portuguesas, a dar os primeiros passos nesta área.

Por tudo o que foi referido, este trabalho tem como objectivo realçar a importância da compreensão e contextualização do S.N.D., uma vez que, actualmente e por todo o mundo, esta intervenção é reconhecida como uma disciplina terapêutica emergente (5, 7, 8).

## II. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SUPORTE NUTRICIONAL DOMICILIÁRIO

O conceito de “suporte nutricional domiciliário” não é recente. Não tendo sido sempre praticado tal como o conhecemos actualmente, existem relatos que demonstram que a alimentação por gastrostomia ou sonda nasogástrica, por exemplo, já tenha sido realizada há mais de um século, neste contexto (9). A utilização de nutrição parentérica, embora não centenária, foi realizada pela primeira vez no domicílio em finais de 1960 (9). Embora não considerando estas primeiras experiências como um exemplo de sucesso, reconhece-se já, nas mesmas, uma tentativa de realizar o suporte nutricional do doente no domicílio.

Com o passar do tempo, os métodos de S.N.D. sofreram alterações e melhorias significativas. Nos últimos 30 anos, como resultado do avanço do conhecimento na área das Ciências da Nutrição, bem como da evolução da tecnologia e do equipamento médico, os resultados conseguidos começaram a tornar-se significativamente melhores (3).

A evolução do S.N.D. começou por ser mais notória na América do Norte, onde, a partir da década de 70, devido a pressões económicas e governamentais, foi iniciada uma nova política hospitalar. Esta política pretendia induzir a libertação dos doentes internados, o mais rapidamente possível, permitindo aos hospitais dedicarem-se aos doentes mais críticos (3, 10). Como consequência, proporcionou-se a transição de alguns cuidados médicos para o domicílio, criando a necessidade de evolução dos mesmos. Este, terá sido talvez um dos factores que mais influenciou a evolução dos cuidados nutricionais domiciliários, já que, muitas das vezes, os doentes permaneciam internados apenas por necessitarem de medidas de suporte nutricional artificial.

Rapidamente se tornou evidente, que a prática de S.N.D. apresentava sérias vantagens, principalmente na relação custo/eficácia, quando comparada com o suporte nutricional realizado numa unidade hospitalar. Nos Estados Unidos da América (E.U.A.), por exemplo, a Medicare – uma entidade pública responsável pela maior parte dos serviços de saúde – baseando-se neste conceito, desenvolveu, em 1976, um protocolo de apoio económico específico para a prática de suporte nutricional, fora da instituição hospitalar. Como consequência e quase de imediato, as companhias de seguros de saúde, a par das instituições privadas de prestação de cuidados de saúde, seguiram o exemplo dado pela entidade estatal, iniciando programas de assistência domiciliária, de carácter semelhante (11).

Esta vantagem na relação custo/eficácia, influenciou positivamente o crescimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica, que evoluiu no sentido de acompanhar a tendência de crescimento exponencial do mercado domiciliário (3, 8, 12). Por um lado, assistiu-se a um desenvolvimento e crescimento da produção e utilização de uma panóplia de novos equipamentos, incluindo bombas de perfusão portáteis, fórmulas comerciais de nutrição entérica e parentérica, entre muitos outros produtos semelhantes (3). Por outro lado, a necessidade de novos métodos e técnicas de monitorização do estado nutricional e de intervenção clínica, no domicílio, determinou a sua evolução, permitindo uma intervenção mais eficaz (3).

Devido à proliferação destes programas e do intensificar dos resultados positivos conseguidos no acompanhamento dos doentes, verificou-se um aumento significativo do número de utentes a usufruir desta intervenção. No ano de 1988, por exemplo, estimava-se que nos E.U.A., cerca de 48.700 pessoas

recebiam nutrição entérica domiciliária (N.E.D) e cerca de 17.300 pessoas, nutrição parentérica domiciliária (N.P.D.) (11). Apenas quatro anos depois, em 1992, os números subiram para 152.000 pessoas a receber N.E.D. e 40.000, N.P.D. (7, 8, 9, 13).

Em alguns países da Europa, a realidade domiciliária é substancialmente diferente. Aqui, embora a prática de S.N.D. seja cada vez mais abrangente, as diferenças são significativamente notórias. O estudo de Van Gossum et al, demonstra que a incidência e a prevalência de N.P.D., na Europa, tem vindo a aumentar de forma muito modesta desde 1993, sendo cerca de 3 a 10 vezes menor do que a norte-americana (14, 15). Estas diferenças resultam, principalmente, de diferentes pontos de vista a nível económico e filosófico (14). Na Europa, existem diferentes políticas nos diferentes países, fazendo com que a legislação sobre a assistência nutricional domiciliária e seus métodos de financiamento, não estejam ainda uniformizados. A falta destes critérios representa um entrave ao S.N.D., bem como à contratação de nutricionistas para a sua prática, o que constitui uma barreira a ultrapassar (12).

Embora a relação entre a prática de suporte nutricional e a presença de um nutricionista pareça indissociável, é importante frisar que, embora se tenha verificado um aumento bastante significativo de intervenções nutricionais domiciliárias, tal não significa que o exercício dessas funções tenha sido sempre realizado por um nutricionista. A integração do nutricionista no S.N.D., tem sido um pouco colocada de parte, por razões históricas e mesmo políticas (11). Numa perspectiva histórica, é fácil constatar que, desde o início da prática de intervenção domiciliária, as equipas sempre foram constituídas unicamente por médicos e enfermeiros, que realizavam também aconselhamento nutricional (11).

Em termos políticos, em muitos países europeus, como em Portugal, é ainda escassa e deficiente a regulamentação da carreira profissional de nutricionistas, tanto neste, como noutros contextos (11).

Para tentar esclarecer e definir o papel do nutricionista no S.N.D., a *American Dietetic Association* (A.D.A.), em Junho de 1994, fez saber a sua posição sobre esta matéria (11):

*“A American Dietetic Association defende que o nutricionista representa um papel-chave na terapêutica médica nutricional de doentes que façam suporte nutricional entérico ou parentérico, garantindo um suporte nutricional apropriado e eficiente, a baixo custo.”*

### III. A NECESSIDADE DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

O risco ou a existência efectiva de desnutrição, é uma das principais situações que beneficiam com a intervenção nutricional (6, 11, 16). A desnutrição é definida como uma alteração do estado nutricional normal, representando um desequilíbrio entre o fornecimento de nutrientes e a necessidade ou utilização real dos mesmos, na função metabólica normal do organismo (16, 17, 18).

As causas da desnutrição, sumariamente descritas no anexo 3, são frequentemente complexas e multifactoriais (18, 19, 20, 21). O estado de desnutrição, independentemente da idade do doente, determina uma deterioração significativa de todas as funções corporais, tais como a função muscular, respiratória e de termorregulação. Para além disso, provoca a diminuição da capacidade imunológica, diminuindo a resistência à infecção e a capacidade de cicatrização de feridas. Em estados mais avançados, interfere, com severa gravidade, na função gastrointestinal e cardiovascular (22, 23). Todos estes factores prejudicam a situação clínica e psicológica dos doentes, aumentando as complicações associadas à doença e induzindo sintomas de depressão e apatia. Desta forma, o estado de desnutrição conduz à diminuição da capacidade de convalescença, podendo, em último caso, provocar a morte (18, 24, 25).

A incidência da desnutrição nos hospitais está bem documentada. Segundo McWhirter et al, o estado de desnutrição afecta cerca de 50% dos doentes de todas as idades, sujeitos a terapia médica e cirurgia (26). A desnutrição ocorre também na comunidade, onde, segundo Edington et al, 9% dos doentes com cancro e doenças crónicas, residentes em casa, sofrem de desnutrição (27). De acordo com Yen, 26% a 80% dos doentes admitidos nos

Serviços de Internamento das unidades hospitalares dos E.U.A, evidenciam sinais de desnutrição calórico-proteica, sendo que, dos doentes mais idosos, 25% sofrem, efectivamente, de desnutrição (28, 29). No estudo de Abbasi et al, realizado no mesmo país, foi demonstrado que dos mais de 1,5 milhões de idosos com idade superior a 65 anos, residentes em lares, 30% a 85% sofriam de desnutrição calórico-proteica (30). A par destes exemplos, existem vários estudos que confirmam a larga escala deste problema e que enfatizam a importância da prevenção da desnutrição na redução dos indicadores de morbilidade e de mortalidade, tanto de doenças crónicas, como agudas (10, 16, 18, 21, 26, 31).

Além da desnutrição, existem outras patologias e situações clínicas, que necessitam de uma intervenção nutricional mais específica. Entre elas, incluem-se doenças do foro oncológico, o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, o Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.), a Fibrose Cística e as patologias do foro gastrointestinal e renal, entre outras. Beneficiam, também, com esta intervenção, os quadros clínicos de disfagia e de outros sintomas de impacto nutricional (anorexia, náuseas, vômitos, xerostomia, entre outros), além dos casos de tratamento de úlceras de pressão e de recuperação pós-cirúrgica/convalescença (3, 7, 16, 31, 32).

No contexto domiciliário, é possível realizar uma intervenção nutricional eficiente, garantindo inúmeros benefícios directos e indirectos (3, 6, 18, 31, 32):

- recuperação/melhoria do estado nutricional;
- diminuição da morbilidade e mortalidade;
- diminuição da incidência de complicações clínicas;
- diminuição do tempo de convalescença;

- melhoria da capacidade funcional;
- melhoria da função gastrointestinal;
- melhoria da função imunológica;
- promoção da cicatrização de úlceras de pressão.

Para além dos benefícios anteriormente enunciados, existem razões de carácter psicossocial que justificam a intervenção nutricional no domicílio. A atenção dada à vertente humana, assume um carácter fundamental, uma vez que possibilita a melhoria da qualidade de vida dos doentes (20). Por exemplo, no caso de doentes que tenham dificuldades em ingerir alimentos, o facto da refeição ser dada por um familiar, faz com que o doente consiga comer com outra motivação (19). A implementação de uma terapia de N.P.D., em doentes com deplecção da função intestinal, por exemplo, além de possibilitar a recuperação clínica, pode permitir uma melhoria a nível da reabilitação social (20). No caso dos doentes em cuidados paliativos, está recomendado que a prestação dos cuidados seja realizada, sempre que possível, no ambiente próprio do doente e no seu contexto familiar. A integração do doente e da família cria, portanto, sentimentos de controlo, autonomia, responsabilidade e auto-estima, que se reflectem num melhor cumprimento dos conselhos transmitidos e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida (2, 32, 33).

Por todas as razões enunciadas, a intervenção nutricional deve fazer parte integral do tratamento médico domiciliário, uma vez que é necessária para prevenir a desnutrição e para garantir a melhoria do estado nutricional, otimizando a intervenção clínica e, sobretudo, a qualidade de vida do doente (31).

#### IV. A INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

De forma geral, a intervenção nutricional baseia-se na avaliação nutricional, formulação e instituição de um plano nutricional (31). Esta intervenção deve ser personalizada e ajustada a cada doente, tendo em consideração todos os factores susceptíveis de interferir na terapia nutricional. Com o objectivo de sistematizar e garantir uma actuação eficaz no domicílio, podem ser definidas as seguintes etapas de intervenção nutricional (3, 6, 8, 32):

- identificação do risco nutricional;
- pedido de colaboração / referenciação inicial;
- discussão da informação disponível sobre o doente e família, com a entidade referenciadora (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, entre outros);
- recolha de dados junto do doente e da família (incluindo informações sobre a realidade familiar, social, habitacional e económica, por exemplo);
- avaliação nutricional;
- intervenção (implementação do plano nutricional e educação nutricional ao doente e à família);
- monitorização, acompanhamento e registo de resultados;
- avaliação da intervenção.

#### 4.1 Pedido de colaboração / referenciação

O pedido de colaboração ou referenciação consiste, neste contexto, num pedido de intervenção nutricional, partindo geralmente do responsável pelo estado de saúde do doente, iniciando assim a implementação do S.N.D..

##### 4.1.1. Motivos para a referenciação

Nem todos os doentes apresentam condições para iniciar uma terapia de S.N.D.. São factores de risco proibitivos desta intervenção, uma idade muito precoce ou avançada, diabetes mal controlada, desequilíbrios electrolíticos, disfunções de órgãos principais, bem como todas as situações que necessitem de cuidados hospitalares permanentes (3).

A correcta selecção dos doentes a referenciar, garante o uso apropriado dos serviços nutricionais, proporcionando os melhores resultados. Uma selecção deficiente, irá resultar num uso desadequado ou exagerado dos serviços e numa consequente perda de tempo e de recursos. Torna-se, portanto, extremamente importante identificar correctamente quais os doentes em risco nutricional, utilizando mecanismos de avaliação iniciais, capazes de determinar o grau de necessidade da intervenção. De acordo com a conferência de consenso da *Nutrition Screening Initiative*, de 1991, os indicadores principais de um estado nutricional precário são (20):

- alteração significativa do peso, em relação ao tempo;
- alteração significativa do peso, em relação à altura (superior ou inferior a 20%);
- redução significativa da albumina sérica (inferior a 3,5g/dL);

- alteração significativa da capacidade funcional;
- ingestão alimentar inapropriada;
- presença de outros desequilíbrios nutricionais.

De forma a identificar e avaliar estes e outros parâmetros, existem instrumentos de avaliação nutricional, aplicáveis no contexto domiciliário, que se encontram sumariamente descritos no anexo 4. Estes instrumentos de avaliação devem ser simples e adequados, de forma a poderem ser aplicados por outros profissionais de saúde na comunidade, para que todos os doentes em risco nutricional possam ser identificados e recebam suporte nutricional, o mais cedo possível. A Mini avaliação nutricional (*Mini nutritional assesement*), por exemplo, é um instrumento utilizado para realizar uma pré-avaliação do estado nutricional dos doentes, podendo ser executado por qualquer profissional de saúde (34). Consiste numa avaliação antropométrica e num questionário específico, para a avaliação nutricional global e subjectiva. Tal como os outros instrumentos utilizados para este efeito, tem a vantagem de não requerer marcadores biológicos e a capacidade de identificar doentes em risco de desnutrição, de uma forma simples, fácil e relativamente precisa (35, 36).

#### **4.1.2. Quem deve referenciar**

Numa instituição pública, como um Centro de Saúde (C.S.), por exemplo, o pedido parte geralmente do médico de família. No contexto hospitalar, pode resultar do seguimento de uma alta hospitalar, onde tenha sido incluído o S.N.D. no esquema de tratamento de alta do doente (35).

Os profissionais de enfermagem, por estarem mais frequentemente em contacto com os doentes, são geralmente aqueles que mais facilmente descobrem indícios de qualquer problema (37, 38). Nesta situação, serão eles a avaliar a necessidade de uma intervenção nutricional e os responsáveis pela referenciação do doente (3, 11).

Actualmente, e devido à propagação e crescimento de entidades privadas de prestação de cuidados de saúde domiciliários, o pedido de assistência nutricional pode partir de clínicas médicas, médicos particulares, lares de idosos ou mesmo de entidades comunitárias prestadoras de assistência de Saúde (3). Estes últimos pedidos de colaboração, são geralmente efectuados por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde, que actuam em colaboração com as entidades referidas.

#### **4.1.3. Modo de referenciação e transmissão de informação**

O nutricionista deve ser previamente contextualizado em relação à situação clínica do doente, bem como ao motivo da necessidade de intervenção nutricional, de forma a programar e adequar a sua actuação. Por esta razão, o sistema de comunicação entre os técnicos de saúde assume uma importância fundamental para o sucesso clínico, sendo o protocolo de referenciação, um instrumento essencial (35, 39, 40).

O protocolo de referenciação ao nutricionista, engloba um relatório de toda a informação necessária ao planeamento e instituição da terapia, incluindo, para além da identificação pessoal do doente, a descrição do plano geral de tratamento médico do doente, a sua capacidade funcional, as restrições e limitações em termos de actividades, as necessidades psicossociais e a adequação do domicílio

à prática de terapia nutricional. Além disso, é fundamental considerar também toda a história clínica do doente, prognóstico, perfil da medicação terapêutica, objectivos de tratamento a curto e longo prazo, duração prevista da intervenção e todos os outros factores capazes de interferir na terapia nutricional (3, 32).

No entanto, embora a informação compilada no protocolo de referência seja bastante completa, é sempre necessário desenvolver um sistema de comunicação com o doente e com a família, uma vez que, na realidade prática, existem muitas informações importantes que podem não constar no relatório.

## **4.2. Plano de intervenção nutricional**

### **4.2.1. Delineação de objectivos**

De uma forma geral, o objectivo da intervenção nutricional é o de proporcionar opções alimentares e nutricionais personalizadas e adequadas, capazes de melhorar o estado nutricional, otimizar a qualidade de vida e, conseqüentemente, assegurar a Saúde do doente (1). Para garantir o cumprimento deste objectivo, é necessário definir objectivos específicos, que devem ser reais e atingíveis durante o tempo de duração da terapia nutricional. A observação da rotina da família, por exemplo, é uma ajuda fundamental para este propósito, uma vez que permite ao nutricionista delinear objectivos realistas, considerando restrições de horários ou dificuldades monetárias (35). No caso do suporte nutricional ser feito, previsivelmente, durante um longo período de tempo, devem definir-se objectivos a curto, médio e longo prazo, permitindo otimizar cada fase de intervenção (16, 32, 39).

#### 4.2.2. Avaliação nutricional

No início de cada intervenção, é imperativo realizar uma avaliação nutricional (3). Em termos gerais, a avaliação nutricional pode ser definida como um conjunto de medidas físicas, antropométricas, bioquímicas, nutricionais e mesmo sociais, capazes de fornecer a informação necessária para avaliar o estado nutricional do doente, orientando e perspectivando o plano nutricional e servindo, posteriormente, como base de comparação para a monitorização (16).

Na intervenção domiciliária, esta avaliação consiste em estabelecer parâmetros nutricionais objectivos e subjectivos, determinando, com a maior precisão possível, os factores de risco e as necessidades nutricionais individuais do doente, além dos factores médicos e psicossociais, que possam interferir na qualidade da intervenção. Devido à sua especificidade, a monitorização deverá ser feita ou acompanhada por um nutricionista (32).

A avaliação objectiva deve incluir (3, 16, 32, 39):

- avaliação antropométrica (altura, peso, índice de massa corporal e perímetro cefálico, se aplicável, entre outros);
- dados obtidos por exames físicos, que sejam potencialmente significativos para detectar alterações do estado nutricional (perda de gordura subcutânea, perda de músculo, presença de edemas, ascites, lesões cutâneas e alterações de cabelo ou pele);
- avaliação laboratorial (perfil sanguíneo: electrólitos, ureia, creatinina, glicose, albumina, magnésio, triglicéridos, fosfatase alcalina, bilirrubina total, fósforo, cálcio, proteína C-reactiva, transferrina, contagem total de linfócitos e/ou outros parâmetros que sejam relevantes);

Da avaliação nutricional subjectiva deve constar uma história alimentar e social, que inclua (3, 16, 32, 39):

- alterações recentes na ingestão alimentar (qualitativas e quantitativas);
- presença de sintomas de impacto nutricional (anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, disfagia, xerostomia, entre outros);
- alterações recentes da capacidade funcional;
- factores psicossociais (suporte social, contexto familiar, restrições éticas, culturais ou religiosas, significado psicológico atribuído à alimentação);
- factores sócio-económicos (situação financeira, habitacional e assistencial, por exemplo);

A atenção dada à avaliação nutricional subjectiva é de extrema importância, já que, no contexto domiciliário, o acesso às medidas de avaliação objectivas é limitado. Realizar a visita domiciliária à hora das refeições, pode ter um papel muito importante no processo de avaliação, uma vez que permite avaliar, por exemplo, possíveis dificuldades em mastigar ou deglutir, que podem constituir um entrave ao cumprimento do plano (35).

A avaliação dos factores sociais e emocionais assume um carácter fundamental na elaboração do plano alimentar, contrariamente ao que acontece numa realidade hospitalar. A prática de cuidados de saúde no ambiente domiciliário acarreta uma componente sentimental enorme, tanto para o doente, como para a sua família. Uma vez que a incapacidade ou dificuldade para se alimentar reflecte também alterações a nível emocional, torna-se extremamente importante avaliar a expressão dos sentimentos do doente (35). Quando não é

capaz de se alimentar ou partilhar as refeições com a família, por exemplo, o doente demonstra, frequentemente, sentimentos de tristeza, raiva e depressão. Nestas situações, geralmente associadas a doenças progressivas e terminais, os doentes perdem a gratificação oral e o prazer de comer (2, 32).

É muito importante avaliar o estado emocional dos familiares, ou do prestador de cuidados de saúde, avaliando a sua idade, estado de saúde, e motivação. É frequente estas pessoas estarem sujeitas a uma ansiedade e *stress* adicional, devido ao aumento do trabalho domiciliário, restrição de actividades sociais, alterações do estado psicológico do doente (irritabilidade ou depressão), ou uma combinação de todos estes factores (2, 32).

Outro factor importante a considerar, é a certeza de que o ambiente físico do domicílio seja apropriado para a administração de terapia nutricional, livre de potenciais problemas de segurança. É essencial, para garantir um suporte nutricional eficaz, que o ambiente seja limpo e seguro. Uma forma fácil e eficaz de realizar esta avaliação, é criar uma lista com todos os tópicos a avaliar, conforme exemplificado no anexo 5, preenchendo-a na primeira visita ao domicílio (3, 35, 39).

Através da análise conjunta e contextualizada da avaliação subjectiva e objectiva e dos outros factores anteriormente referidos, torna-se possível determinar as necessidades nutricionais do doente (16). O plano de actuação deve, portanto, adoptar uma atitude humanista, integrando o doente e a família no tratamento, respeitando-os e valorizando-os em todas as ocasiões (33).

### **4.2.3. Tipos de suporte nutricional**

#### **4.2.3.1. Alimentação Oral**

Tendencialmente, não se encara com tanta importância a alimentação oral, quando comparada com os outros tipos de suporte nutricional, como a nutrição entérica ou parentérica (39). No entanto, este tipo de suporte nutricional, é o que de forma mais efectiva e frequente, se associa às sensações de prazer, bem-estar e conforto, que a alimentação é capaz de transmitir.

Existe uma multiplicidade de factores que determinam ou interferem com a capacidade do doente se alimentar. Estes factores relacionam-se, por exemplo, com a condição clínica do doente, tratamentos efectuados anteriormente, alterações da capacidade deglutitória, intolerância/aversão a certos alimentos, presença de sintomas de impacto nutricional e com a capacidade funcional do doente, entre outros (3, 8, 39).

De forma a adaptar a alimentação oral à condição clínica/nutricional do doente, é muitas vezes necessário proceder a alterações da consistência e alterações da composição nutricional. As alterações da consistência variam desde simplesmente cortar os alimentos em tamanhos apropriados, até a confecção de purés ou batidos, dependendo da capacidade do doente mastigar e deglutir (39). As alterações da composição nutricional incluem, nomeadamente, a adequação do valor calórico e proteico dos alimentos e das refeições, e da sua composição nos outros macro e micronutrientes, bem como das necessidades hídricas (39).

Todas as alterações devem ter também em consideração o sabor das refeições e o seu aspecto visual, proporcionando uma variedade de cores e sabores, capazes de estimular e melhorar o apetite do doente (39).

Os vários tipos de dietas utilizados podem ser agrupados em categorias, que são aqui sumariamente apresentadas (3, 39):

- Dietas líquidas;
- Dietas moles;
- Dietas ligeiras;
- Dietas ricas ou pobres em fibra;
- Dietas com baixo teor em lactose;
- Dietas com restrição de nutrientes específicos;
- Dietas para o doente diabético;
- Dietas hiperproteicas e/ou hipercalóricas.

Devido à especificidade de cada situação, as dietas referidas devem ser adaptadas e ajustadas, de forma a satisfazer as necessidades individuais de cada doente. Independentemente do tipo de dieta, as refeições devem ser pequenas e repartidas ao longo do dia. Desta forma, são digeridas mais rapidamente e diminuem o *stress* gastrointestinal. As refeições devem ser feitas, se possível, num ambiente favorável, na companhia de familiares, ou em algum local favorito do doente, de forma a otimizar a ingestão (39).

Quando o doente não consegue ingerir alimentos sólidos, ou as suas necessidades nutricionais não conseguem ser atingidas unicamente com a ingestão oral de alimentos, existem vários produtos comerciais específicos para suplementar uma dieta oral, ou mesmo para substituir as refeições (14). Os substitutos de refeições só devem ser utilizados apenas em último caso, uma vez que suprimem o prazer de comer os alimentos preferidos do doente, o que, em

algumas situações, representa a última das satisfações (19). A suplementação oral inclui, por exemplo, suplementos vitamínicos, minerais, proteicos e energéticos, ou fórmulas específicas para determinada situação clínica. Estes produtos devem ser escolhidos tendo em consideração as necessidades nutricionais, a ingestão alimentar de base, a presença de fármacos que poderão interferir negativamente na absorção nutricional, a consistência tolerada e o gosto do doente. Idealmente, os doentes deveriam ter a possibilidade de provar os vários produtos semelhantes, para escolher aquele que seria mais do seu agrado (39). Neste sentido, existem já em alguns países, kits de prova dos suplementos orais, fornecidos por empresas farmacêuticas. Quando a situação económica não permite adquirir estes produtos comerciais, que não são actualmente comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde Português, apresentando-se no mercado a preços geralmente elevados, a intervenção de um assistente social pode ser uma ajuda muito importante. Caso não exista nenhuma possibilidade de adquirir estas fórmulas comerciais, é necessário instruir o doente e a família na preparação de fórmulas “caseiras”, utilizando, para o efeito, misturas de alimentos específicos, ou incorporando pequenas refeições ao longo do dia, criando assim uma “suplementação natural”. O nutricionista deve tentar ser criativo de forma a motivar e estimular o doente ou o familiar/prestador de cuidados, na preparação deste tipo de suplementação (21, 39).

#### **4.2.3.2. Nutrição entérica domiciliária**

A nutrição entérica domiciliária (N.E.D.), é normalmente utilizada em doentes que não são capazes de assegurar um estado nutricional equilibrado por ingestão oral voluntária, embora apresentem o tracto gastrointestinal funcional.

Esta situação pode resultar da convalescença de uma intervenção cirúrgica, da recuperação de um A.V.C., de casos de tumores da cabeça e pescoço, fístulas e obstruções esofágicas, entre outros (3).

Os tipos de acesso entérico mais vulgarmente utilizados no ambiente domiciliário, incluem (3):

- Sondas nasogástricas, nasoduenais ou nasojejunais;
- Gastrostomia Percutânea Endoscópica (P.E.G.);
- Jejunostomia.

A selecção do método de S.N.D. deve ser feita juntamente com a equipa médica, uma vez que poderá ser necessário intervir cirurgicamente para a colocação de sistemas de acesso (8).

No contexto domiciliário, o suporte nutricional entérico é geralmente orientado para uma utilização prolongada, pelo que a via de acesso escolhida deve garantir uma probabilidade de risco mínima (3, 8). Por esta razão, o uso de sondas nasoentéricas pode não ser o mais apropriado, sendo mais vantajoso para o doente, a colocação de P.E.G., por exemplo (8).

A constituição dos produtos utilizados na N.E.D., pode variar consoante a situação clínica do doente. Desta forma, podem ser utilizados fórmulas ou suplementos ricos em proteína, hidratos de carbono, ou fibra, ou produtos desenvolvidos para doentes em situações específicas. No entanto, devido ao elevado custo destes produtos no contexto domiciliário português, são ainda geralmente utilizadas fórmulas “naturais”, resultantes da selecção e combinação de certos alimentos.

Durante a instituição do esquema nutricional, é importante não menosprezar aspectos como a flexibilização do método de administração e o ajuste de volumes e horários das tomas, ao gosto e tolerância do doente. A capacidade do doente e/ou do prestador de cuidados em assegurar todos os procedimentos de administração e segurança e a capacidade de intervir no caso de complicações, deverá estar garantida, tornando possível fornecer um aporte nutricional adequado, melhorando a qualidade de vida do doente e da sua família.

As complicações que podem surgir mais frequentemente na N.E.D. incluem (3):

- Complicações gastrointestinais:
  - náuseas, vômitos, distensão abdominal diarreia ou obstipação;
- Complicações mecânicas:
  - aspiração;
  - deslocação ou obstrução da via de acesso;
- Complicações metabólicas:
  - deficiências minerais e vitamínicas;
  - hipoglicemia / hiperglicemia, desequilíbrios hídricos ou electrolíticos e ácido base.

A descontinuação da N.E.D. para a alimentação oral deve ser realizada com muita precaução, uma vez que, no domicílio, o acompanhamento e monitorização do doente não é realizado de forma contínua. Nestas situações, a realização de diários alimentares revela-se extremamente útil, por permitir avaliar a ingestão oral (32).

Quando o tracto gastrointestinal não está funcional, não pode ser acedido, ou quando o uso de alimentação oral ou de nutrição entérica poderão agravar a disfunção do tracto gastrointestinal, deve ser ponderada a utilização de nutrição parentérica domiciliária (3, 32, 41).

#### **4.2.3.3. Nutrição parentérica domiciliária**

As indicações para nutrição parentérica domiciliária (N.P.D.) são idênticas à praticada no ambiente hospitalar, pelo que não serão aqui aprofundadas (24). No entanto, ao ponderar a instituição de N.P.D., devem ser considerados outros factores capazes de interferir na sua prática no domicílio. Assim, devem ser avaliadas as capacidade dos familiares e/ou do prestador de cuidados, em lidar com a prática de N.P.D., a higiene e segurança do domicílio e a disponibilidade de equipas especializadas de monitorização e suporte, na eventualidade de surgirem complicações. Por estas razões, a N.P.D. só deve ser considerada em doentes que estejam clinicamente estáveis e quando se determine que os benefícios superam largamente os riscos (3, 32).

As complicações que podem surgir mais frequentemente na prática domiciliária de nutrição parentérica, estão geralmente associadas ao manuseamento do catéter e ao controlo de infecções. Deste modo, as complicações mais frequentes incluem infecções sistémicas ou locais, problemas de manuseamento do catéter (oclusão, perda de integridade, presença de ar ou de coágulos) e falhas mecânicas na bomba de perfusão (3).

A nutrição parentérica deve ser suspensa quando o doente já não beneficia da sua utilização, ou quando tal se justificar, pela magnitude das complicações associadas (32).

#### 4.2.4. Implementação do plano nutricional

A implementação do plano nutricional consiste na instituição efectiva do método de suporte nutricional escolhido. Esta actuação deve ser directa, precisa e eficaz, orientada pelos objectivos definidos inicialmente e permitir ao doente e/ou prestador de cuidados, compreender o tipo de suporte que foi instituído, bem como as suas razões. Além da explicação verbal de toda a terapia nutricional, é necessário estabelecer um plano nutricional personalizado, tendo em conta o tipo de suporte nutricional instituído e todas as informações específicas para cada situação. Estas informações incluem, por exemplo, as quantidades e volumes das refeições, o horário de administração, alimentos, fórmulas ou produtos de suplementação, normas de utilização do equipamento e técnicas de preparação e administração de produtos, entre outras. O plano nutricional deve estar sempre disponível para a consulta dos outros elementos da equipa. Além disso, deve ser perspectivado um plano nutricional secundário, prevendo eventuais problemas relacionados com o equipamento ou com o agravar da situação clínica do doente (32, 39).

Deve ser também realizado um esclarecimento de dúvidas ou questões, que facilite a aplicação do plano pelo doente ou familiar (35). As especificidades do aconselhamento nutricional serão abordadas em seguida.

#### 4.2.5. Aconselhamento Nutricional

Citando William Butler Yeats, *“Education is not the filling of a pail, but the lighting of a fire”*. O aconselhamento nutricional é determinante para o sucesso da terapia nutricional domiciliária. O seu objectivo principal, é o de conseguir que o

doente e/ou prestador de cuidados, necessite o menos possível da intervenção do nutricionista, adquirindo o máximo de independência (3, 6).

Este aconselhamento deve ser realizado o mais cedo possível, uma vez que os doentes precocemente informados, apresentam uma maior capacidade de adaptação. Contrariamente, os doentes que não foram preparados com antecedência vêem-se repentinamente numa situação inesperada, aumentando o risco de complicações (3).

A educação nutricional realizada no domicílio é de extrema importância, uma vez que o *stress* da hospitalização pode ter um efeito significativo na diminuição da receptividade dos doentes, bem como da sua capacidade de compreensão das instruções transmitidas (11, 31, 35, 42). No contexto domiciliário, o aconselhamento nutricional é mais eficiente, uma vez que está provado que este é adoptado com maior sucesso, quando transmitido no ambiente próprio do doente (11). Em casa, os doentes estão mais á vontade, podendo inclusive sentir-se mais confiantes para colocar questões, que se podem revelar bastante importantes para o desenrolar da intervenção (11, 42).

Durante o processo de aconselhamento nutricional, devem ser focados, por exemplo, os seguintes aspectos (3, 6, 32):

- Alimentação oral:
  - preparação do plano alimentar;
  - fornecimento de receitas alimentares, adaptadas à condição clínica do doente;
  - conselhos sobre segurança alimentar;
  - explicações sobre rotulagem;

- informação sobre alimentos e suas propriedades/características nutricionais (alimentos obstipantes e alimentos ricos em fibra, por exemplo);
  - aconselhamento nutricional específico, visando controlo de sintomas.
- Nutrição artificial:
    - administração da terapia nutricional artificial;
    - manuseamento dos aparelhos de administração;
    - manutenção das vias de administração;
    - normas de higiene alimentar;
    - formas de monitorização da administração;
    - procedimentos a seguir em caso de falha na administração, ou aparecimento de complicações.

Tal como foi referido anteriormente, uma técnica eficaz para planear os temas a desenvolver no aconselhamento nutricional, é utilizar uma lista de tópicos com parâmetros e conteúdos objectivos, conforme exemplificado no anexo 6.

Existem diversos recursos materiais que se podem utilizar de forma complementar, como é o caso de panfletos e outro tipo de material informativo, geralmente fornecidos por empresas farmacêuticas. O material seleccionado deve ser de simples compreensão, focando todos os aspectos básicos da intervenção e deve centralizar-se no conceitos pretendidos, omitindo informações desnecessárias que possam confundir o doente (6).

Todo este processo deve ser iniciado com noções básicas, devendo a introdução de conceitos e técnicas mais complexas, ser efectuada de uma forma gradual e progressiva (3, 8).

O aconselhamento nutricional está obviamente dependente do nível de educação do doente, da família ou do prestador de cuidados, sendo necessário avaliar a suas competências e capacidades cognitivas, de forma a garantir a correcta transmissão de toda a informação (3, 32). Desta forma, é essencial proporcionar uma educação especial a pessoas que não saibam ler ou tenham uma literacia baixa, incluindo, por exemplo, demonstrações práticas, diagramas e figuras (3). Durante todo este processo, o excesso de informação, pode conduzir rapidamente a um fenómeno de desinformação, o que reforça a importância da simplicidade e praticabilidade .

É também importante referir, que durante o ensino são transmitidos conceitos e procedimentos que, num ambiente hospitalar, seriam executados por profissionais de saúde. Por esta razão, é normal que tanto o doente como o prestador de cuidados demonstrem receio ou ansiedade, pelo que o aconselhamento e o treino devem ser executados de forma progressiva (3).

O processo de aconselhamento e educação nutricional deve ser realizado de forma dinâmica, pelo que, periodicamente, se recomenda a realização de sessões de avaliação e reforço dos conselhos transmitidos. Desta forma, será assegurado que o doente e/ou prestador de cuidados acompanham todos os aspectos da terapia nutricional anteriormente instituída (32, 35). Caso seja possível e necessário, um contacto telefónico mais frequente, por exemplo, pode revelar-se uma forma muito útil de prestar apoio ao familiar (33).

#### 4.2.6. Monitorização do estado nutricional

A monitorização do estado nutricional tem como objectivo determinar a eficácia e a adequação do suporte nutricional instituído, assim como acompanhar o seu impacto no estado nutricional do doente (2, 3, 20). Este processo deve assegurar o cumprimento dos objectivos da intervenção nutricional definidos inicialmente, além de contribuir para a redução do risco de eventuais complicações e para a readaptação do plano nutricional à situação clínica actual do doente (32, 39).

Com o intuito de sistematizar os aspectos que devem ser monitorizados, é possível definir os seguintes parâmetros (3, 32):

- Monitorização do estado clínico e nutricional e da resposta à terapia nutricional:
  - observação de sinais e sintomas de intolerância à terapia nutricional;
  - avaliação das alterações de peso e estado de hidratação;
  - revisão periódica de dados bioquímicos ou de outros dados laboratoriais pertinentes, tendo em conta os valores anteriores disponíveis (em doentes com N.P.D., é recomendado monitorizar atentamente a glicose sérica, electrólitos, ureia nitrogenada, creatinina, magnésio e fósforo);
  - identificação de sinais clínicos de deficiências ou excessos nutricionais;
  
- Revisão da adequação da terapia nutricional:
  - avaliação da evolução/alteração do perfil clínico do doente;
  - avaliação da necessidade de manter a terapia nutricional e a adequação da via de administração;

- revisão do estado psicossocial do doente, familiar e/ou do prestador de cuidados;
  - monitorização da ingestão de alimentos e fluídos;
  - monitorização do funcionamento gastrointestinal;
- 
- Monitorização da aderência do doente e da família à terapia nutricional e do estado de funcionamento do equipamento em utilização;
  
  - Documentação e comunicação dos resultados da monitorização à equipa de intervenção multidisciplinar. O Serviço Nacional de Saúde Português disponibiliza um boletim para pessoas em situação de dependência em acompanhamento domiciliário, com registo das monitorizações efectuadas pelos diversos elementos da equipa, de forma a otimizar a comunicação e partilha da informação.

O tipo e a frequência da monitorização são determinado pela condição clínica do doente, pela sua idade, independência, tolerância e duração da terapia nutricional, entre outros factores. Os doentes com situações clínicas instáveis e/ou que apresentem dificuldades no cumprimento e adesão à terapia nutricional, poderão necessitar de uma monitorização e ajuste diário. As crianças devem ser monitorizadas mais atentamente, uma vez que podem ser postos em causa o seu desenvolvimento e crescimento. Por esta razão, devem ser avaliados e comparados com as curvas de crescimento, o peso, a estatura e o perímetro cefálico (3).

Alguns doentes, geralmente aqueles que recebem N.P.D., podem desenvolver deficiências vitamínicas e minerais, como de vitamina E, Vitamina C, Tiamina, selénio e ferro, pelo que nesta situação, estes nutrientes devem ser monitorizados regularmente (3).

#### **4.3. Outras considerações**

Uma mais-valia para o nutricionista que presta apoio domiciliário é conhecer e estar atento aos recursos existentes na comunidade (instituições de caridade, de prestação de cuidados de saúde e serviços de higiene e de apoio psicológico, social, económico e financeiro, por exemplo). Desta forma, através da articulação desses recursos, conseguirá facilitar a sua intervenção e responder mais eficazmente às necessidades do doente e da sua família (14, 33)

Após ter terminado a intervenção, deve ser feito um relatório sumário descritivo, incluindo, entre outras informações, a razão da suspensão da intervenção, o cumprimento ou não dos objectivos propostos, complicações verificadas, resultado conseguido e *follow-up* (32).

## V. A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO DOMICILIÁRIO

Pela natureza multifactorial e globalidade da filosofia de cuidar, a intervenção no contexto domiciliário tem vindo a ser encarada numa perspectiva multidisciplinar (11, 43). A constituição da equipa de apoio domiciliário, poderá incluir, no mínimo, para além do doente e seus familiares, um médico e um enfermeiro. Caso seja possível, poderão ser incluídos na equipa, um nutricionista, assistente social, farmacêutico, terapeutas de reabilitação, e mesmo amigos do doente (16, 32). A cooperação e partilha de responsabilidades entre os membros da equipa, é a pedra basilar de um programa de intervenção domiciliária (33, 44).

Para otimizar o trabalho da equipa, é indispensável que cada elemento tenha bem definido o seu papel e as suas responsabilidades, de forma a evitar a duplicação de procedimentos, avaliações ou intervenções desnecessárias e desadequadas (16, 35). Desta forma, todas as informações disponíveis sobre determinada intervenção deverão ser partilhadas e analisadas em reunião multidisciplinar, com o intuito de definir objectivos, ou reestruturar procedimentos que não estejam a ter os resultados esperados (6, 16).

Numa perspectiva interventiva, o papel do nutricionista numa equipa de apoio domiciliário está bem definido, devendo seguir, mas não limitar-se, às seguintes acções (3, 8, 32, 35, 44):

- avaliação inicial e periódica do estado nutricional do doente;
- avaliação da ingestão nutricional;
- determinação das necessidades nutricionais do doente (proteicas, calóricas, lipídicas, vitamínicas, minerais, hídricas e electrolíticas);

- formulação e implementação de um plano de S.N.D., incluindo alimentação oral, nutrição entérica ou nutrição parentérica;
- educação e avaliação periódica de todos os intervenientes na administração domiciliária dos diversos regimes alimentares;
- monitorização e revisão periódica da eficácia do plano, com avaliação da tolerância do doente ao suporte nutricional instituído;
- avaliação e reformulação da terapia instituída, sempre que seja necessário;
- acompanhamento do doentes e da família, na transição entre os diversos regimes alimentares;
- coordenação da terapêutica nutricional com outras terapêuticas, servindo, quando necessário, como um recurso educacional para outros clínicos;

Um nutricionista que realize suporte nutricional domiciliário, deve ter experiência na área dos cuidados continuados. Deve sentir-se confortável em situações sociais diversas e ser capaz de lidar com problemas médicos complexos e muito diversificados. Nos poucos contactos com o doente, deve ser capaz de avaliar constantemente a sua intervenção e realizar um trabalho eficaz, orientado pelos objectivos estipulados, de forma a intervir de forma adequada e eficaz (6, 40).

## VI. O FUTURO DO SUPORTE NUTRICIONAL DOMICILIÁRIO

Existem vários indicadores que fazem prever o aumento da prática de S.N.D.. A contínua insistência na redução do tempo de permanência dos doentes nos hospitais, referida anteriormente neste trabalho, continua a ser um factor determinante para o desenvolvimento da intervenção domiciliária. Por outro lado, o avanço da tecnologia disponível possibilita que os tipos de suporte nutricional artificial, anteriormente restritos ao ambiente hospitalar, possam ser praticados no domicílio com segurança (11). Outro factor de grande influência é o envelhecimento gradual da população, que se traduz num aumento progressivo de doentes que necessitam de cuidados continuados. Estes cuidados, por serem realizados no domicílio e na comunidade, onde o tratamento é mais cómodo, constituem alternativas viáveis e económicas a internamentos prolongados, que são significativamente mais caros (11).

A expansão do ramo da intervenção domiciliária, pode também contribuir para uma maior divulgação e sensibilização quanto à importância do S.N.D., possibilitando o aumento de oportunidades de emprego para nutricionistas, bem como para outras profissões relacionadas com a intervenção no domicílio (5, 7, 11). Desta forma, com a implementação de N.E.D., por exemplo, cria-se a necessidade de preparação de refeições de composições e consistências específicas, do fornecimento de produtos de suplementação, da manutenção de equipamentos, da prestação de cuidados de higiene e de inúmeras outras situações (5).

No entanto, para que esta evolução se processe de forma eficaz, é necessário construir um sistema de suporte de base, capaz de garantir o bom

funcionamento e articulação dos serviços domiciliários dentro dos Serviços de Saúde de cada país. Em alguns países da Europa e em Portugal, tal ainda não acontece. Aqui, a prática de S.N.D. tem ainda uma incidência relativamente baixa, o que pode influenciar negativamente o interesse da classe política, bem como o dos gestores de sistemas de Saúde (20). Por um lado, os políticos e legisladores podem não estar bem informados sobre o assunto, o que lhes impossibilita compreender clara e exactamente quem faz o quê nesta intervenção. Por outro lado, os gestores dos sistemas de Saúde podem estar erradamente preocupados, receando prejuízos económicos (20). O futuro do S.N.D., na generalidade da Europa, passa necessariamente pela definição de linhas orientadoras a nível nacional, capazes de promover e demonstrar uma intervenção apropriada, segura e eficiente. Para tal, a elaboração de um registo epidemiológico sobre a necessidade da instituição da intervenção domiciliária pelos Serviços Nacionais de Saúde, torna-se indispensável.

Em Portugal, existem já algumas entidades e associações nacionais a trabalhar neste sentido. A Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (A.P.N.E.P.), realizou um inquérito de âmbito nacional, intitulado "Nutrição em Portugal", ao qual responderam 66% dos Centros de Saúde (C.S.) e 44% dos hospitais do país. Foi demonstrado que 83% dos C.S. possuem equipas de apoio domiciliário, sendo que 93% estão interessados em colaborar em programas de nutrição domiciliária (45).

Após a concretização de todas as medidas referidas, será garantido o direito a um tratamento mais apropriado aos doentes, bem como o suporte profissional e financeiro aos profissionais de saúde que trabalham nesta área (20).

Todas estas questões abrem novas portas a futuros trabalhos na área dos cuidados nutricionais domiciliários, já que, o ambiente domiciliário pode mesmo vir a tornar-se no local primário de cuidados de saúde do novo milénio (3, 5).

## VII. ANÁLISE CRÍTICA

Em Portugal, a prática de S.N.D. não explora todas as suas potencialidades, devido principalmente à fraca articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, bem como à ausência de linhas orientadoras de intervenção, tal como referido anteriormente neste trabalho. Por estas razões, é imprescindível criar um grupo de trabalho capaz de estabelecer e adaptar novas directivas éticas e profissionais para a prática segura e eficaz do S.N.D.. É necessário unificar e sistematizar todos os critérios de selecção, de referenciação e de intervenção, de forma a otimizar todos os procedimentos e minimizar as possíveis complicações.

Outra questão fundamental que surge no âmbito da intervenção nutricional domiciliária, é o acesso a equipamentos e produtos de nutrição artificial e de suplementação nutricional. É essencial estabelecerem-se protocolos de colaboração, ou eventuais parcerias, com empresas de produção e fornecimento deste tipo de produtos, garantindo o seu fácil acesso e distribuição. Em Portugal, por exemplo, existe um projecto desenvolvido pela Associação Nacional da Indústria Dietética (A.N.I.D.), com o apoio de várias instituições da área da Saúde, incluindo a A.P.N.E.P. e a Associação Portuguesa dos Nutricionistas, que pretende desenvolver um sistema participado pelo Serviço Nacional de Saúde para este tipo de produtos, que até agora só eram disponíveis por via hospitalar, ou adquiridos por preços significativamente elevados.

De um ponto de vista educacional e académico, seria vantajoso incluir a área do S.N.D. na formação curricular do nutricionista, ou mesmo criar programas de especialização profissional na área da geriatria, gerontologia e dos cuidados

continuados e paliativos, que permitissem aprofundar os conhecimentos nesta matéria.

Novas estratégias e oportunidades precisam de ser exploradas, de modo a reforçar o papel do S.N.D. nos cuidados domiciliários. Para tal, o nutricionista deve colocar em prática todas as suas competências, tanto do ponto de vista clínico como comunitário. É necessário alertar para a importância da determinação e tratamento dos doentes em risco nutricional e para a contribuição da intervenção nutricional na melhoria da qualidade de vida do doente e na redução da morbilidade e mortalidade. Torna-se então necessário promover e divulgar os benefícios da intervenção nutricional nesta área, com o objectivo de sensibilizar a vontade política e institucional. Uma das estratégias que poderá ser utilizada, consiste no desenvolvimento de relações chave com instituições públicas e privadas de prestação de cuidados de saúde, que, através da criação de benefícios mútuos, poderão incrementar a prática de S.N.D.. Do mesmo modo, é também importante promover a investigação científica, no sentido de avaliar a qualidade e eficácia dos poucos programas já instituídos, melhorá-los e reproduzi-los por todo o país.

Na contínua busca pela optimização e melhoria dos serviços prestados, estas são questões de fundo que merecem séria ponderação, já que, através da sensibilização das entidades responsáveis, talvez se torne possível melhorar o estado geral da Saúde no nosso País, uma vez que *“todos têm o direito à protecção na saúde e o dever de a defender e promover”*.

## VIII. CONCLUSÕES

No palco da sociedade actual, onde se assiste a um envelhecimento progressivo da população, cresce o perigo silencioso da desnutrição e a ameaça efectiva das doenças crónico-degenerativas. Neste cenário, é indiscutível que o S.N.D. representa um papel indispensável na prevenção, promoção e manutenção de um bom estado nutricional, o que constitui um factor promotor da melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida do doente.

Numa perspectiva político-económica, esta intervenção apresenta-se como uma solução prática, económica e eficaz, que traz vantagens claras, quer para as instituições públicas, quer para as entidades privadas.

A intervenção nutricional domiciliária deverá ser bem programada e definida, através da descrição de objectivos, métodos e procedimentos, capazes de promover uma intervenção eficaz, segura e adequada às necessidades do doente e da situação clínica. Para o mesmo efeito, a educação do doente e da família e a formação de equipas multidisciplinares é uma condição essencial para a eficácia e sucesso da intervenção.

Em alguns países da Europa e em Portugal, o S.N.D, realizado por nutricionistas, revela-se uma actividade ainda bastante modesta, que embora em relativa expansão, é muito pouco divulgado. Para este facto, contribui a falta de linhas orientadoras e do apoio político e institucional.

No contexto domiciliário, o nutricionista apresenta-se como o profissional mais qualificado para exercer terapia nutricional. Aqui, trabalha como um consultor, ao determinar a terapia nutricional, como um educador, ao ensinar

procedimentos e atitudes, como um coordenador, ao gerir os recursos disponíveis e como um conselheiro, ao servir de apoio para o doente e para a família.

Numa perspectiva abrangente, o S.N.D. pode tornar-se numa nova plataforma de promoção da Nutrição como uma área essencial na prestação de cuidados de saúde, além de possibilitar o abrir de novas portas aos nutricionistas, cuja importância em Portugal é ainda subvalorizada.

Numa altura em que cada vez mais os programas de saúde enfatizam a necessidade de otimizar recursos, melhorar a qualidade dos serviços prestados e reduzir custos e despesas, não restam dúvidas que com a implementação de um programa nutricional de suporte domiciliário, semelhante ao descrito neste trabalho, torna-se possível atingir todos estes objectivos.

iii. BIBLIOGRAFIA

1. Burns J, Bhatti T. The emerging role of the nutritionist in a home care program. Can J Public Health 1987; 78 (2):101-3.
2. Watters C. The benefits of home care for the terminally ill. J Palliat Care 1997; 4 (3):90-2.
3. The science and practice of nutrition support – a care-based core curriculum [monograph on CD-ROM]. A.S.P.E.N.. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company; 2001.
4. Abbey C, Didion J, Durbin MB, Perzynski K, Zechman R. Neighborhood wellness centers: collaboration between home care and nursing education. Caring 1994 Nov:26-31.
5. Schiller MR, Arensberg MB, Kantor B. Administrator's perceptions of nutrition services in home health care agencies. J Am Diet Assoc 1998 Jan; (1):56-61.
6. Vogelzang JL. Effective use of a registered dietitian in home healthcare. Home Healthc Nurse 1998 Oct; 6 (10):709-12.
7. Arensberg MB, Schiller MR. Dietitians in home care: a survey of current practice. J Am Diet Assoc 1996 Apr; 96 (4):347-353.
8. Ribovitch EJ, Mahorich P, Blair KS, Nutrition services in home care. Caring 1990; 9 (10):8-14.

9. Fleming CR, Witzke DJ, Beart RW. Catheter related complications in patients receiving home parental nutrition. *Ann Surg* 1980:192-593.
10. Sousa AM. Benefits of dietitian home visits. *J Am Diet Assoc* 1994 Oct; 94 (10):1149-51.
11. Nutrition trends in home care [editorial]. *Hosp Food Nutr Focus* 1995 May; 11 (9):1-7.
12. Moreno JM, Shaffer J, Staun M, Hebuterne H, Bozzetti F, Pertkiewicz M, et al. Survey on legislation and funding of home artificial nutrition in different European countries. *Clin Nutr* 2001 Apr; 20 (2):117-23.
13. Motts WD. The current state of home nutrition support in the United States. *Nutrition* 1998; 14 (4):416-9.
14. Howard L. A global perspective of home parental and enteral nutrition. *Nutrition* 2000; 16:625-8.
15. Van Gossum A, Bakker H, Bozzetti F, Staun M, Leon-Sanz M, Hebuterne H, et al. Home parental nutrition in adults: an European multicentre survey in 1997. *Clin Nutr* 1999 Jun; 18 (3):135-40.
16. Capozza CM, Sousa AM. Preventing malnutrition in the home care client. *Caring* 1994 Nov:68-71.
17. Conselho local de acção social de Matosinhos e Cesis: centro de estudos para intervenção social (P). Diagnóstico social do Concelho de Matosinhos – programa rede social: Cesis; 2001.

18. Green JC. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutrition intervention. *Clin Nutr* 1999; 18 Suppl 2:3-28.
19. Porter C, Schell ES, Kayser-Jones J, Paul SM. Dynamics of nutrition care among nursing home residents who are eating poorly. *J Am Diet Assoc* 1999 Nov; 99 (11):1444-6.
20. Pironi L. Cost-benefit of home artificial nutrition regulation. *Clin Nutr* 2001; 20 (2):101-2.
21. Vetta F, Ronzoni S, Taglieri G, Bollea MR. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clin Nutr* 1999 Oct; 18 (5):259-67.
22. Nelson K, Coulston A, Sucher K, Tseng R. Prevalence of malnutrition in the elderly admitted to long-term-care facilities. *J Am Diet Assoc* 1993 Apr; 93 (4):459-60.
23. Windsow JA, Knight GS, Hill GL. Wound healing response in surgical patients: recent food intake is more important than nutritional status. *B J Surg* 1988; 75:135-7.
24. Allison, SP. The uses and limitations of nutritional support. *Clin Nutr* 1992; 11:319-30.
25. Brozek J. Effects of generalized malnutrition on personality. *Nutrition* 1990; 6:389-95.

26. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308:945-8.
27. Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition in patients in general practice. *Clin Nutr* 1996; 15:60-3.
28. Scanlan F, Dunne J, Toyne K. No more cause for neglect. Introducing a nutritional assessment tool and action plan. *Prof Nurse*. 1994 Mar; 9:382-5.
29. Yen PK. Nurses estimate elderly malnutrition. *Geriatr Nurs* 1993; 14:327-8.
30. Abbasi AA, Rudman D. Undernutrition in the nursing home: prevalence, consequences, cause and prevention. *Nutr Rev* 1994; 52 (4):113-22.
31. Israel D, Garritson B. The role of the registered dietitian in home health care: definition and efficacy. *Home Health Care Manage Prac* 1998; 10 (6):57-67.
32. A.S.P.E.N. Board of Directors. Standards for home nutrition support. *Nutr Clin Pract* 1999; 13:157-166.
33. Londa K. Developing a support network. In: Hermann-Zaidins M, Touger-Decker R, editors. *Nutrition Support in Home Health*. Rockville, MD: Aspen Publishers Inc; 1989.p.130-141.
34. Bozzetti F. Surgery in the elderly: the role of nutritional support. *Clin Nutr* 2001 Apr; 20 (2):103-16.
35. Pantalos DC. Home health care: a new worksite for dietitians monitoring nutrition support. *J Am Diet Assoc* 1993 Oct; 93 (10):1146-51.

36. Cohendy R, Gros T, Arnaud-Battandier F, Tran G, Plaze JM, Eledjam J. Preoperative nutritional evaluation of elderly patients: the Mini Nutritional Assessment as a practical tool. *Clin Nutr* 1999 Dec; 18 (6):345-48.
37. Westbrook N. Medicare / Medicaid reimbursement for home care services. *Hosp Food Nutr Focus* 1995 May; 11 (9):6-7.
38. Mullis RM, Bowen PE. Process guides for nutrition care in community health. *J Am Diet Assoc* 1985 Jan; (85):73-6.
39. Lysen L, Masino K. Oral nutrition management. In: Hermann-Zaidins M, Touger-Decker R, editors. *Nutrition Support in Home Health*. Rockville, MD: Aspen Publishers Inc; 1989.p.40-57.
40. Zarbock SF. Providing nourishment at home. *Home Care Provid* 1999 Jun; 4 (3):106-7.
41. Howard L, Ament M, Fleming CR, Shike M, Steiger E. Current use and clinical outcomes of home parental and enteral nutrition therapies in the United States. *Gastroenterology* 1995; 109 (2):355-65.
42. Jackson R. Home care: a new paradigm for nutrition services. *Hosp Food Nutr Focus* 1995 May; 11 (9):3.
43. Ireton-Jones C, Orr M, Hennessy K. Clinical pathways in home nutrition support. *J Am Diet Assoc* 1997 Sep; 97 (9):1003-7.

44. Buzby K. Establishing standards of care. In: Hermann-Zaidins M, Touger-Decker R, editors. Nutrition Support in Home Health. Rockville, MD: Aspen Publishers Inc; 1989.p.187-200.
45. Martins P. [editorial]. Boletim trimestral da A.P.N.E.P. 2002 Jun; (21):1.
46. Richards DM, Irving MH. Cost-utility analysis of home parental nutrition. Br J Surg 1996; 83:1226-29.
47. A.D.I. - Equipa de Cuidados Integrados da U.L.S.M.. Relatório de actividades. Matosinhos: A.D.I.; 2001.
48. U.L.S.M.. Boletins estatísticos mensais. Matosinhos: U.L.S.M.; 2000-2002.
49. Reilly HM. Screening for nutritional risk. Proc Nutr Soc 1996; 55:841-53.

---

**ANEXOS**

---



---

**ÍNDICE DE ANEXOS**

	pág.
<b>ANEXO 1 - Vantagens económicas da intervenção nutricional domiciliária .....</b>	<b>a5</b>
<b>ANEXO 2 - Caracterização e análise do suporte nutricional domiciliário realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos .....</b>	<b>a9</b>
<b>ANEXO 3 - Causas da desnutrição .....</b>	<b>a21</b>
<b>ANEXO 4 - Instrumentos de avaliação do risco de desnutrição .....</b>	<b>a25</b>
<b>ANEXO 5 - Tópicos para a avaliação da higiene e segurança do domicílio .....</b>	<b>a31</b>
<b>ANEXO 6 - Aspectos do aconselhamento alimentar no domicílio .....</b>	<b>a35</b>

---



## **ANEXO 1**

Vantagens económicas da intervenção nutricional domiciliária

---



---

## VANTAGENS ECONÓMICAS DA INTERVENÇÃO NUTRICIONAL DOMICILIÁRIA

A intervenção nutricional domiciliária é um factor de grande impacto económico para os sistemas de Saúde (4, 31, 46). Os benefícios económicos desta intervenção, resultam principalmente da transferência do suporte nutricional do ambiente hospitalar para o domicílio e na prevenção da desnutrição. Por um lado, a transferência destes cuidados para o domicílio contribui para a diminuição do tempo de permanência nos hospitais e para a diminuição dos custos de internamento e dos cuidados hospitalares associados (6, 11, 17, 46). Segundo o estudo de Green, a nutrição parentérica domiciliária é substancialmente mais económica no domicílio (cerca de 65%), do que a praticada em meio hospitalar (18). Por outro lado, ao prevenir a desnutrição, a intervenção nutricional contribui para a diminuição das readmissões nos serviços de internamento, bem como a eliminação de tratamentos específicos de alto custo associados, utilizados para o tratamento das complicações do doente (5, 6, 31).

Na América do Norte e em alguns países da Europa, já existem planos de intervenção nutricional instituídos, baseados na redução de custos proporcionada por esta intervenção. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, estima-se que a implementação da terapia nutricional domiciliária poupe ao governo americano biliões de dólares (6, 13, 35).

Porém, em Portugal, a situação não corresponde a esta realidade. Para tal, contribui a falta de investigação, que comprove os benefícios económicos do suporte nutricional domiciliário. No entanto, alguns estudos práticos têm sido realizados sobre esta matéria. A Associação Nacional da Indústria Dietética e a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, por exemplo, têm vindo

---

a desenvolver estudos, no sentido de comprovar os benefícios económicos da prática de S.N.D..

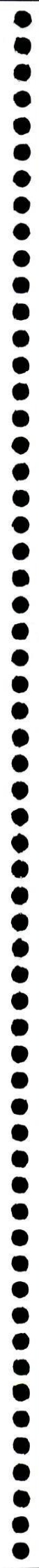
Torna-se então bem claro que os serviços nutricionais domiciliários desempenham um papel fundamental na diminuição das despesas com a saúde, sendo necessário implementar em Portugal, à semelhança de outros países Europeus, um programa de intervenção domiciliária que integre o Serviço Nacional de Saúde.

---

## **ANEXO 2**

Caracterização e análise do suporte nutricional domiciliário  
realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

---



---

**CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DO SUPORTE NUTRICIONAL DOMICILIÁRIO REALIZADO NA  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS**

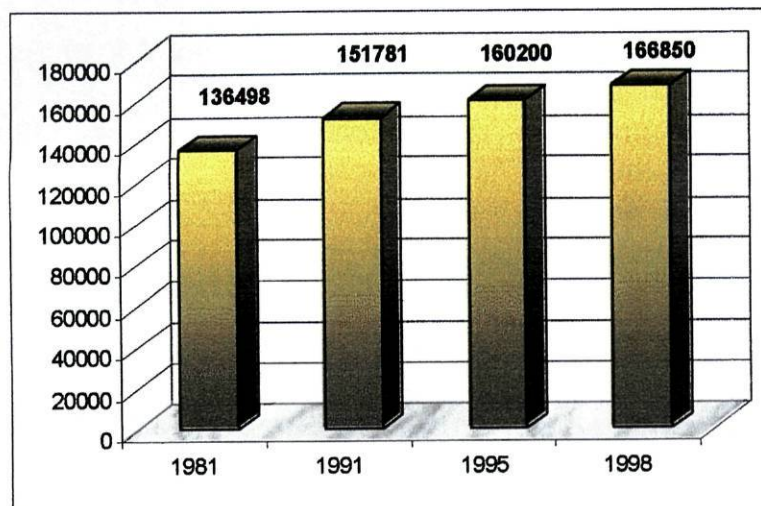
Este anexo descreve um exemplo prático da prestação de apoio nutricional domiciliário na comunidade, proporcionado por um serviço público de saúde. Assim, é aqui sumariamente descrita a actividade do Serviço de Nutrição e Alimentação (S.N.A.) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (U.L.S.M), na área do suporte nutricional domiciliário, desenvolvida pelas equipas multidisciplinares de apoio domiciliário.

No Concelho de Matosinhos, a U.L.S.M. é a principal entidade prestadora de cuidados de saúde e a responsável máxima pela gestão integrada de todas as áreas e actividades ligadas à Saúde. Em Janeiro de 2001, foi criado nesta instituição, um plano geral de Apoio Domiciliário Integrado (A.D.I.). Este plano tem como objectivo geral promover uma intervenção domiciliária multidisciplinar articulada, de forma a proporcionar serviços e cuidados de saúde no domicílio. O objectivo específico da equipa de A.D.I., é prestar cuidados de saúde individualizados e personalizados a doentes e famílias no domicílio, quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não seja possível assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades e/ou actividades da vida diária (47). Pretende-se, desta forma, promover a autonomia do indivíduo em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias, através da actuação de equipas multidisciplinares de apoio domiciliário, constituídas por médicos de família, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos.

---

Para compreender a necessidade e importância da actividade desta equipa, torna-se necessário contextualizar os parâmetros da sua actuação nas características da população deste Concelho, identificando as suas necessidades e os seus principais factores de risco.

Em 1981, a estimativa do número total de habitantes residentes no Concelho de Matosinhos era de 136.498 habitantes. Em 1998, 17 anos depois, o número aumentou para 166.850 habitantes (gráfico 1), correspondente a um aumento superior a 30 mil pessoas (17). Embora a taxa de crescimento populacional revele uma ligeira tendência para atenuar, no intervalo de tempo considerado, o crescimento populacional é elevado e significativo, situando-se na ordem dos 22,2% (17).

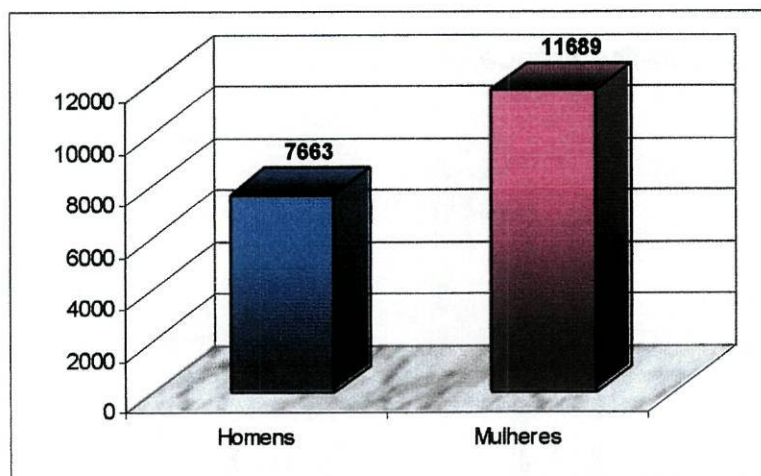


**Gráfico 1** - Habitantes residentes no Concelho de Matosinhos (17).

1981 - 1998

Um dos factores que contribui para esta dinâmica demográfica, é a feminização da população idosa, relacionada, por um lado, com o aumento da esperança média de vida dos indivíduos e, por outro, com as mulheres viverem mais anos do que os homens. Em 1998, a percentagem de habitantes do sexo feminino com idade igual ou superior a 64 anos era de 60,4% (11.689 mulheres),

contra 39,6% (7.663 homens), correspondente à população masculina na mesma faixa etária (gráfico 2).



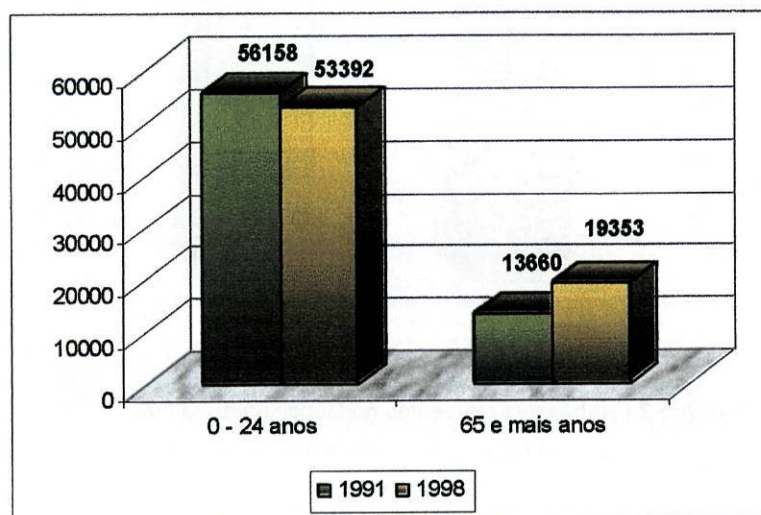
**Gráfico 2** - Habitantes residentes no Concelho de Matosinhos, com idade igual ou superior a 64 anos, por sexo (17).

- 1998 -

A feminização da população idosa está directamente relacionada com a viuvez, resultando numa maior vulnerabilidade, isolamento e dificuldades nas relações sociais e afectivas, apresentadas por este grupo populacional. Esta situação implica, conseqüentemente, uma maior precariedade na condição de saúde, que se reflecte num aumento conseqüente do número de habitantes a procurarem assistência nos serviços de saúde (17). Por exemplo, entre Janeiro e Abril de 2000, as taxas mais elevadas de internamento no Hospital Pedro Hispano – o hospital central que integra a U.L.S.M. – correspondem a idosos com idades compreendidas entre os 70 e 95 anos, sendo o sexo feminino o mais representado, com cerca de 66% dos doentes internados (17).

À semelhança do que acontece no resto do país, a população do Concelho de Matosinhos revela um aumento da importância relativa dos idosos (gráfico 3), representando 9% da população total em 1991 para 11% em 1998 (13.660 para

19.353 indivíduos, respectivamente), bem como uma diminuição da população infantil e juvenil, representando 37% da população total em 1991 para 32% em 1998 (56.158 para 53.392 indivíduos). Deste modo, verifica-se um envelhecimento demográfico gradual da população de Matosinhos (17, 47).



**Gráfico 3** - Habitantes residentes no Concelho de Matosinhos, por grupo etário (17).  
- 1991 e 1998 -

Outro factor a ter em consideração, é que em 1991, de todas as famílias a viver no Concelho de Matosinhos, 21,7% incluíam pessoas idosas na sua constituição. Dessas famílias, cerca de 20% eram compostas por um único elemento. Isto significa que muitas “famílias” eram compostas unicamente por uma pessoa idosa, a viver sozinha (17, 47).

Todos estes factos devem ser encarados com especial atenção no contexto do presente trabalho, uma vez que podem servir como um indicador indirecto do crescimento de situações de exclusão social, geralmente associadas a um acréscimo substancial de problemas de saúde, num grupo etário de particular vulnerabilidade – os idosos (47).

---

Por prevenir, identificar, e lidar com estas situações de risco, o apoio domiciliário assume um papel fundamental no acompanhamento deste grupo de risco, sendo o S.N.D. uma mais-valia para esta intervenção.

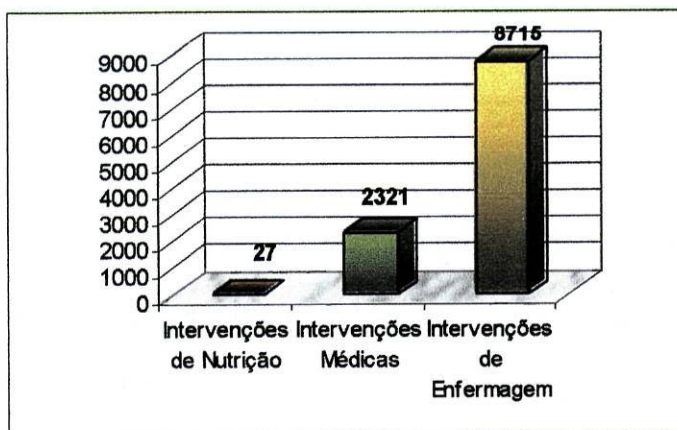
Desde Outubro de 2000, o S.N.A. realiza um serviço pioneiro na prestação de suporte nutricional domiciliário, através dos nutricionistas a exercer funções nos quatro Centros de Saúde (C.S.) que compõem a U.L.S.M.. Nesta instituição, a referenciação do doente ao nutricionista pode ser efectuada pelo médico ou pelo enfermeiro de família, pelo assistente social, ou pela transferência dos cuidados de saúde para o domicílio após alta hospitalar, onde foi incluída a intervenção nutricional domiciliária no plano de alta do doente. De forma a sistematizar esta última intervenção existem, nesta instituição, protocolos específicos, como o Protocolo das Úlceras de Pressão e o Protocolo dos cuidados continuados – doentes com Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.) – que garantem a assistência domiciliária a todos os doentes que apresentem estas patologias. O pedido de intervenção pode também partir de lares e/ou outras instituições de acolhimento de idosos do Concelho, desde que o pedido seja previamente avaliado e aceite pelo médico de família.

De forma a descrever a actuação do nutricionista neste âmbito, segue-se uma breve descrição das intervenções realizadas nos quatro C.S. da U.L.S.M., no período de Outubro de 2000 a Abril de 2002.

No C.S. de Matosinhos, foram realizadas 27 intervenções nutricionais domiciliárias, sendo a maioria dos doentes observados do sexo feminino (69%). De todos os doentes, 68,5% foram referenciados pelo Protocolo das Úlceras de Pressão, 19% pelo médico de família e 12,5% resultaram de pedidos de instituições de acolhimento de idosos. Em comparação com o número total de

---

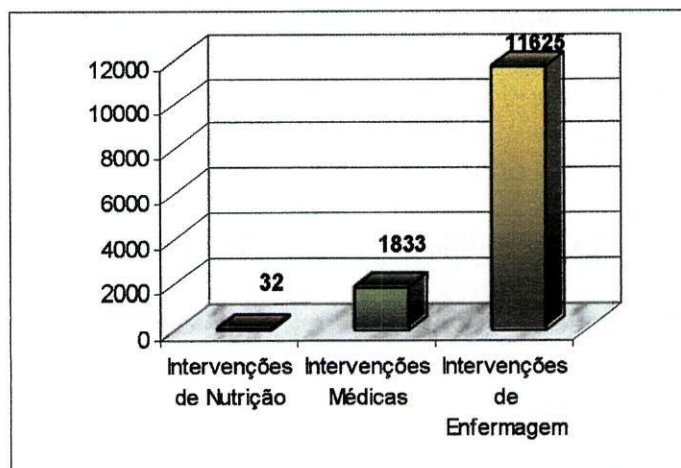
intervenções domiciliárias, efectuadas pelas especialidades médicas e de enfermagem (2.321 e 8.715, respectivamente), as intervenções nutricionais quase não são significativas (48) (gráfico 4).



**Gráfico 4** – Intervenções domiciliárias realizadas, por especialidade (48).

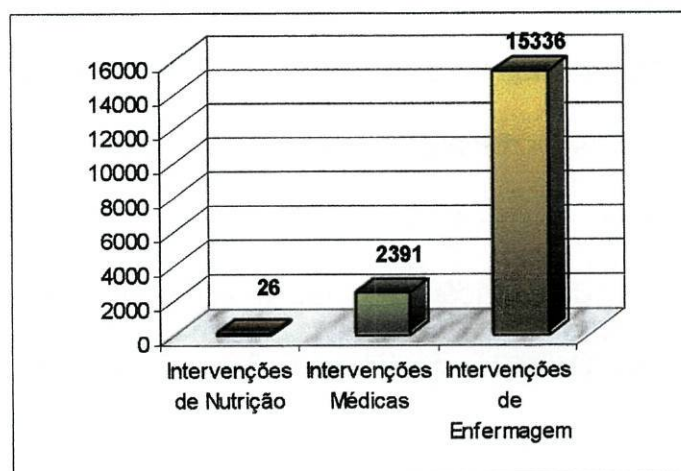
C.S. Matosinhos - Outubro de 2000 a Abril de 2002

No C.S. da Senhora da Hora, foram realizadas 32 intervenções nutricionais domiciliárias, sendo idêntica a distribuição por sexo dos doentes observados. Em relação à referenciação, 50% das intervenções resultaram do Protocolo das Úlceras de Pressão, 22% pelo médico de família, 22% pelo enfermeiro de família, 17% por alta hospitalar, e 5,5% pelo assistente social. Também aqui, a diferença entre as intervenções nutricionais e o total das intervenções domiciliárias efectuadas pelas especialidades médicas e de enfermagem é abismal (1.833 e 11.625, respectivamente) (48) (gráfico 5).



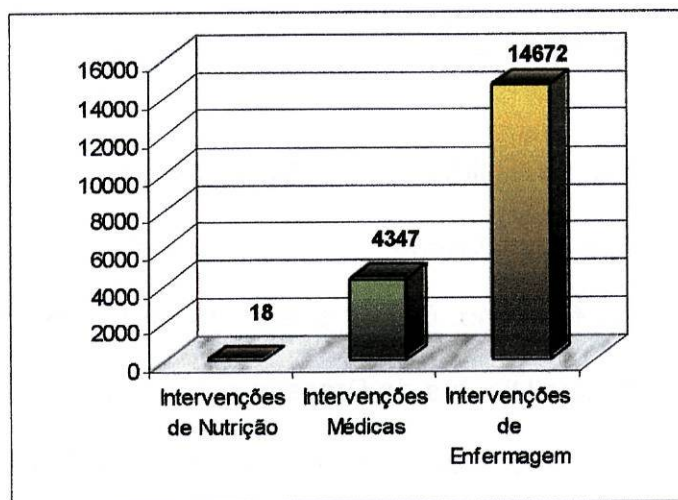
**Gráfico 5** – Intervenção domiciliária realizada, por especialidade (48).  
C.S. de Senhora da Hora - Outubro de 2000 a Abril de 2002

No C.S. de Leça da Palmeira e suas extensões, foram realizadas 26 intervenções nutricionais domiciliárias. A maioria dos doentes observados correspondem ao sexo feminino (69%) e em relação à referenciação, 81% resultaram do Protocolo das Úlceras de Pressão e os restantes 19% pelo médico de família. Mais uma vez, o total das intervenções domiciliárias efectuadas pelas especialidades médicas e de enfermagem é bastante superior (2.391 e 15.336, respectivamente) (48) (gráfico 6).



**Gráfico 6** – Intervenção domiciliária realizada, por especialidade (48).  
C.S. de Leça da Palmeira e suas extensões - Outubro de 2000 a Abril de 2002

No C.S. de S. Mamede de Infesta, foram realizadas 18 intervenções nutricionais domiciliárias, sendo a maioria dos doentes observados do sexo feminino (80%). Em relação à origem dos pedidos de intervenção, 90% resultaram do pedido pelo enfermeiro de família e 10% por alta da instituição hospitalar. O total das intervenções domiciliárias efectuadas pelas especialidades médicas e de enfermagem é de 4.374 e 14.672, respectivamente (48) (gráfico 7).



**Gráfico 7** – Intervenções domiciliárias realizadas, por especialidade (48).  
C.S. de S. Mamede de Infesta - Outubro de 2000 a Abril de 2002

De forma alguma se pretende que as intervenções de S.N.D. alcancem os valores referidos para as outras especialidades, uma vez que nem todos os doentes necessitam de suporte nutricional. Estes valores servem apenas para transmitir a noção de que o número de intervenções nutricionais domiciliárias realizadas pela equipa de nutrição é ainda muito pouco significativo, quando comparado com o total de todas as intervenções domiciliárias realizadas pelas outras especialidades. Assim, de forma a proporcionar os benefícios do suporte nutricional domiciliário a todos os utentes da U.L.S.M., seria importante instituir métodos de pré-avaliação nutricional idênticos aos descritos neste trabalho,

capazes de serem aplicados pelos profissionais que integram as equipas de A.D.I., optimizando a qualidade da assistência domiciliária prestada e garantindo um apoio nutricional mais abrangente. Pela mesma razão, seria também importante garantir todas as condições em termos de recursos humanos, logísticos e financeiros.

Infelizmente não existem ainda dados disponíveis que permitam avaliar objectivamente a eficácia do suporte nutricional domiciliário (S.N.D.) na U.L.S.M.. No entanto, atentando aos factos descritos no presente trabalho e à experiência dos nutricionistas envolvidos neste projecto, o S.N.D. prestado pela U.L.S.M. revela ser um serviço imprescindível para a comunidade.

Na U.L.S.M., as equipas de apoio domiciliário prestam importantes cuidados de saúde à população, cuja necessidade e importância é acentuada pela dinâmica demográfica da população. Os nutricionistas integram as equipas multidisciplinares de apoio domiciliário, trabalhando em equipa e garantido um suporte nutricional aos utentes da U.L.S.M. que dele necessitam. Desta forma, este sistema de intervenção representa um exemplo prático da integração do nutricionista e da prática de S.N.D. num sistema público de saúde.



## **ANEXO 3**

Causas da desnutrição

---



**Causas da****desnutrição:***Resultante de:**Anorexia*

**Situação de doença e dor associada** – em complicações endócrinas, circulatórias, respiratórias, imunológicas, neurológicas e psicológicas. Frequente em doentes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Sida) ou Cancro, por exemplo.

**Tratamento** – devido à influência da terapia farmacológica, bem como em situações de quimio e radioterapia.

**Factores psicológicos secundários** – ansiedade ou adaptação a uma doença terminal, por exemplo.

**Idade avançada** – perda ou alteração da percepção gustativa e olfactiva.

*Mecânicas*

**Desordens neurológicas** – disfagia progressiva, em doenças neurológicas ou em esclerose múltipla, por exemplo.

**Letargia e fraqueza** – diminuição da capacidade de se alimentar.

**Falta de dentição** – limitação da mastigação dos alimentos.

**Obstrução gastrointestinal** – diminuição indirecta da absorção nutricional.

*Metabólicas*

Muitas doenças podem induzir uma situação de hipermetabolismo, frequentemente associado à anorexia. Esta condição aumenta significativamente as necessidades calóricas, resultando indirectamente numa diminuição da massa corporal. Se prolongada, pode conduzir a uma situação de caquexia, geralmente associada a falha cardíaca, cancro e Sida.

*Sócio-económicas*

**Pobreza** – limitativa da aquisição de alimentos;

**Viver sozinho** – afecta indirectamente o estado nutricional; falta de estímulo social para se alimentar;

*Má absorção*

**Doença** – Doença renal e hepática ou pancreática, por exemplo.

**Síndrome de má-absorção** – Doença Celíaca, por exemplo.

**Fármacos** – interferência na absorção intestinal.

**Idade avançada** – a reduzida absorção intestinal aparenta ser comum nesta situação.



## **ANEXO 4**

Instrumentos de avaliação do risco de desnutrição

---



<b>Instrumentos:</b>	<b>Parâmetros avaliados:</b>
<p><b>Mini avaliação nutricional</b> (Mini nutritional assessment-MNA)</p>	<p>(avaliação do estado nutricional – validado em idosos)</p> <p><b>Antropometria</b> – peso, altura, índice de massa corporal, perímetro do braço e do gastrónomo.</p> <p><b>Avaliação geral</b> – estilo de vida, mobilidade e medicação.</p> <p><b>Avaliação alimentar</b> – ingestão alimentar e hídrica, número de refeições e autonomia para se alimentar.</p> <p><b>Avaliação subjectiva</b> – percepção do doente sobre a sua saúde e estado nutricional.</p>
<p><b>Avaliação subjectiva global</b> (Subjective global assessment-SGA)</p>	<p>(Identifica o risco de complicações relacionadas com um estado nutricional precário)</p> <p><b>Parâmetros nutricionais</b> – perda de peso nos 6 meses anteriores, história alimentar, sintomas gastrointestinais, capacidade funcional.</p> <p><b>Exames físicos</b> – perda de gordura subcutânea, perda muscular, desidratação.</p>
<p><b>Índice de Prognóstico Nutricional</b> (Prognostic nutritional index-PNI)</p>	<p>(Identifica o risco nutricional em complicações pós-cirúrgicas)</p> <p>– Combina antropometria, testes dermatológicos de hipersensibilidade retardada e níveis plasmáticos de proteína – exprimidos apenas por um único valor.</p>
<p><b>Índice de probabilidade de desnutrição</b> (Likelihood of malnutrition index-LMI)</p>	<p>(Utilizado na generalidade dos doentes)</p> <p><b>Concentrações séricas de vitaminas</b> – ácido fólico e vitamina C;</p> <p><b>Antropometria</b> – pregas cutâneas.</p> <p><b>Índices bioquímicos</b> – linfócitos e albumina, por exemplo.</p>
<p><b>Índice de risco nutricional</b> (Nutrition risk index-NRI)</p>	<p>(avaliação do estado nutricional no idoso)</p> <p>Uma avaliação de 16 parâmetros, que inclui: ingestão e restrições alimentares; condições impeditivas da ingestão; desconforto na ingestão de alimentos; alterações de hábitos alimentares.</p>

**Quadro 2** – Métodos validados para avaliação do risco de desnutrição (49)



## MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA™

ID nº

Last name \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ Weight (Kg) \_\_\_\_\_ Height (cm) \_\_\_\_\_ Knee height (cm) \_\_\_\_\_

Complete the form by writing the numbers in the boxes. Add the numbers in the boxes and compare the total assessment to the Malnutrition Indicator Score.

### ANTHROPOMETRIC ASSESSMENT

	Points
1. Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m) <sup>2</sup> a. BMI < 19 = 0 points b. BMI 19 to < 21 = 1 point c. BMI 21 to < 23 = 2 points d. BMI ≥ 23 = 3 points	<input type="checkbox"/>
2. Mid-arm circumference (MAC) in cm a. MAC < 21 = 0.0 points b. MAC 21 ≤ 22 = 0.5 points c. MAC > 22 = 1.0 points	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
3. Calf circumference (CC) in cm a. CC < 31 = 0 points    b. CC ≥ 31 = 1 point	<input type="checkbox"/>
4. Weight loss during last 3 months a. weight loss greater than 3kg (6.6 lbs) = 0 points b. does not know = 1 point c. weight loss between 1 and 3 kg (2.2 and 6.6 lbs) = 2 points d. no weight loss = 3 points	<input type="checkbox"/>

### GENERAL ASSESSMENT

5. Lives independently (not in a nursing home or hospital) a. no = 0 points    b. yes = 1 point	<input type="checkbox"/>
6. Takes more than 3 prescription drugs per day a. yes = 0 points    b. no = 1 point	<input type="checkbox"/>
7. Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months a. yes = 0 points    b. no = 2 points	<input type="checkbox"/>
8. Mobility a. bed or chair bound = 0 points b. able to get out of bed/chair but does not go out = 1 point c. goes out = 2 points	<input type="checkbox"/>
9. Neuropsychological problems a. severe dementia or depression = 0 points b. mild dementia = 1 point c. no psychological problems = 2 points	<input type="checkbox"/>
10. Pressure sores or skin ulcers a. yes = 0 points    b. no = 1 point	<input type="checkbox"/>

### DIETARY ASSESSMENT

11. How many full meals does the patient eat daily? a. 1 meal = 0 points b. 2 meals = 1 point c. 3 meals = 2 points	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

	Points
12. Selected consumption markers for protein intake • At least one serving of dairy products (milk, cheese, yogurt) per day?    yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Two or more servings of legumes or eggs per week?    yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • Meat, fish or poultry every day?    yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a. if 0 or 1 yes = 0.0 points b. if 2 yes = 0.5 points c. if 3 yes = 1.0 points	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
13. Consumes two or more servings of fruits or vegetables per day? a. no = 0 points    b. yes = 1 point	<input type="checkbox"/>
14. Has food intake declined over the past three months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? a. severe loss of appetite = 0 points b. moderate loss of appetite = 1 point c. no loss of appetite = 2 points	<input type="checkbox"/>
15. How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk,...) is consumed per day? (1 cup = 8 oz.) a. less than 3 cups = 0.0 points b. 3 to 5 cups = 0.5 points c. more than 5 cups = 1.0 points	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
16. Mode of feeding a. Unable to eat without assistance = 0 points b. self-fed with some difficulty = 1 point c. self-fed without any problem = 2 points	<input type="checkbox"/>

### SELF ASSESSMENT

17. Do they view themselves as having nutritional problems? a. major malnutrition = 0 points b. does not know or moderate malnutrition = 1 point c. no nutritional problem = 2 points	<input type="checkbox"/>
18. In comparison with other people of the same age, how do they consider their health status? a. not as good = 0.0 points b. does not know = 0.5 points c. as good = 1.0 points d. better = 2.0 points	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

ASSESSMENT TOTAL (max. 30 points): .

### Malnutrition indication score

≥24 points	well-nourished	<input type="checkbox"/>
17 to 23.5 points	at risk of malnutrition	<input type="checkbox"/>
< 17 points	malnourished	<input type="checkbox"/>

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2: 15-59.

©1994 Nestec Ltd (Nestlé Research Center)/Cintec Nutrition Company

52660

**Figura 1 – Mini avaliação nutricional (Mini nutritional assessment)**



## **ANEXO 5**

Tópicos para a avaliação da higiene e segurança do domicílio

---



<i>Categorias:</i>	<i>Parâmetros avaliados:</i>
<i>Área exterior</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Entrada da habitação; acesso por degraus ou rampa. <input checked="" type="checkbox"/> Inexistência de barreiras ao acesso.
<i>Área interior (geral)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Livre de tapetes ou alcatifa soltas, cabos eléctricos ou outras situações que possam constituir uma ameaça; <input checked="" type="checkbox"/> Espaço físico capaz de acomodar o equipamento necessário ao suporte nutricional; <input checked="" type="checkbox"/> Escadas ou degraus que possam constituir uma barreira à movimentação de material. <input checked="" type="checkbox"/> Fácil acesso à casa de banho, altura correcta dos utensílios de banho e banheira utilizável e segura. <input checked="" type="checkbox"/> Aquecimento, ar condicionado, ventilação, telefone, água canalizada. <input checked="" type="checkbox"/> Limpeza geral – ambiente limpo, livre de insectos e roedores. <input checked="" type="checkbox"/> Animais de estimação.
<i>Resíduos</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Serviço de recolha de resíduos. <input checked="" type="checkbox"/> Local seguro para resíduos médicos.
<i>Electricidade</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Instalação eléctrica segura, com instalação de fio de terra. <input checked="" type="checkbox"/> Luminosidade adequada.
<i>Refrigeração</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Presença e espaço disponível para os produtos. <input checked="" type="checkbox"/> Controlo de temperatura.
<i>Armazenamento</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Espaço adequado e limpo. <input checked="" type="checkbox"/> Resguardado de crianças e animais de estimação. <input checked="" type="checkbox"/> Espaço disponível para preparar o suporte nutricional.
<i>Incêndios</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Detector de incêndios / extintores. <input checked="" type="checkbox"/> Saída de emergência em caso de incêndio. <input checked="" type="checkbox"/> Inexistência de odor a gás. <input checked="" type="checkbox"/> Presença de garrafas de oxigénio e medidas de segurança próprias.
<i>Números de emergência</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Polícia, bombeiros. <input checked="" type="checkbox"/> Médico, clínico, serviço de ambulâncias.

**Quadro 3** – Tópicos para a avaliação da higiene e segurança do domicílio (3)



## **ANEXO 6**

Aspectos do aconselhamento alimentar no domicílio

---



---

<b>Objectivos:</b>	<b>Conteúdo:</b>
<i>Esclarecimento dos objectivo da terapia</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Objectivo e resultados esperados da intervenção.
<i>Medidas de segurança e higiene</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Panfletos informativos, com diversas informações a este nível. <input checked="" type="checkbox"/> Resposta a perguntas, focando os aspectos específicos de cada situação.
<i>Demonstração de técnicas de controlo de infecções</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Técnicas de lavagem das mãos. <input checked="" type="checkbox"/> Higiene da área de trabalho. <input checked="" type="checkbox"/> Significado de "limpo" e "estéril". <input checked="" type="checkbox"/> Precauções gerais.
<i>Manuseamento de resíduos</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Técnicas de manuseamento de resíduos.
<i>Compra e armazenamento de produtos específicos</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Modos de aquisição e especificações de produtos e material necessário. <input checked="" type="checkbox"/> Técnicas de armazenamento de produtos especiais. <input checked="" type="checkbox"/> Limpeza e adequação. <input checked="" type="checkbox"/> Tempo de refrigeração de produtos já a uso. <input checked="" type="checkbox"/> Prazo de validade dos produtos.
<i>Demonstração de técnicas de manutenção de vias de acesso</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Técnicas de limpeza. <input checked="" type="checkbox"/> Inspeção. <input checked="" type="checkbox"/> Muda de vestuário. <input checked="" type="checkbox"/> Colocação de equipamento (tubos, sondas, etc.).
<i>Demonstração da técnica de preparação do suporte nutricional</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Lavagem das mãos. <input checked="" type="checkbox"/> Organização e preparação do equipamento. <input checked="" type="checkbox"/> Preparação e inspeção de alimentos ou fórmulas. <input checked="" type="checkbox"/> Verificação da presença de resíduo. <input checked="" type="checkbox"/> Verificação da temperatura das refeições.
<i>Demonstração da técnica de administração do suporte nutricional</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimentos de alimentação oral, nutrição entérica ou nutrição parentérica. <input checked="" type="checkbox"/> Posicionamento do doente. <input checked="" type="checkbox"/> Modo de administração

---

---

---

<i>Técnicas de monitorização</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Temperatura. <input checked="" type="checkbox"/> Peso. <input checked="" type="checkbox"/> Controlo da ingestão alimentar / função intestinal <input checked="" type="checkbox"/> Sinais e sintomas de infecção, aspiração, ou desidratação, por exemplo. <input checked="" type="checkbox"/> Interações entre fármacos e nutrientes.
<i>Identificação de complicações</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Complicações mecânicas, gastrointestinais ou metabólicas <input checked="" type="checkbox"/> Sistemas de segurança. <input checked="" type="checkbox"/> Sistemas de emergência.
<i>Identificação de sistemas de suporte</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Família e amigos. <input checked="" type="checkbox"/> Grupos ou instituições de suporte.

---

**Quadro 4** – Aspectos do aconselhamento alimentar no domicílio (3)