

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE.
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM GESTÃO DE
REDES

CARTILHA COM ORIENTAÇÕES DE DIETA ENTERAL NO
ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ALVORADA-RS.

LÚCIA MARGARETE ZEFINO

ORIENTADOR: RODRIGO DE OLIVEIRA AZEVEDO

PORTO ALEGRE

2015

LÚCIA MARGARETE ZEFINO

**CARTILHA COM ORIENTAÇÕES DE DIETA ENTERAL NO
ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ALVORADA - RS.**

Projeto de intervenção apresentado como pré-requisito para a conclusão do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes da Escola GHC e IFRS.

Orientador: Rodrigo de Oliveira Azevedo

Porto Alegre, 2015.

RESUMO

A Atenção Domiciliar é um novo modelo de assistência composto por uma equipe multidisciplinar, no qual o cuidado do paciente é compartilhado com familiares e cuidadores. No contexto do domicílio mistura-se equipe, usuário e cuidador. Na visita domiciliar é possível estabelecer, junto aos familiares e aos cuidadores, um suporte mais adequado às necessidades específicas das pessoas, compartilhando cada aspecto do tratamento. Neste conjunto de cuidados, está inserida a terapia nutricional do paciente em uso da dieta enteral, que representa um fator importante no seu prognóstico, demandando de orientações adequadas para o manejo do domicílio. Este trabalho tem como objetivo geral elaborar uma cartilha textual e ilustrada com orientações para usuários, familiares e cuidadores vinculados à atenção domiciliar em relação à oferta da dieta enteral no domicílio no município de Alvorada-RS. Saliencia-se que os problemas e as dúvidas mais frequentes enfrentados pelos familiares e ou cuidadores, relacionados à oferta da dieta enteral domiciliar são a ocorrência de diarreia, náuseas, vômitos, desidratação, complicações com a sonda de alimentação, entre outros. Serão abordados aspectos relacionados ao preparo, armazenamento e administração da nutrição enteral, tal como condições higiênico-sanitárias no domicílio. Essa intervenção ocorrerá através de visitas domiciliares juntamente com a equipe de saúde da atenção domiciliar. Esta cartilha textual e ilustrada visa sanar ao máximo as dúvidas e os problemas que podem surgir no domicílio. Percebe-se, ainda, a importância desta intervenção, pois é mais que qualificar a prestação do cuidado, é proporcionar benefícios que possam minimizar riscos de intercorrências para o paciente.

Palavras - Chave: Atenção Domiciliar, Dieta Enteral e Terapia Nutricional Domiciliar.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD – Atenção Domiciliar

ASGA – Avaliação Subjetiva Global Adaptada

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRC – Doença Renal Crônica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC – Índice de Massa Corporal

NE- Nutrição Enteral

RS – Rio Grande do Sul

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SES – Secretária Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TN – Terapia Nutricional

TND - Terapia Nutricional Domiciliar

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URS- Unidade de Referência em Saúde

VCT- Valor Calórico Total

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 PROBLEMA.....	7
3 JUSTIFICATIVA.....	8
4 OBJETIVOS.....	10
4.1 OBJETIVO GERAL.....	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA	11
5.1 A ATENÇÃO DOMICILIAR.....	11
5.2 DIETA ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	12
5.3 NUTRIÇÃO ENTERAL	13
5.4 TIPOS DE NUTRIÇÃO ENTERAL	14
5.5 COMPLICAÇÕES DA NUTRIÇÃO ENTERAL	14
5.6 ADMINISTRAÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL	15
5.7 HIGIENE, PREPARO E ARMAZENAMENTO DA NUTRIÇÃO ENTERAL	16
6 METODOLOGIA	18
6.1 DELINEAMENTO	18
6.2 LOCAL DE ESTUDO	18
6.3 COLETA DE DADOS.....	18
6.4 ANÁLISE DE DADOS.....	19
6.5 AMOSTRAGEM	19
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	20
7 CRONOGRAMA	21
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	23
9 RESULTADOS ESPERADOS	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICE A	28
APÊNDICE B	29
APÊNDICE C	31
APÊNDICE D	32
ANEXO 1.....	33

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Alvorada, situada na região Metropolitana de Porto Alegre, atualmente, possui uma população de 205.683 mil habitantes, conforme pesquisa do IBGE/2014, sendo que destes, 17.728 é composta de população idosa. As principais causas de óbito são por doenças neoplásicas malignas, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares (IBGE, 2014).

A Rede Municipal constitui-se de 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas Unidades de Referência em Saúde (URS), que constituem a porta de entrada do Sistema de Saúde Municipal. O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município presta assistência aos pacientes fora da área de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de pacientes encaminhados com doenças crônicas incapacitantes e indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outros diagnósticos que necessitem da prestação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Salienta-se, ainda, que a demanda que mais usufrui destes atendimentos é a população idosa, pois quanto mais as pessoas vivem, maior é a oportunidade de prevalência de doenças crônicas que acometem essa faixa etária (SMS, Alvorada, 2015).

Sabe-se, que a AD é um novo modelo de cuidado composto por uma equipe multidisciplinar, no qual o cuidado do paciente é compartilhado com familiares e cuidadores, neste contexto mistura-se trabalhador, equipe e usuário (BRASIL, 2012).

Por outro lado, na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades mais específicas das pessoas, com isso compartilhando com familiares e / ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Desta forma, os indivíduos envolvidos sentem-se mais confortáveis, tranquilos e seguros no acompanhamento da pessoa doente (BRASIL, 2007).

Diante disso, está inserida também a reabilitação nutricional que, na grande maioria dos casos, é afetada de alguma maneira, seja pela desnutrição, internações hospitalares recorrentes, uso de polifarmácia, constipação, desidratação, presença de úlcera de pressão, obesidade, entre outras intercorrências multifatoriais que acometem, pois quaisquer um destes fatores associados às condições clínicas compromete no restabelecimento do indivíduo (BRASIL, 2013).

De acordo com a minha experiência em visitas domiciliares, verifico a importância desta intervenção através da cartilha textual e ilustrada, pois foi possível

observar inúmeras dúvidas de familiares e ou cuidadores relacionados, principalmente, com uso de dieta enteral e as condições no domicílio.

Ao presenciar as dificuldades na falta de informação no início do tratamento do uso da dieta enteral no domicílio, entre familiares e ou cuidadores, vejo a importância de orientá-los e, também ir além, mostrar através desta cartilha textual e ilustrada as etapas necessárias para manipulação, armazenamento e administração da dieta enteral e as condições higiênicas e sanitárias no domicílio. Saliento ainda subsidiar processos de educação em saúde para os profissionais vinculados ao SAD. Enfim, oferecer informações mais adequadas para oferta da dieta enteral de forma a garantir a qualidade nutricional, otimizando assim o estado nutricional dos pacientes.

Diante da crescente demanda de pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar, este trabalho tem por objetivo elaborar uma cartilha textual e ilustrada com orientações para usuários, familiares e cuidadores vinculados à atenção domiciliar em relação à oferta da dieta enteral no domicílio no município de Alvorada-RS.

2. PROBLEMA

Quais são as dificuldades e as dúvidas mais frequentes enfrentadas pelos familiares e cuidadores de usuários vinculados ao (SAD) relacionados à oferta da dieta enteral no domicílio no município de Alvorada / RS?

3. JUSTIFICATIVA

De acordo com experiências que vivenciei durante um período de três anos que trabalhei compondo a equipe do SAD no município de Sapucaia do Sul, e segundo relatos dos profissionais que compõem o SAD do município de Alvorada e visita realizada para conhecer o serviço neste município, foi possível perceber inúmeras situações em comum no que tange à oferta da dieta enteral no domicílio.

Existem inúmeras dúvidas quanto ao tratamento do paciente em uso de dieta enteral. Como por exemplo: “o leite da caixa por si só alimenta de forma suficiente”? “Pode-se colocar outro tipo de alimento na mamadeira?” “Devo aquecer por quanto tempo antes de administrar?” “Como devo higienizar os frascos e equipos?” “Posso reutilizar os frascos e equipos por quanto tempo?” “Se entupir (obstruir) a sonda devo chamar o médico?” “Posso guardar na geladeira por quanto tempo?” “Se estiver em falta no Estado (SES / RS), eu não tenho recurso (dinheiro) para comprar, o que eu posso colocar para substituir?” “Por quanto tempo ele vai ficar se alimentando assim?” “Posso dar alimentos (e ou água) pela boca também?” Entre tantos outros questionamentos.

As dificuldades acima citadas foram observadas, principalmente, relacionadas ao cuidado prestado pelos familiares e ou cuidadores. Entretanto, são situações compreensíveis, pois na sua grande maioria são pessoas que não possuem formação técnica, e que estão se deparando com esta nova situação de cuidado com ampla complexidade. Existe, ainda, neste conjunto de situações o lado afetivo, emocional e a sobrecarga da responsabilidade por não ter com quem compartilhar no dia a dia.

No entanto, essas dificuldades que, para os profissionais (equipe de AD), na sua maioria são vistas como simples, já para estes indivíduos podem gerar graves riscos que pode comprometer a recuperação da saúde do paciente no domicílio. Neste caso, vivenciamos a compreensão equivocada nas orientações de alta hospitalar ou em unidades de saúde, sendo percebida a insegurança na administração da dieta enteral, o estresse do cuidador, o cuidado higiênico sanitário tanto no referencial de utilização de utensílios e equipamentos, como nas etapas de administração.

Todavia, a importância desta intervenção é muito mais que qualificar a prestação do cuidado, é proporcionar benefícios que possam minimizar riscos de

intercorrências para o paciente, evitar infecções, diarreias, hospitalizações recorrentes, além de outras relacionadas com as situações já mencionadas.

Salienta-se, ainda, que o propósito deste trabalho é elaborar uma cartilha textual e ilustrada com orientações para usuários, familiares e cuidadores vinculados à AD em relação à oferta da dieta enteral no domicílio no município de Alvorada - RS.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma cartilha textual e ilustrada com orientações para usuários, familiares e cuidadores vinculados à AD em relação à oferta da dieta enteral no domicílio no município de Alvorada /RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as dificuldades nos processos inerentes ao preparo, ao armazenamento e à administração da dieta enteral no domicílio.
- Promover boas práticas de manipulação e armazenamento da dieta enteral no domicílio.
- Adaptar as orientações higiênico-sanitárias da legislação vigente na realidade do ambiente domiciliar para atender a segurança alimentar.
- Reduzir complicações relacionadas à qualidade da dieta enteral.
- Otimizar o estado nutricional dos pacientes assistidos a partir da oferta segura da alimentação enteral.
- Subsidiar processos de educação em saúde para profissionais vinculados ao SAD, pacientes, familiares e cuidadores.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A ATENÇÃO DOMICILIAR

No Brasil, os serviços de AD surgiram na década de 1960, porém tiveram sua expansão maior na década de 1990, fazendo com que houvesse necessidade de regulamentação para o seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Com a institucionalização do SUS, a partir da Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990), foram surgindo estratégias para ser implantadas e consolidadas neste novo modelo de cuidado. Já na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para atenção no âmbito do domicílio (CARVALHO, 2009).

No entanto, a maioria das experiências brasileiras em AD foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, e não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. O intuito sugestivo neste caso era humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente, além de diminuir os custos de hospitalização e racionalizar os recursos assistências (ARAÚJO, 2000).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº2.529 / 2006, que instituiu no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidado acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006).

Esta Portaria foi revogada pela Portaria nº 2.527/ 2011, que redefine a AD e propõe mudanças no texto como: estabelece normas de cadastro dos SAD, suas equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multidisciplinares de apoio (EMAP) e habilitação dos serviços dos estabelecimentos de saúde aos quais estarão vinculados, regras de habilitação e valores de incentivo (BRASIL, 2012).

Somente em 2011 foi lançado o Programa Melhor em Casa, que além das modalidades específicas, também fortalece o conceito que integra uma rede de

Atenção à Saúde, contribuindo para a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção (BRASIL, 2012).

Assim, o trabalho da equipe de AD deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional com uma abrangência integral de forma que possa impactar sobre os inúmeros fatores que interferem no processo saúde-doença. Além disso, precisa respeitar as peculiaridades das relações familiares e valorizar as características do âmbito familiar de cada indivíduo (BRASIL, 2012).

A equipe é a referência do cuidado produzido pelo conjunto de trabalho desempenhado por todos. Todavia, os profissionais devem estar preparados para enfrentar várias situações, que vai muito além das questões corriqueiras dos hospitais e unidades de saúde. O atendimento domiciliar envolve estar dentro do ambiente do paciente, envolver-se no seu meio (conhecer), seus vínculos familiares, adaptar-se ao tratamento, às questões socioeconômicas, entre tantas outras situações complexas do cotidiano que acabam interferindo na recuperação deste paciente (BRASIL, 2013).

É nesse sentido que os cuidados no domicílio apresentam grande potencial para que equipes de saúde consigam trabalhar os diferentes aspectos (clínicos, sociais, culturais e afetivos) que se relacionam com o estado de saúde do indivíduo (BRASIL, 2015).

As ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde trazem um escopo amplo de objetivos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não focando somente na assistência, mas utilizando também estratégias para a educação e tendo como uma das finalidades o aumento do grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares (BRASIL, 2012).

5.2 DIETA ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A terapia nutricional domiciliar permite que o paciente volte para sua casa e receba tratamento num ambiente familiar, confortável e seguro, além de reduzir o tempo de internação hospitalar (WAITZBERG, 2009).

Dentre esses cuidados está inserida a abordagem nutricional, pois para recuperação do paciente é fundamental que as necessidades protéico-calóricas, assim como as de vitaminas e minerais, estejam adequadas para recuperação do sistema imunológico e da saúde (WAITZBERG, 2009).

Assim, a utilização de via alternativa de alimentação e o conjunto de restrições alimentares podem interferir, em maior ou menor grau de intensidade, na rotina e hábitos de vida do indivíduo e de sua família, no seu convívio social e na sua capacidade produtiva, entre outros aspectos. (BRASIL, 2015).

Segundo Van Aanholt et al., (2012), para selecionar os candidatos a terapia nutricional domiciliar, alguns fatores devem ser avaliados, tais como: se o domicílio fornece condições de higienização e manipulação de dieta, local apropriado para o armazenamento, água potável, luz elétrica e outros.

Conforme Moreira et al, (2010), a terapia nutricional domiciliar tem a finalidade de melhorar ou manter o estado nutricional dos pacientes, com conseqüente impacto na qualidade de vida dos mesmos e redução de custos aos serviços de saúde.

5.3 NUTRIÇÃO ENTERAL

A terapia nutricional enteral é um método simples, seguro e eficaz, que ajudará a manter e ou recuperar o estado nutricional de forma adequada, com uma melhor qualidade de vida (COSTA et al., 2013).

Quando a via alimentar pela boca é impossível ou insuficiente, as necessidades nutricionais podem ser satisfeitas por meio da nutrição enteral (DREYER et al., 2011).

O tipo de sonda mais utilizado em pacientes no domicílio é a sonda nasoenteral que é posicionada pelo nariz até o estômago ou até o intestino delgado. Também, pode ser utilizada uma gastrostomia, que consiste em uma sonda colocada diretamente no estômago através de procedimento cirúrgico na parede abdominal ou ainda uma jejunostomia, colocada da mesma forma no intestino (DREYER et al., 2011).

Contudo, é possível definir a Nutrição Enteral (NE) como: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou

domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (MOREIRA et al., 2010).

5.4 TIPOS DE NUTRIÇÃO ENTERAL

Os tipos de NE, mais utilizados no domicílio são as fórmulas manipuladas e as industrializadas. A manipulada é uma dieta que você prepara em sua casa, com alimentos, geralmente, utilizados na alimentação habitual da família (leite, açúcar, óleo, arroz, frutas, verduras, feijão, ovo, carne, etc.), que devem ser cozidos, liquidificados e coados (DREYER et al., 2011).

A dieta industrializada é comercializada nas versões em pó, que deve ser diluída em água (mineral ou fervida), e líquida, pronta para o uso, com apresentações de produtos prontos para situações metabólicas específicas. Em ambas as situações, a dieta deve fornecer todos os nutrientes necessários para atender os requerimentos nutricionais e para manutenção da saúde. (MANDARINO et al., 2011).

5.5 COMPLICAÇÕES DA NUTRIÇÃO ENTERAL

As complicações que podem ocorrer com pacientes em uso de dieta enteral domiciliar são: obstrução da sonda, diarreia, constipação intestinal, náuseas, vômitos, dor abdominal, dor na infusão de dieta, febre, presença de edemas, sangramento, saída total ou parcial da sonda, ferida ou irritação da pele ao redor da sonda, vazamentos importantes ao redor da sonda em casos de gastrostomia e jejunostomia (DREYER et al., 2011).

No entanto, uma das principais complicações percebidas no uso de dieta enteral é a contaminação das fórmulas que pode estar associada a complicações infecciosas, sendo a diarreia a mais frequente, além de causar outros distúrbios gastrintestinais e também progredir para situações mais graves principalmente em pacientes imunodeprimidos (CARVALHO et al., 2010).

Os episódios de diarreia são caracterizados pela ocorrência de três ou mais evacuações líquidas por dia. Podem ser causados pelo rápido gotejamento da dieta; dieta muito fria; alguns tipos de medicamentos e más condições de higiene no preparo da dieta e na conservação da mesma (COSTA et al., 2013).

Em casos de diarreia devem ser seguidas às seguintes condutas: reduzir o volume da dieta pela metade; passar a dieta em temperatura ambiente; administrar água e chá sem açúcar; administrar com o gotejamento mais lento (MANDARINO et al., 2011).

A obstrução da sonda pode ter como possíveis causas à lavagem inadequada, medicamentos aderidos à sonda e período de uso acima do recomendado para fazer a troca da mesma. Já a ocorrência de constipação intestinal é muito comum em pacientes acamados e que estejam utilizando dieta enteral, devido à desidratação (MANDARINO et al., 2011).

Para solucionar problemas como entupimento da sonda deve ser feito o seguinte processo: injetar lentamente, com ajuda de uma seringa, 50ml de água filtrada e fervida (BENTO et al., 2010).

Se o paciente está com dificuldades para evacuar deve ser ofertado 300ml por dia de suco de frutas (laranja, mamão ou ameixa seca); módulos de fibras e aumentar o volume de administração de água (BENTO et al., 2010).

Entretanto as causas de náuseas e vômitos podem ser devido as posições incorreta do paciente na cama ou da sonda, o gotejamento rápido da dieta e a administração de grande volume de dieta no mesmo horário (BENTO et al., 2010).

Não sanando as complicações com as medidas adotadas, recomenda-se procurar a unidade básica de saúde ou a equipe que acompanha o paciente.

5.6 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

A NE é administrada ao paciente por meio de uma sonda, que é um tubo fino, macio e flexível, posicionado via nasal / oral ou implantada no estômago, duodeno ou jejuno.

A administração da dieta enteral requer equipamentos e utensílios adequados conforme descrição abaixo:

- Um frasco (ou bolsa) apropriado para a dieta, com a quantidade a ser administrada no horário, em temperatura ambiente;
- Um copo com água filtrada e fervida, em temperatura ambiente;
- Um equipo macrogotas;

- Um suporte de soro ou um gancho, para pendurar o frasco (aproximadamente 30cm acima da cabeça);
- Uma seringa de 20ml ou 60ml.

O modo de administração da dieta enteral deve ser padronizado para reduzir intercorrências:

- Conectar o equipo ao frasco, pendurar o frasco no gancho, abrir a pinça ou roleta para encher o equipo de dieta e, em seguida, fechar a roleta;
- Aspiar 20ml de água com a seringa e injetar na sonda para limpá-la internamente;
- Conectar o equipo à sonda, abrir a pinça ou roleta, regulando o gotejamento; a dieta deverá pingar gota a gota, de 60 a 80 gotas por minuto;
- Enquanto receber a dieta o paciente deve estar sentado ou deitado com um encosto. Mantendo as costas elevadas em ângulo de 30° a 45° graus e deve permanecer nesta posição por 30 minutos após o término da dieta.
- A administração da dieta enteral levará de 45 minutos a 2 horas dependendo do volume;
- Ao término da dieta, injetar na sonda, com a seringa, 20ml a 40ml de água;
- Fechar a sonda com a sua tampa;
- Lavar o frasco e o equipo com água e detergente, secar e guardar num recipiente fechado, de preferência na geladeira (DREYER et al., 2011; MANDARINO et al., 2011).

5.7 HIGIENIZAÇÃO, PREPARO E ARMAZENAMENTO DA NUTRIÇÃO ENTERAL

A higiene pessoal do cuidador (pessoa responsável pelo preparo da dieta / alimentação do paciente) deve contemplar os seguintes aspectos: usar cabelos presos; usar roupas limpas durante o preparo da dieta; manter as unhas curtas e limpas; lavar bem as mãos e antebraços (região do punho até o cotovelo) com água e sabão massageando uma mão com a outra por no mínimo um minuto; secar as mãos com toalha limpa ou toalha de papel; não fumar, tossir, falar e espirrar durante o preparo da dieta (SILVA Jr, 2014; RDC, 216 / 2004).

Na preservação da higiene do ambiente deve-se manter pias, bancadas, mesas e chão sempre limpos para o preparo da dieta, evitando o acúmulo de louças

sujas, e a presença de animais domésticos dentro da cozinha. Considerar o uso de lixeiras com pedal e tampas, e sempre o uso de sacos plásticos para a coleta dos resíduos (RDC, 216 / 2004).

No preparo preferir os utensílios de material liso, resistente e de fácil limpeza, separar os ingredientes e os utensílios antes de começar a preparação da dieta enteral. Higienizar as embalagens de todos os alimentos industrializados com solução de álcool antes de utilizá-los (RDC, 216 / 2004).

A dieta deve ser preparada e consumida pelo paciente no mesmo dia, colocando as dietas nos frascos e fechando-os, conservando-os na geladeira na prateleira de cima, em recipiente fechado. Retirar de 15 a 20 minutos antes de administrar. Ressalta-se que a dieta enteral nunca deve ser congelada. O frasco de dieta não deve ser aquecido, pois o calor pode alterar a composição nutricional da mesma (MANDARINO et al., 2011).

No armazenamento dos alimentos deve-se observar a data de validade dos mesmos, bem como a integridade das embalagens. Recomenda-se armazenar os alimentos não perecíveis e a dieta industrializada em local arejado e seco, separados de produtos de limpeza, sujeira e poeira. Considerar o acondicionamento dos produtos perecíveis na geladeira em temperatura adequada. (BENTO et al., 2010; MANDARINO et al., 2011).

Salienta-se que as ideias de higienização pessoal, higiene do ambiente e a organização no preparo não se relacionam com o propósito de transformar a casa do paciente em um ambiente parecido com o do hospital, porém orientar sobre as formas atualmente preconizadas para se minimizarem os riscos de intercorrências relacionados ao uso de dieta enteral na AD.

6. METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO

Será realizado um estudo descritivo com pacientes em acompanhamento no SAD do município de Alvorada no ano de 2016.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado através de visitas domiciliares, juntamente com a equipe multiprofissional de AD, que tem sede situada em uma sala na Secretaria de Saúde do Município de Alvorada- RS.

6.3 COLETA DE DADOS

Durante a intervenção serão realizadas 3 visitas domiciliares a cada paciente do estudo. A coleta de dados será realizada através de entrevista semi estruturada, utilizando roteiro de perguntas conforme apêndice A. A primeira visita deverá ocorrer imediatamente após a alta hospitalar, pois nesse momento as dúvidas estarão latentes e as intervenções ainda foram mínimas pelos profissionais da equipe de AD e pelos cuidadores e familiares. Nessa visita será aplicado um instrumento de Avaliação Nutricional para realizar o diagnóstico nutricional, que tem como título Avaliação Subjetiva Global Adaptada (ASGA), conforme apêndice B. Os dados antropométricos utilizados serão peso, altura, circunferência do braço e altura do joelho, que serão mensurados com os seguintes materiais: estadiômetro, fita métrica inelástica e balança portátil.

Após a cartilha elaborada, a mesma será apresentada para a equipe de AD do município de Alvorada / RS, e agendadas as segundas visitas nos domicílios para realizar a entrega dessa cartilha aos familiares, cuidadores e ou responsáveis pelo paciente. Nessa segunda visita, será efetuado o acompanhamento nutricional, conforme apêndice C. Saliento que os dados coletados na ASGA serão utilizados também para o preenchimento da primeira visita utilizando o apêndice C.

Após as entregas e orientações das cartilhas será agendada uma terceira visita no período mínimo de 30 dias, para mensurar a incidência das complicações relacionadas à oferta da dieta enteral.

Será utilizado, ainda, um roteiro observacional, elaborado seguindo alguns critérios, conforme RDC nº 275/2002, considerando que o presente estudo irá abordar itens relevantes no domicílio, conforme a Portaria nº 518/2004. Para a elaboração do apêndice D foi utilizado o referencial que trata das condições higiênico sanitárias e estruturais adaptado ao ambiente domiciliar (ABREU, 2011; RDC 216 / 2004).

Após a elaboração da cartilha a mesma será disponibilizada através de arquivo eletrônico que será enviado por e-mail, para ser implementada pela equipe de AD do município de Alvorada / RS.

6.4 ANÁLISE DE DADOS

Para análise de dados das entrevistas será utilizado o método de categorização. Sugerem-se, as seguintes categorias de análise: armazenamento, preparo, administração, complicações relacionadas à dieta, estado nutricional, processo de educação em saúde. No entanto, à medida que o estudo for sendo desenvolvido, outras categorias de análise poderão ser propostas. Os dados serão analisados pela frequência simples dos itens observados.

6.5 AMOSTRAGEM

A amostragem será verificada por saturação teórica. A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual empregada nas investigações qualitativas, e usado para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo. O fechamento amostral por saturação teórica é, operacionalmente, definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA et al., 2008).

Os critérios de inclusão para esta intervenção serão de pacientes em atendimento pela equipe de AD do município de Alvorada em uso de dieta enteral domiciliar com cuidador e ou familiar responsável pelo cuidado.

Os critérios de exclusão serão de pacientes em acompanhamento com a equipe de AD do município de Alvorada que não fazem uso da dieta enteral.

Os convites para a participação da pesquisa acontecerão no momento das visitas domiciliares. Os cuidadores ou familiares serão convidados a participar através de um questionário semi estruturado e também após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeitará as orientações da resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A qualquer momento da realização desse estudo, qualquer participante pesquisado poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários. Qualquer participante selecionado poderá recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos. O sigilo das informações será preservado através de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados. Especificamente, nenhum nome, identificação de pessoas ou de locais interessa a esse estudo. Todas as informações desta intervenção serão usadas somente para o desenvolvimento deste trabalho.

7 CRONOGRAMA

A seguir o plano de realização das atividades necessárias para realização dessa intervenção.

Atividade	Período																
	Mai 2015	Jun 2015	Jul 2015	Ago 2015	Set 2015	Out 2015	Nov 2015	Dez 2015	Jan 2016	Fev 2016	Mar 2016	Abr 2016	Mai 2016	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Set 2016
Revisão bibliográfica	X	X	X	X													
Elaboração do trabalho					X	X	X	X	X								
Entrega do trabalho									X								
Apresentação do trabalho									X								
Encaminhamento a SMS de Alvorada										X							
1ª visita Coleta de dados											X	X					
Análise dos dados													X				

8- RECURSOS NECESSÁRIOS

A aquisição de todos os materiais utilizados será de responsabilidade da pesquisadora. O estudo não trará nenhum custo adicional para a Instituição de ensino e ao SAD de Alvorada / RS.

ITENS A SEREM FINANCIADOS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL (R\$)
Notebook Samsung	1	1.499,00	1.499,00
Folhas Brancas tamanho A4	1500	0,05	75,00
Caneta Esferográfica	4	1,85	7,40
Lápis	4	1,15	4,60
Borracha	2	1,20	2,40
Fotocópias	200	0,20	40,00
Cartucho de tinta para impressora	3	52,00	156,00
Pen drive 8GB	1	19,90	19,98
Design gráfico e artes visuais	1	80,00	80,00
Custo para produção inicial	100	0,55	550,00
Antropômetro	1	400,00	400,00
Balança portátil	1	80,00	80,00
Fita métrica	1	60,00	60,00
Total			2.974,38

Autora do trabalho: Lúcia Margarete Zefino.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Será possível, através da elaboração da cartilha, auxiliar na otimização da forma de abordagem das orientações fornecidas e propor também orientações textuais e ilustrativas, que possam esclarecer as dúvidas relacionadas à oferta da dieta enteral e a importância do cuidado no domicílio, tanto para os cuidadores quanto para os profissionais de saúde da equipe AD, minimizando complicações oriundas dessa terapia.

Espera-se, que esta cartilha venha contribuir na adequação de normas técnicas da legislação vigente, referente às boas práticas de manipulação de alimentos, segurança alimentar, incluindo a administração da dieta enteral, à realidade domiciliar.

Com a orientação correta da dieta enteral, almeja-se restabelecer o estado nutricional dos pacientes acompanhados pela equipe de atendimento domiciliar do município, à medida que as orientações nutricionais sejam acatadas pelos cuidadores, familiares e profissionais de saúde.

Essa cartilha será confeccionada a partir da observação da realidade dessa população específica, que são pacientes em atendimento domiciliar no município de Alvorada / RS, sendo esse um diferencial das demais cartilhas já existentes, pois serão considerados aspectos inerentes a essa demanda em particular.

REFERÊNCIAS

ABREU, Edeli Simioni de; Spinelli, Monica Glória Neumann; Pinto, Ana Maria de Souza. **Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição: um modo de fazer**. 4.ed – São Paulo: Editora Metha, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 63, de 6 de julho de 2000. **Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, 7 jul. 2000.

ANVISA. Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002. **Dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores / industrializadores de alimentos e a lista de verificação de Boas Práticas de fabricação em estabelecimentos produtores / industrializadores de alimentos**. Diário oficial da União, Brasília, 21 out. 2002.

ANVISA. Portaria nº 518, de 25 de março de 2004. **Procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para o consumo humano e seu padrão de potabilidade**. Diário oficial da União, Brasília, 26 mar. 2004.

ANVISA. Resolução RDC nº 216, de setembro de 2004. **Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação**. 3ª edição – Brasília, 15 set. 2004.

ARAUJO, M.R.N.et al. **Saúde da Família: Cuidado no Domicílio**. Ver. Bras. Enferm., Brasília, v.53, p.177-122, dez. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília - DF, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em Casa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.: il . (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Melhor em Casa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.: il . (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 2).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v.: il . (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3).

BRASIL. Lei nº 8080 de 19/09/1990. **Dispõe sobre as condições para a formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos**

serviços correspondentes e de outras providências. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990.

BENTO, A.P.L.; JUNIOR, A.A.J.; GARCIA, R.W.D.; **Manual do paciente em terapia nutricional enteral domiciliar.** CGPAN. p.5-7. Acesso em: 02 nov. 2015.

CARVALHO, A. M. R., OLIVEIRA, D. C. , MARTINS, B. C. C., VIEIRA, V. M. S. S. SILVA, L. I. M. M. , PONCIANO, A. M. S., FONTELES, M. M. F. **Análise da prescrição de pacientes utilizando sonda enteral em um hospital universitário do Ceará.** Rev Brasil. Hosp. Serviço de Saúde São Paulo. V. 1, n. 1, p. 17-21, 2010.

CARVALHO, Luis Claudio de. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

COSTA, B.C., CARVALHO, D.R., NOGUEIRA, L.D.P. **Administração da Nutrição Enteral,** Unifafibe, Bebedouro – SP, 2011.

DREYER et al. **Nutrição Enteral Domiciliar: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda,** Unicamp, 2ª edição, Campinas- SP, 2011.

DETSKY, A. S. **Nutritional status assessment: does it prove diagnostic or prognostic information?.** Nutrition, v. 7, p. 37-38, 1991.

DETSKY, A. S., et al. **Evaluating the accuracy of nutritional assessment techniques applied to hospitalized patients: methodology and comparisons.** Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, v. 8, n. 2, p. 153-158, 1984.

DETSKY, A. S., et al. **What is subjective global assessment of nutritional status?.** Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, v. 11, p. 8-13, 1987.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicação das normas da ABNT.** 13. Ed. Porto Alegre: s.n., 2004.

FONTANELLA, B.J.B., RICAS, J., TURATO, E.R. **Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: Contribuições Teóricas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (1): 17-27, Jan, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª. Edição. São Paulo: Atlas, 2002. p.86.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde.** Rio de Janeiro: IBGE: 2014.

MANDARINO, A.P.G; Bordin, A.B; Oliveira, A.C.L; et al. **Cartilha do Paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.** Curitiba – Paraná. 2ª edição, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade.** Rio de Janeiro – RJ: Editora Vozes, 2010.

MOREIRA, S.P.L; Galvão,N.R.L.; Fortes, R.C; Zaban, A.L.R.S **Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica** .Com. Ciências Saúde. 2010; 21(4):309-318.

Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (caderno de Atenção Básica nº19).

SILVA Jr, E.A. **Manual de Controle Higiênico-Sanitário em Alimentos**. 7ª Ed. São Paulo: livraria Varela, 2014.

Van Aanholt DPJ, Dias MCG, Marin MLM, Silva MFB, Cruz MELF, Fusco SRG, Souza GM, Schieferdecker MEM, Rey JSF. Projeto Diretrizes, **Terapia Nutricional Domiciliar**. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(4):408-411.

Waitzberg, Dan Linetzky. **Nutrição oral, enteral, parenteral na prática clínica**. 4ª. Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista semi estruturada

- 1- Você poderia descrever as orientações que vocês receberam em relação à dieta enteral no momento da alta hospitalar?
- 2- Qual dificuldade encontrada na realização do preparo e administração da dieta enteral no domicílio?
- 3- Quais são as dúvidas que vocês ainda têm em relação ao uso da dieta?
- 4- Estão seguindo as orientações fornecidas na unidade de saúde (hospital, UBS e Unidade de Pronto Atendimento) ou assumiram outra conduta?
- 5- Quais foram os profissionais de saúde que prestaram orientações após a passagem da sonda?
- 6- Atualmente, como vocês estão armazenando a dieta?
- 7- Como vocês estão fazendo o preparo?
- 8- Como vocês estão fazendo a administração?
- 9- Como vocês estão higienizando o material utilizado para administrar a dieta enteral?
- 10- O paciente apresentou alguma complicação de saúde relacionada à dieta enteral?

APÊNDICE B

FICHA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL ADAPTADA (ASGA)

1- IDENTIFICAÇÃO: DATA:

2- INQUERITO ANTROPOMÉTRICO

PESO ATUAL: ALTURA: IDADE:

PESO IDEAL: IMC:

PESO HABITUAL: PP%:

(1) Se menor que 10% (2) se maior que 10%

(1) Perdeu peso nos últimos 6 meses () sim () não

(1) Continua perdendo peso atualmente () sim () não

TOTAL PARCIAL DOS PONTOS:

3- SINTOMAS GASTROINTESTINAIS (por mais de 2 semanas)

(1) Vômito (1) Náuseas (1) Flatulência

(1) Diarréia (1) Disfagia e / ou odinofagia (1) Constipação

(2) Anorexia / distensão ou dor abdominal

TOTAL PARCIAL DOS PONTOS:

4- INQUÉRITO DIETÉTICO

Intolerância / tabus e /ou aversões alimentares:

Alergias alimentares:

5- VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

Dieta: () VO () TNE+VO () TNE EXCLUSIVA () TNE+TPP

Via de acesso Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia

() Jejunostomia

Fracionamento da dieta:

Volume Total/ dia:

VCT:

TOTAL PARCIAL DOS PONTOS:

6- ENFERMIDADES CRÔNICAS:

() DM Tipo I () Tipo II () () HAS () DRC () ICC

() Alzheimer () Parkinson () DPOC () IC () AVC

() Demência Senil () Dislipidemia () Obesidade

() Intolerâncias: () Glúten () Lactose () Sacarose

Outras enfermidades:

(1) Baixo stress (2) Médio stress (3) Alto stress

TOTAL PARCIAL DOS PONTOS:

7- INQUÉRITO CLÍNICO:

- () Perda de gordura subcutânea (tríceps, tórax)
- () Perda muscular
- () Edema sacral
- () Edema de tornozelo
- () Ascite

Exame físico:

(0) Normal (1) Leve ou moderadamente depletado (2) Gravemente depletado

TOTAL PARCIAL DOS PONTOS:

8- CAPACIDADE FUNCIONAL (por + de 2 semanas)

(1) Abaixo do normal (2) Acamado

TOTAL PARCIAL DOS PONTOS:

9- EXAMES BIOQUÍMICOS:

10-MEDICAMENTOS EM USO (TIPO):

❖ **PERFIL NUTRICIONAL**

- () Eutrofia – Até 7 pontos
- () Desnutrição leve > 7- 17 pontos
- () Desnutrição moderada > 17- 22 pontos
- () Desnutrição grave > 22 pontos

❖ **CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) PARA IDOSOS (≥ 60 ANOS)**

IMC (Kg/m²)	Diagnóstico Nutricional
≥ 27	Sobrepeso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≤ 22	Baixo Peso

11- CONDUTA DIETOTERAPICA:

APÊNDICE C
FICHA DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

NOME:

ENDEREÇO:

IDADE:

SEXO:

	1ª VISITA	2ª VISITA	3ª VISITA	OBSERVAÇÕES
PESO				
ALTURA				
ALTURA DO JOELHO				
CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO				
TIPO DE DIETA				
HORÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO				
LÍQUIDOS ADMINISTRADOS				
VÔMITOS				
DIARRÉIA				
NÁUSEAS				
COMPLICAÇÕES COM A SONDA				
VALOR ENERGÉTICO TOTAL (KCAL / DIA)				
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL				

APÊNDICE D

Roteiro observacional, elaborado seguindo alguns critérios técnicos, que será utilizado em todas as visitas domiciliares durante o presente estudo. Este irá abordar itens relevantes no domicílio.

Infra-estrutura / Conduta	Conformidades		Observação
	Sim	Não	
Portas			
Janelas			
Paredes			
Pisos			
Forros e tetos			
Luminária			
Instalações sanitárias			
Higiene pessoal			
Higiene de equipamentos			
Higiene de utensílios			
Instalações sanitárias			
Água tratada			
Luz elétrica			
Saneamento básico			
Armazenamento			
Manipulação			
Administração			

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a)

Gostaríamos de convidá-lo a participar do PROJETO DE INTERVENÇÃO, CARTILHA COM ORIENTAÇÕES DE DIETA ENTERAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ALVORADA - RS, que tem como objetivo Elaborar uma cartilha textual e ilustrada com orientações para usuários, familiares e cuidadores vinculados à atenção domiciliar em relação à oferta da dieta enteral no domicílio no município de Alvorada.

A pesquisa, utilizando a metodologia para elaboração da Cartilha será através de entrevista semi estruturada, consistirá na realização de questionários (procedimentos utilizados: entrevistas, entrevistas registradas por gravações de uso de celular), junto aos participantes do estudo e posterior análise dos dados: categorização. Será conduzida dessa forma, pois pretendemos compreender por saturação a amostragem, esperando contribuir através de a cartilha auxiliar para melhorar a forma de abordagem nas orientações fornecidas e propor também orientações textuais e ilustrativas, que possam esclarecer as dúvidas relacionadas à oferta da dieta enteral e a importância do cuidado.

Trata-se de um Projeto de intervenção para orientação de trabalho de conclusão. Desenvolvido por LÚCIA MARGARETE ZEFINO orientado pelo RODRIGO DE OLIVEIRA AZEVEDO, do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes da Escola GHC e IFRS.

A qualquer momento da realização desse estudo qualquer participante / pesquisado ou o Domicílio envolvido poderá receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários. Qualquer participante selecionado (a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos. O sigilo das informações será preservado através de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados. Especificamente, nenhum nome, identificação de pessoas ou de locais interessa a esse estudo. Todas as informações desta intervenção serão usadas somente para o desenvolvimento deste trabalho, não sendo utilizados para qualquer fim comercial.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que assine este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo. Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta intervenção, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

 LUCIA MARGARETE ZEFINO
 Pesquisador (a)
 Especialização em Atenção Domiciliar
 com Ênfase em redes GHC/IFRS

 RODRIGO DE OLIVEIRA
 AZEVEDO
 Orientador GHC/IFRS

Eu, _____,
 assino o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os objetivos e condições da realização da pesquisa CARTILHA COM ORIENTAÇÕES DE DIETA ENTERAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ALVORADA - RS, permitindo, também, que os resultados gerais deste estudo sejam divulgados sem a menção dos nomes dos pesquisados.

Alvorada, _____ de _____ de 201__.

 Assinatura do Pesquisado/da
 Pesquisada

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos, entrar em contato com os responsáveis pelo estudo:

e-mail: _nutri.lucia@yahoo.com.br_

Telefone: (51) 98897390 / (51) 84801774

Comitê de Ética SMS Alvorada: (51) 34838511 (51) 34118003