

Unidade de treinamento para desospitalização: uma abordagem nutricional para pacientes de um hospital pediátrico de Salvador, Bahia

Training unit for de-hospitalization: a nutritional approach for patients at a pediatric hospital in Salvador, Bahia

DOI: 10.37111/braspenj.2022.37.4.13

Rogério dos Santos e Santos¹
Greice Milena Sant'Ana Reis²
Valdira da Silva Santos³
Jéssica Suelen Galiza Santana⁴
Tamires de Jesus Silva⁵

Unitermos:

Terapia Nutricional. Serviço de Assistência Domiciliar. Paralisia Cerebral. COVID-19.

Keywords:

Nutrition Therapy. Home Care Services. Cerebral Palsy. COVID-19.

Endereço para correspondência:

Rogério dos Santos e Santos
Rua Politeama, 35 - ap 405, bloco 9 - Condomínio Parque Fonte das Águas - Subaé - Feira de Santana, BA, Brasil - CEP 44149-999
E-mail: rogeriomirror19@gmail.com

Submissão:

10 de outubro de 2022

Aceito para publicação:

6 de dezembro de 2022

RESUMO

Introdução: A paralisia cerebral (PC) é caracterizada por alterações neurológicas permanentes e progressivas, que por diversas vezes ocasionam disfunções alimentares, gerando uma redução da ingestão de calorias e nutrientes necessários para manutenção do estado nutricional, cujos portadores são constantemente submetidos a gastrostomia. O nutricionista tem papel fundamental na construção de conceitos sobre alimentação saudável, nos processos de escolha, higienização, armazenamento, preparo e oferta da dieta para essas crianças gastrostomizadas.

Método: Trata-se de um relato de experiência da vivência de nutricionistas, no período de 2 meses em um hospital filantrópico pediátrico situado em Salvador/BA, com o objetivo de relatar rotinas, condutas e treinamentos nutricionais em uma unidade de terapia para desospitalização pediátrica, visando à segurança alimentar e nutricional pós alta hospitalar. **Resultados:** As estratégias adotadas possibilitaram aos cuidadores maior percepção quanto à necessidade e à importância das práticas de higiene diária, habitualmente negligenciadas. **Conclusões:** É de extrema importância o planejamento dietoterápico para desospitalização, tendo em vista o contato dos cuidadores com a via de alimentação alternativa, podendo acarretar riscos nos processos de preparo e oferta, assim como na qualidade nutricional da dieta, caso o cuidador não tenha instrução adequada.

ABSTRACT

Introduction: Cerebral palsy (CP) is characterized by permanent and progressive neurological changes, which often cause eating disorders, leading to a reduction in the intake of calories and nutrients needed to maintain the nutritional status, being constantly submitted to gastrostomy. The nutritionist has a fundamental role in the construction of concepts about healthy eating, in the processes of choice, hygiene, storage, preparation and supply of the diet for these children with gastrostomy. **Methods:** This is an experience report of the experience of nutritionists, in a period of 2 months in a pediatric philanthropic hospital located in Salvador/BA, with the objective of reporting routines, behaviors and nutritional training in a therapy unit for pediatric dehospitalization, aiming at food and nutritional security after hospital discharge. **Results:** The adopted strategies enabled caregivers to have a greater perception of the need and importance of daily hygiene practices, which are usually neglected. **Conclusions:** It is extremely important to plan a therapeutic diet for hospitalization in view of the caregiver's contact with the alternative feeding route, which may entail risks in the preparation and supply processes, as well as in the nutritional quality of the diet if the caregiver does not have adequate instruction.

1. Nutricionista pela Faculdade São Salvador (FSS), Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Alimento Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGANS/UFBA), Especialista sob a forma de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente (HMG/UNIFACS), Nutricionista da equipe multiprofissional de terapia nutricional do Hospital Estadual da Criança, Feira de Santana, BA, Brasil.
2. Nutricionista Clínica do Hospital Martagão Gesteira; Mestranda em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição, Salvador, BA, Brasil.
3. Nutricionista pelo Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE). Residente em Nutrição Clínica com ênfase em Pediatria e Terapia Intensiva (UFRB), Salvador, BA, Brasil.
4. Nutricionista pela Faculdade São Salvador (FSS), Pós-graduanda em Nutrição Clínica pela Faculdade Metropolitana, Salvador, BA, Brasil.
5. Nutricionista pela Faculdade (UNIME), Especialista em Nutrição Materno Infantil pelo IPGS, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é caracterizada por alterações neurológicas permanentes, progressivas ou não, que afetam o desenvolvimento motor e cognitivo¹. Caracterizada como uma deficiência mais prevalente na infância, e diante dos avanços tecnológicos em saúde, foi observada uma modificação no cenário epidemiológico de morbimortalidade infantil, onde antes eram vistas altas taxas de enfermidades agudas e infecciosas².

Crianças portadoras de PC podem apresentar limitações secundárias à doença, gerando restrições ao processo de aprendizagem, portanto, ações como andar, falar, alimentar-se e deglutir podem ser comprometidas³. A disfunção alimentar presente nessas crianças está diretamente relacionada a uma redução da ingestão de calorias e nutrientes necessários para manutenção do estado nutricional adequado, como resultado dessas deficiências observa-se depleção de tecido muscular e adiposo, tornando-se um desafio PC pediátrica⁴.

Diante do fato dessa população apresentar comprometimento no ato de alimentar-se ou deglutir, por muitas vezes essas crianças são submetidas à gastrostomia. A realização da gastrostomia se dá a partir da inserção de um cateter diretamente no estômago, através de uma abertura na parte anterior da parede abdominal, podendo este ser realizada cirurgicamente, radiologicamente ou endoscopicamente⁵. O nutricionista tem papel fundamental na construção dos conceitos, junto aos cuidadores, de alimentação saudável, nos processos de escolha, higienização, armazenamento, preparo e oferta da dieta para essas crianças gastrostomizadas, tendo como base a segurança alimentar e nutricional no processo de recuperação ou manutenção do estado nutricional.

Diante disso, este relato de experiência tem como objetivo descrever rotinas, treinamentos e condutas nutricionais em uma unidade de terapia para desospitalização pediátrica para portadores de PC, visando à segurança alimentar e nutricional no domicílio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, diante da vivência de nutricionistas, no período de 2 meses, em um hospital filantrópico pediátrico no contexto de atuação da equipe de nutrição durante a pandemia do COVID-19, situado em Salvador/BA. O estudo foi realizado na unidade de treinamento para desospitalização, de um hospital filantrópico, onde são atendidos crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, com via de alimentação alternativa e/ou traqueostomia. Compõem o quadro técnico de referência 2 nutricionistas, sendo uma assistencial fixa, e outra assistencial facultativa do

programa de assistência ventilatória domiciliar (PAVD), além de um nutricionista residente com rodízio de 2 meses.

Este estudo foi realizado no período de março a abril de 2021, participaram da produção do material, um nutricionista a partir de um rodízio, no segundo ano da residência multiprofissional em saúde da criança e do adolescente, a nutricionista referência da unidade e a nutricionista referência PAVD.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O processo de desospitalização pela equipe de nutrição é dividido em três etapas: assistência nutricional, treinamento nutricional teórico prático, e entrega de cardápio personalizado. Para pacientes que necessitam de uma assistência maior da equipe são inseridos no programa do PAVD.

O PAVD tem como objetivo favorecer uma assistência continuada a portadores de doenças neurodegenerativas infantis, acometidos por insuficiência respiratória crônica (IRC) ou comorbidades similares que necessitem de cuidados especializados. Os pacientes portadores de hipoxemia crônica apresentam comprometimento físico, psíquico e social importante, com deterioração da qualidade de vida, necessitando frequentemente de internação hospitalar, principalmente pelos períodos de exacerbação, mas também pela própria condição da hipoxemia que necessitam de um atendimento nutricional individualizado e personalizado.

Quanto maior a gravidade da lesão cerebral, maiores são as repercussões a nível alimentar, prejudicando o estado nutricional do indivíduo. Essa intervenção é fundamental para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, bem como as estratégias implementadas, a nível alimentar e nutricional, para solucionar ou, pelo menos, atenuar as complicações.

Devido à lesão neurológica, é muito frequente a existência de graves problemas de mastigação e deglutição de alimentos, o que vai determinar a terapêutica nutricional a ser implementada, levando em conta o estado nutricional do indivíduo, além da sua capacidade de ingerir quantidades satisfatórias (<70% da taxa calórica prescrita, deve-se iniciar um suplemento oral), considerando o risco de aspiração pulmonar avaliado pela equipe de fonoaudiologia. Porém, se a aceitação pela via oral for muito baixa (<60% das metas nutricionais traçadas e/ou em casos de disfagia grave), deve-se avaliar uma possível via alternativa de alimentação, tendo como primeira opção a sonda nasoenteral (SNE) em um período curto, em média 6 a 8 semanas. Seguindo sem regressão do quadro de disfagia, inicia-se uma avaliação para realizar a gastrostomia (GTT), indicada para períodos prolongados, por apresentar menor índice de complicações clínicas.

O profissional nutricionista deve acompanhar de modo individualizado a necessidade da indicação terapêutica

mediante prescrição nutricional. Tendo em vista o advento do crescimento da indústria alimentícia, temos à disposição possibilidades de fórmulas infantis e suplementos nutricionais, tornando possível aumentar o aporte energético e proteico, bem como a ingestão de micronutrientes, colaborando, desta forma, para a recuperação, manutenção e adequação do estado nutricional.

DISCUSSÃO

Treinamento Teórico-Prático

Diante da perspectiva de uma nova via de alimentação, se instaura um cenário de insegurança por parte dos genitores, que possuem o importante papel de auxiliar o paciente, que é parte ou totalmente dependente de cuidados. Tanta informação de uma só vez pode até assustar na maioria dos casos, porém o diálogo com profissionais capacitados é recebido como uma palavra de conforto em meio a tantas incertezas. O perfil socioeconômico da unidade de treinamento para desospitalização possibilita avaliar pacientes que possuem maior grau de insegurança alimentar no ambiente domiciliar, mas, independentemente desse perfil, todos devem ser treinados para oferecer uma alimentação adequada do quesito higiênico-sanitário e nutricional completa, de acordo com a alimentação habitualmente utilizada pela família.

Para iniciar o processo de treinamento é primordial explicar aos genitores o que é uma gastrostomia, e escutar suas expectativas e inseguranças quanto a essa via de alimentação, gerando um ambiente de confiança no profissional que ministrará o treinamento. Dentre as medidas que visam garantir a segurança alimentar e nutricional destes pacientes no domicílio estão os hábitos de higiene pessoal, dos alimentos, utensílios e ambientes. Promover essa prática, ajuda a prevenir o contato com agentes patógenos, como vírus e bactérias, que podem ocasionar quadros infecciosos. A falta de esclarecimentos entre os cuidadores que lidam com a higiene e manipulação de alimentos contribui de forma significativa para a sua contaminação, tornando assim imprescindível a sua capacitação para essa prática.

A alimentação do paciente que possui uma via alternativa para alimentação de longa permanência deve garantir os nutrientes essenciais para cada fase do desenvolvimento, a escolha de uma dieta artesanal, com alimentos de qualidade, devidamente adaptada às necessidades individuais, dita como dieta artesanal. Essa é uma ótima alternativa, visando à adequação ao perfil socioeconômico dos pacientes, existindo o cuidado na escolha dos alimentos, manipulação, cuidado ao triturar e peneirar esses alimentos devidamente, de modo que apresentem na sua versão final uma característica homogênea e textura suficientemente fluida para passar na luz da sonda.

Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD)

O PAVD tem como objetivo dar continuidade à assistência em domicílio, promovendo conforto, funcionalidade e manutenção da saúde, incluindo promoção da qualidade, reduzindo efeitos adversos da própria doença, assim como garantir fim de vida digno junto à família, quando no período de terminalidade da vida.

Dentre os atendimentos fornecidos pelo PAVD, o acompanhamento nutricional domiciliar é determinado a partir do nível de assistência ou demanda específica do paciente, acompanhando seu estado nutricional, auxiliando na prevenção e detecção precoce do risco nutricional, além do tratamento de possíveis carências nutricionais detectadas pela avaliação nutricional. O PAVD tem como base a análise dos indicadores diretos, que permitem identificar as manifestações orgânicas relacionadas aos desfechos nutricionais (medidas antropométricas, exames laboratoriais, exame físico, entre outros), e indiretos (consumo alimentar, renda familiar, disponibilidade de alimentos, perfil socioeconômico e demográfico), que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do paciente.

Com base no protocolo institucional de atendimento nutricional domiciliar do PAVD, a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com o estado nutricional do paciente, onde é preconizado acompanhamento nutricional semanal, entre aqueles que apresentam desnutrição ou obesidade, acompanhamento quinzenal, para aqueles em risco nutricional, e mensal, nos pacientes que estejam eutróficos e assistência nutricional individualizada e personalizada, considerando as suas necessidades a cada visita. A frequência do atendimento poderá ser modificada a qualquer momento, a depender da condição clínica e avaliação da nutricionista.

É incumbência do nutricionista do PAVD realizar avaliação nutricional, calcular necessidades energéticas e oferta nutricional, indicar junto à equipe multiprofissional terapia nutricional oral (TNO), terapia nutricional enteral (TNE) ou nutrição parenteral (NP), supervisão do domicílio com aplicação de *checklist* sobre condições de higiene, armazenamento dos alimentos e potabilidade da água. Também é necessário realizar a administração da dieta e o treinamento nutricional sobre higienização antes, durante e após o preparo da dieta, seu armazenamento e a aplicação de registro alimentar. Por fim, também é necessário estabelecer de forma detalhada os processos adequados para realização das atividades com sucesso, bem como garantia da humanização assistencial, qualidade no serviço, e segurança do paciente, além de assegurar a continuidade da terapêutica, contribuindo para o desenvolvimento e crescimento desse paciente.

Teleconsulta Nutricional

Durante o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da epidemia de COVID-19, o Ministério da Saúde reconheceu a ética na utilização da telemedicina. O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) determinou que a assistência nutricional por meio não presencial é facultativa aos profissionais. Esta medida garante a continuidade da assistência nutricional, mesmo no isolamento social exigido, como medida preventiva ao coronavírus, como descrito na Resolução RDC Nº 666. Sendo assim, foi implementada no PAVD, de modo eletivo, a realização de consulta multiprofissional por teleconsulta, visando manter o gerenciamento e suporte aos pacientes atendidos pelo programa, mantendo as visitas presenciais conforme demanda clínica.

Considerações Finais

As estratégias adotadas possibilitam aos cuidadores uma maior percepção e verbalização após o treinamento sobre as práticas de higiene, como hábitos que deveriam estar presentes no dia a dia, mas por diversas vezes eram negligenciados. É perceptível que há uma grande preocupação quanto à manutenção do estado nutricional adequado na criança em domicílio, e com isso, os cuidadores expressam maior cuidado na realização de práticas alimentares saudáveis, demonstrando maior facilidade na escolha dos alimentos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida para esses indivíduos. Deve ser considerado também o vínculo que já é estabelecido entre nutricionista e cuidador ainda no processo da alta hospitalar, onde o profissional consegue iniciar o processo de conscientização de um domicílio seguro do ponto de vista higiênico sanitário, treinamento sobre o processo de escolhas alimentares, higienização, armazenamento, preparo e oferta de um alimento seguro e nutricionalmente adequado para o paciente, dando

continuidade nesse cuidado, realizado de forma contínua durante as visitas domiciliares.

O planejamento dietoterápico para desospitalização é extremamente importante, tendo em vista que os cuidadores terão contato com uma via de alimentação alternativa nunca antes utilizada pelos mesmos. Isso pode acarretar em riscos tanto pela qualidade higiênico sanitária, quanto pela oferta de uma dieta nutricionalmente incompleta. Garantir a alta segura é propiciar a esses pacientes a oferta de alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambientais, culturais, e economicamente viáveis, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução RDC Nº 666, de 30 de setembro de 2020.
2. BarreirosCFC, GomesMASM, MendesJúniorSCS. Children with special needs in health: challenges of the single health system in the 21st century. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl4):e20190037.
3. Maggioni L, Araújo CMT. Guidelines and practices on feeding children with cerebral palsy. *J Human Growth Dev.* 2020;30(1):65-74.
4. Caselli TB, Lomazi EA, Montenegro MAS, Bellomo-Brandão MA. Comparative study on gastrostomy and orally nutrition of children and adolescents with tetraparesis cerebral palsy. *Arq Gastroenterol.* 2017;54(4):292-6.
5. Lima PS, Blanes L, Ferreira LM, Gomes HFC. Child care educational manual with gastrostomy: construction and validation. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1123.
6. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.527, de 27 de outubro de 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Paralisia cerebral [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2021 abr. 24]. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/dicas-em-saude/3122-paralisia-cerebral>.

Local de realização do estudo: Hospital Martagão Gesteira, Salvador, BA, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.

Trabalho apresentado no Congresso BRASPEN, em Maceió, AL, em 24/10/2022.