



PARECER Nº 33/2024/COREN-DF/PLEN/CTAS
PROCESSO Nº 00232.001533/2024-61

EMENTA: Capacitação de familiares ou responsáveis legais, por Enfermeiro, para realização de nutrição parenteral domiciliar em Programa de Reabilitação Intestinal Pediátrica.

Descritores: capacitação, cuidados domiciliares, nutrição parenteral, pediatria.

1. DO FATO

1.1. Trata-se de demanda oriunda da Ouvidoria do Coren-DF (SEI n. 0302445, 0302447), solicitando emissão de Parecer Técnico acerca do Programa de Reabilitação Intestinal Pediátrica (PRIP), após manifestação da Gerência de Enfermagem do Hospital da Criança de Brasília (HCB).

1.2. O objetivo do PRIP, dentre outros, é promover a desospitalização e o respectivo retorno ao domicílio de crianças e adolescentes dependentes de nutrição parenteral que necessitam deste tipo de tratamento por tempo prolongado.

1.3. Inicialmente, o ato de designação para a confecção da minuta deste parecer tinha a seguinte ementa: *Implantação do PRIP no Hospital da Criança de Brasília*. Entretanto, após a leitura dos documentos que foram anexados ao processo de solicitação, realizou-se reunião com os Enfermeiros solicitantes para melhor entendimento da necessidade profissional. Após isso, a ementa foi alterada para: *Capacitação de familiares ou responsáveis legais, por Enfermeiro, para realização de nutrição parenteral domiciliar em Programa de Reabilitação Intestinal Pediátrica*.

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E DA ANÁLISE

2.0.1. A Enfermagem, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) aprovado pela Resolução Cofen n. 564/2017¹, está definida como:

[...] uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; [...]

2.0.2. A profissão de Enfermagem está regulamentada na Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Definem-se, nestes documentos, os direitos, as competências das diferentes categorias da Enfermagem e as penalidades a serem impostas aos infratores dos preceitos éticos^{2, 3}.

2.0.3. Inicialmente, aponta-se que a controvérsia do objeto da minuta deste parecer técnico envolve a eventual atuação privativa do Enfermeiro na orientação, na capacitação e na avaliação de pacientes pediátricos para o manuseio, a instalação e a desinstalação de nutrição parenteral no ambiente domiciliar ou a possibilidade de delegação de tais atividades ao responsável legal pelo paciente, com ou sem vínculo familiar, sem vínculo empregatício de qualquer natureza, no sentido de que afrontaria a legislação sanitária vigente e a lei do exercício profissional da Enfermagem⁴.

2.1. Aspectos conceituais da falência intestinal em crianças

2.1.1. A falência intestinal (FI) é a redução da massa intestinal abaixo do mínimo funcional necessário, que resulta em incapacidade de digestão ou absorção de nutrientes e/ou fluidos em quantidade suficiente para manter a homeostase^{5, 6} e o crescimento adequado em crianças⁷. Caracteriza-se pela dependência do suporte de Nutrição Parenteral (NP) ou de hidratação intravenosa^{8, 9}.

2.1.2. A doença pode resultar em falência nutricional, o que significa a falência total a longo prazo para alimentar uma criança por via natural ou artificial^{10, 11}.

2.1.3. A FI em crianças mais comumente decorre de agravos perinatais⁶. De forma global, as causas da FI podem ser classicamente divididas em 3 grupos:

- 1) Síndrome do Intestino Curto (SIC): em que há redução da superfície de absorção;
- 2) Diarreias e Enteropatias Congênitas: em que há alteração da função e/ou estrutura dos enterócitos; e
- 3) Distúrbios graves da motilidade intestinal (Pseudo-Obstrução Intestinal Pediátrica – PIPO): em que há dismotilidade intestinal grave.

2.1.4. Portanto, a FI é um termo amplo, que engloba uma série de condições crônicas, complexas e debilitantes.

2.2. Síndrome do intestino curto

2.2.1. A Síndrome do Intestino Curto (SIC) é a causa mais comum de FI em pediatria, sendo frequentemente diagnosticada no período neonatal ou em lactentes⁶. As crianças com SIC, muitas vezes, apresentam-se gravemente doentes após a cirurgia de ressecção para tratamento da sua doença ou malformação gastrointestinal de base e têm complicações cirúrgicas, médicas e nutricionais¹⁰. Com isso, as crianças necessitam que sua nutrição ocorra de forma exclusiva e/ou majoritária por via parenteral^{10, 12, 13}.

2.3. Definições atuais e práticas de FI e SIC

2.3.1. A Sociedade Norte-Americana de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição recomenda as seguintes definições de FI e SIC, com base em publicações recentes⁶:

- FI: necessidade de NP por tempo maior que 60 dias devido a doença, disfunção ou ressecção intestinal;
- SIC: necessidade de NP por tempo maior que 60 dias após ressecção intestinal ou comprimento do remanescente intestinal inferior a 25% do esperado.

2.4. Autonomia Enteral (AE)

2.4.1. Outro conceito fundamental é a autonomia enteral, que é definida como o desmame progressivo da NP até a sua interrupção por mais de 12 semanas^{14, 15, 16}, possível com o progressivo aumento da Nutrição Enteral (NE). Em crianças, esse conceito de AE deve abranger a manutenção de um crescimento adequado após a interrupção da NP. A adaptação intestinal e, conseqüentemente, o alcance da AE, depende de muitos fatores, que incluem o estado nutricional, a microbiota intestinal, a regulação hormonal, a presença e a qualidade dos nutrientes que são fornecidos pela via enteral¹⁷.

2.4.2. Os indivíduos com FI necessitam da NP durante o processo da adaptação intestinal e podem atingir AE com desmame completo da NP ou permanecem dependentes da NP por longos períodos devido à insuficiência intestinal, podendo ser considerados candidatos ao transplante intestinal¹⁸.

2.5. Programa de Reabilitação Intestinal Pediátrica (PRIP) e seus objetivos

2.5.1. A reabilitação intestinal engloba uma série de estratégias para maximizar a função e promover a adaptação intestinal por meio de intervenções nutricionais, médicas e cirúrgicas⁶ com os seguintes objetivos: suporte adequado à nutrição, promoção da adaptação intestinal e alcance da AE, minimização dos riscos de complicações e manutenção do crescimento e do desenvolvimento saudáveis¹⁰.

2.5.2. O Programa de Reabilitação Intestinal (PRI) deve ser constituído por uma equipe com o quadro mínimo de profissionais e deve incluir as seguintes disciplinas: gastroenterologia pediátrica, cirurgia pediátrica, nutrição e enfermagem⁶.

2.5.3. O tratamento nutricional supervisionado por uma equipe multidisciplinar constitui o aspecto central no cuidado da criança com FI. No entanto, o uso prolongado de NP está associado a um prejuízo na qualidade de vida e pode estar associado a inúmeras complicações, de modo que a obtenção da AE constitui o objetivo final no tratamento de pacientes com FI¹⁹.

2.6. Nutrição Parenteral Domiciliar (NPD), por tempo prolongado

2.6.1. A NPD é uma terapia de suporte de vida para crianças e adultos com SIC e outras doenças digestivas graves, sendo uma prática bem estabelecida em crianças com FI nos países da Europa, nos EUA e no Canadá. As taxas de sepse são significativamente reduzidas na NPD e há aumento da qualidade de vida em comparação com crianças que recebem NP quando internadas²⁰.

2.6.2. Atualmente, a NPD é considerada fundamental para o cuidado de pacientes quando se espera que a FI dure mais de 3 a 6 meses²¹. O alcance da AE após 1 a 2 anos ocorre em 20% a 50% dos pacientes com FI, sendo a NPD considerada um tratamento seguro com alta taxa de sobrevivência²². Adolescentes com FI são transferidos com sucesso para serviços direcionados aos cuidados de adultos, em muitos casos, após dependência de NP desde a primeira infância²¹.

2.6.3. Entretanto, não há no Brasil uma regulamentação formal no SUS para a distribuição de recursos para o provimento dos insumos da NP em ambiente extra-hospitalar, assim como também há carência de padronização nos cuidados aos pacientes em uso de NP domiciliar²³.

2.6.4. Desse modo, tem-se, como exemplo no Brasil, o Programa de Nutrição Parenteral de Crianças e Adolescentes (PRICA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), fruto de convênio realizado com o Ministério da Saúde e com objetivo de promover a desospitalização e o respectivo retorno, ao domicílio, de crianças e adolescentes dependentes de nutrição parenteral que necessitam deste tipo de tratamento por tempo prolongado. Implica na redução da internação prolongada de pacientes, na melhora dos seus desfechos clínicos e da sua qualidade de vida e de seus familiares e também na redução de custos hospitalares⁴.

2.7. Cuidador familiar, responsável legal e a capacitação em PRI para nutrição parenteral domiciliar

2.7.1. Cuidador familiar é a pessoa que tem responsabilidades no cuidado de uma pessoa dependente, seja por incapacidade decorrente da idade, de doença ou de deficiência. O cuidador familiar não é remunerado e sua identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar baseada no contexto sociocultural, que nem sempre tem laços consanguíneos, mas sim laços emocionais²⁴.

2.7.2. O responsável legal é a pessoa detentora do poder familiar, tutor ou curador, figuras jurídicas que são reconhecidas legalmente como aquelas que assumem a responsabilidade de alguém para com o outro²⁴.

2.7.3. As pessoas que recebem NPD demandam um cuidado específico e prolongado, ao mesmo tempo em que é necessária a dedicação dos familiares capacitados para os cuidados das crianças e dos adolescentes após a alta hospitalar²⁵.

2.7.4. Alguns pré-requisitos são essenciais para que a criança possa ir para o domicílio com segurança, levando ao sucesso a reabilitação intestinal. Por exemplo, familiares cuidadores devem estar motivados para os cuidados domiciliares do paciente, assim como devem demonstrar habilidade para lidar com os problemas clínicos, emocionais e técnicos relacionados à NPD²⁶.

2.7.5. Por causa da complexidade dos cuidados com a infusão da NPD em crianças e adolescentes, um treinamento no que se refere à técnica e aos cuidados no manejo de cateteres, infusões e manuseio do equipamento se faz fundamental para evitar complicações. A complicação mais frequente nesse grupo de pacientes é a infecção de corrente sanguínea no que tange ao uso de cateter venoso central, o que pode acarretar índice de mortalidade de 12 a 25%²⁷. Outras complicações, tais como saída acidental de cateter venoso, obstrução e sangramentos, também podem ocorrer²⁸.

2.7.6. Para a capacitação dos familiares e/ou cuidadores, os seguintes cuidados devem ser orientados, treinados e supervisionados: higienização das mãos, manuseio da bomba de infusão, cuidados com o cateter venoso central e cuidados com a solução de NP²⁹.

2.7.7. Embora a NPD com participação ativa das famílias de crianças e adolescentes seja uma técnica validada na Europa, não há registro dessa prática de forma sistematizada no sistema público no Brasil³⁰ e nem há uma regulamentação formal no SUS para a distribuição de recursos para o provimento dos insumos da NP em ambiente extra-hospitalar, assim como também há carência de padronização nos cuidados aos pacientes em uso de NP domiciliar²⁹. Algumas instituições brasileiras já fazem a NPD com sucesso no sistema de saúde privado através dos sistemas de *home care*, porém os pacientes do SUS carecem desse tratamento sistematizado e, em muitos casos, o acesso a essa modalidade de tratamento é obtida através de processo de judicialização⁴.

2.7.8. Por outro lado, um estudo descritivo transversal com 27 familiares cuidadores de 17 pacientes do PRI do HCPA objetivou apresentar a experiência da capacitação de familiares de crianças e adolescentes participantes de um programa multiprofissional de reabilitação intestinal para uso da NPD, higienização das mãos, manuseio da bomba de infusão, cuidados com cateter venoso central e com solução de NP. Esse estudo concluiu que não foram observadas complicações referentes à infusão da NP, sangramento ou óbito e possibilitou a execução de maneira segura da NP no domicílio com participação ativa das famílias, tornando o procedimento viável no sistema público de saúde no Brasil³⁰.

2.7.9. O uso de NPD e seu manuseio, sua instalação e sua desinstalação pelo familiar ou responsável legal do paciente não se trata de prática isolada em algumas poucas instituições de saúde brasileiras, na verdade, essa prática já existe há anos (2011 a 2022) em diversos outros países, como Estados Unidos, Canadá, Espanha, Itália, França e Inglaterra, conforme 14 literaturas e evidências técnicas apresentadas no **Quadro 1**⁴:

Quadro 1. Evidências de estudos sobre nutrição parenteral domiciliar em vários países.⁴

Nº	Ano	Referência
01	2011	Gandulla P et al. Long-term home parenteral nutrition in children with chronic intestinal failure: a 15-year experience at a single Italian centre. <i>Dig Liver Dis.</i> 43 (1): 28-33, 2011. (Itália). Tradução: Nutrição parenteral domiciliar de longo prazo em crianças com insuficiência intestinal crônica: uma experiência de 15 anos em um único centro italiano.
02	2016	Nader EA et al. Outcome of home parenteral nutrition in 251 children over a 14-y period: report of a single center. <i>Am J Clin Nutr.</i> 103 (5): 1327-1336, 2016. (França). Tradução: Resultado da nutrição parenteral domiciliar em 251 crianças durante um período de 14 anos: relatório de um único centro.
03	2016	Petit L-M et al. Weaning off prognosis factors of home parenteral nutrition for children with primary digestive disease. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr.</i> 62 (3): 462-468, 2016. Tradução: Desmame dos fatores prognósticos da nutrição parenteral domiciliar para crianças com doença digestiva primária.
04	2017	Merritt RJ, Cohran V, Raphael BP, Sentongo T, Volpert D, Warner BW et al. Intestinal Rehabilitation Programs in the Management of Pediatric Intestinal Failure and Short Bowel Syndrome. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr.</i> 65 (5): 588-96, 2017. Tradução: Programas de reabilitação intestinal no tratamento da insuficiência intestinal pediátrica e da síndrome do intestino curto.
05	2017	Belza C, Wales PW. Impact of multidisciplinary teams for management of intestinal failure in children. <i>Curr Opin Pediatr.</i> 29 (3): 334-339, 2017. Tradução: Impacto das equipes multidisciplinares no manejo da insuficiência intestinal em crianças.
06	2017	Fullerton BS, Hong CR, Jaksic T. Long-term outcor pediatric intestinal failure. <i>Semin Pediatr Surg.</i> 21: 328-335, 2017. (EUA).

		Tradução: Resultado de longo prazo para insuficiência intestinal pediátrica.
07	2018	Hill S et al. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: home parenteral nutrition. <i>Clin Nutr.</i> 37 (6): 2401-2408, 2018. Tradução: Diretrizes sobre nutrição parenteral pediátrica: nutrição parenteral domiciliar.
08	2018	Merrasosalvio L et al. Pediatric intestinal failure: the key outcomes for the first 100 patients treated in a national tertiary referral center during 1984-2017. <i>J Parenter Enter Nutr.</i> 42 (8): 1304-1313, 2018. (Finlândia). Tradução: Insuficiência intestinal pediátrica: os principais resultados para os primeiros 100 pacientes tratados num centro de referência terciário nacional durante 1984-2017.
09	2018	Brown SK et al. Intestinal failure: the evolving demographic and patient outcomes on home parenteral nutrition. <i>Acta Paediatr.</i> 107 (12): 2207-2211, 2018. (Inglaterra). Tradução: Insuficiência intestinal: a evolução dos resultados demográficos e dos pacientes com nutrição parenteral domiciliar.
10	2019	Hil S. Practical management of home parenteral nutrition in infancy. <i>Early Hum Dev.</i> 138: 104876, 2019. Tradução: Manejo prático da nutrição parenteral domiciliar na infância.
11	2019	Witkowski MC et al. Training of children 's and adolescent' s Family members in home parenteral nutrition care. <i>Rev Paul Pediatr.</i> 37: 305-311, 2019. Tradução: Capacitação de familiares de crianças e adolescentes em cuidados com nutrição parenteral domiciliar.
12	2019	Jo SYC et al. Outcomes of children with chronic intestinal failure: exper over 2 decades at a tertiary paediatric hospital. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr.</i> 69 (3): e79- e87, 2019. (Austrália). Tradução: Desfechos de crianças com insuficiência intestinal crônica: especialista ao longo de 2 décadas em um hospital pediátrico terciário.
13	2022	Goldani HA, Ceza MR, Godoy LL, Giesta JM, Beier S, Oliveira JG, Kieling, CO. Outcomes of the First 54 Pediatric Patients on Long-Term Home Parenteral Nutrition from a Single Brazilian Center. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr.</i> 75(1): 104, 2022. Tradução: Resultados dos primeiros 54 pacientes pediátricos em nutrição parenteral domiciliar prolongada de um único centro brasileiro.
14	2022	Wanden-Berghe C et al. Registro del Grupo NADYA-SENPE de Nutricir Enteral Domiciliaria en España: años 2018 y 2019. <i>Nutr Hosp.</i> 39 (1): 223-229, 2022. (Espanha). Tradução: Registro do Grupo NADYA-SENPE de Nutrição Enteral Domiciliar na Espanha: anos 2018 e 2019.

2.7.10. No **Quadro 2**, apresentam-se os itens gerais e específicos do conteúdo teórico e prático, como exemplo, para a capacitação de familiares e responsáveis legais de crianças e adolescentes para realizar a NPD³⁰.

Quadro 2 - Conteúdo teórico e prático abordado para a capacitação de familiares e responsáveis legais de crianças e adolescentes para a realização da nutrição parenteral domiciliar.³⁰

Itens gerais da capacitação	Itens específicos da capacitação
Lavagem das mãos	Sabe lavar as mãos com técnica adequada Sabe higienizar as mãos Sabe em que momentos deverão ser realizadas a lavagem e a higienização das mãos
Bomba de infusão	Sabe manusear a bomba de infusão Sabe programar a bomba de infusão Sabe detectar alarmes da bomba de infusão Sabe instalar equipo na bomba de infusão Sabe identificar bateria na bomba de infusão
Cateter venoso central	Sabe identificar as vias do cateter venoso central Sabe manusear com técnicas assépticas o cateter venoso central

	<p>Sabe identificar secreção, sangramento ou anormalidades na inserção do cateter venoso central</p> <p>Sabe identificar a data da troca do curativo</p> <p>Sabe realizar a administração da solução para manutenção do cateter venoso central</p> <p>Sabe realizar permeabilização com solução fisiológica 0,9% no cateter venoso central</p> <p>Sabe aspirar solução fisiológica na seringa</p> <p>Sabe aspirar solução para manutenção do cateter na seringa</p>
Nutrição parenteral	<p>Sabe identificar anormalidades na solução de NP</p> <p>Sabe conectar o equipo na solução de NP</p> <p>Sabe preencher o equipo com solução de NP</p> <p>Sabe conectar o equipo de NP no cateter venoso central</p>
Dieta por gastrostomia ou sonda nasoentérica	<p>Gastrostomia: sabe trocar curativo da inserção da gastrostomia, sabe instalar dieta na sonda de gastrostomia, sabe colocar equipo de dieta na bomba de infusão, sabe controlar gotejo por técnica de gavagem, sabe administrar medicamentos.</p> <p>Sonda nasoentérica: sabe trocar fixação da sonda nasoentérica, sabe instalar dieta na sonda nasoentérica, sabe colocar equipo de dieta na bomba de infusão, sabe controlar gotejo por técnica de gavagem, sabe administrar medicamentos pela sonda.</p>

2.8. Desospitalização da criança dependente de nutrição parenteral

2.8.1. A desospitalização da criança com NPD requer uma estrutura familiar adequada, com treinamento e assistência dos principais cuidadores para que assumam a responsabilidade sobre todas as tarefas relacionadas aos cuidados e ao gerenciamento da sua rotina perante as demandas requeridas pela criança. A rotina estabelecida pelas famílias e pela equipe multiprofissional sobre os horários de infusão da NPD prevê a infusão da solução de NP durante a noite, permitindo um período livre de NP durante o dia para a prática de atividades físicas, recreação e frequência escolar³¹.

2.8.2. A NPD afirma-se como uma alternativa de primeira escolha nos casos de FI crônica, reduzindo a mortalidade de doentes outrora apenas orientados para tratamentos de suporte sintomático³².

2.9. Aspectos ético-legais para que Enfermeiros capacitem familiares ou responsáveis legais para o procedimento de nutrição parenteral domiciliar em programas de saúde

2.9.1. Sobre a disposição que regulamenta o exercício da Enfermagem na Lei n. 7.498/1986², cita-se o planejamento e a programação das instituições e dos serviços da assistência de Enfermagem com participação dos Enfermeiros. Nesta linha do raciocínio legal e considerando o objeto deste parecer, entende-se que a Enfermagem, enquanto ciência, participa como integrante da equipe de saúde de todo e qualquer programa de saúde institucional, assim, pode-se considerar que o PRI é um ambiente propício para atuação privativa do Enfermeiro na consulta de Enfermagem e na prescrição de Enfermagem.

2.9.2. A mesma lei² ressalta que é privativa do Enfermeiro a execução de atividades de Enfermagem, como a educação, visando a melhoria de saúde da população. Neste sentido, considera-se que, no PRI em unidades pediátricas, o Enfermeiro assume papel importante na orientação e na capacitação de familiares e responsáveis legais para o cuidado da criança com necessidades nutricionais, crescimento e desenvolvimento utilizando-se da terapia de NPD.

2.9.3. Ao Técnico de Enfermagem e ao Auxiliar de Enfermagem que atuam no PRI, cabe participar da equipe de saúde e das ações assistenciais de Enfermagem em grau auxiliar e em ações de tratamento simples, sempre sob orientação e supervisão do Enfermeiro e de acordo com a prescrição de enfermagem, que faz parte do programa de Enfermagem.

2.9.4. O Decreto n. 94.406/1987³ cita que a prescrição da assistência de Enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem. Neste sentido, o PRI, por meio dos documentos institucionais ou protocolos próprios, deve conter aspectos que regulamentam e normatizam procedimentos, objetivos e competências da equipe de Enfermagem quanto ao processo de trabalho que envolve o atendimento de crianças e adolescentes no programa, principalmente no contexto da aplicação do Processo de Enfermagem para a criança ou o adolescente e para a família que é atendida neste cenário do cuidado.

2.9.5. É importante também ressaltar que, de acordo com o CEPE¹, a Enfermagem tem como princípio fundamental o compromisso com a produção e a gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais, em resposta às necessidades da pessoa, da família e da coletividade.

2.9.6. Aplicando-se este regulamento para o referido parecer técnico, entende-se o PRI e o domicílio como ambientes de cuidado da Enfermagem e a criança ou o adolescente, o familiar ou o responsável legal como receptores deste cuidado que é gerenciado pelo Enfermeiro no contexto de uma prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar e de acordo com os preceitos ético-legais da profissão.

2.9.7. Em outro ponto importante do CEPE¹, destaca-se o capítulo das proibições do profissional de Enfermagem em seu campo de atuação. Entende-se que é vedado ao Enfermeiro a delegação de suas atribuições para acompanhante dos responsáveis pelo paciente. Por outro lado, há uma ressalva desta proibição para os casos de atenção domiciliar que necessita do autocuidado

apoiado. Neste sentido, a capacitação de familiares ou responsáveis legais pela criança ou pelo adolescente para o procedimento de NPD deve ser considerada uma atribuição permitida ao Enfermeiro capacitado e vinculado a um PRI em uma instituição de saúde.

2.9.8. Desta forma, buscou-se entender o conceito de autocuidado apoiado para melhor fundamentar a temática apresentada. O autocuidado apoiado, se apresenta como um eixo do modelo de atenção pertencente às diretrizes de atenção a pessoas com condições crônicas do Ministério da Saúde e significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo³³.

2.9.9. E, ainda, as ações de autocuidado apoiado visam empoderar as pessoas com condições crônicas e suas famílias, ajudando-as a entender o seu papel central no gerenciamento da doença, tomar decisões informadas sobre cuidados e engajar-se em comportamentos saudáveis³⁴.

2.9.10. Para sustentar as ações do autocuidado apoiado, o Parecer Cofen nº 70/2023⁴ com a temática sobre a NPD e a capacitação de familiar e/ou responsável legal pelo Enfermeiro opinou em acolher o pleito formulado pelo Coren-RS e autorizou o Enfermeiro a capacitar o familiar e/ou responsável legal do paciente dependente de nutrição parenteral para fins de desospitalização e promoção de NPD, na hipótese específica dos programas vinculados ao Ministério da Saúde⁴.

2.9.11. A Resolução Cofen n. 464/2014 que normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar e conceitua que o atendimento domiciliar compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem no domicílio, direcionadas ao paciente e aos seus familiares e que a atenção domiciliar de Enfermagem deve ser operacionalizada por meio do Processo de Enfermagem, de acordo com as etapas previstas. Além disso, destacam-se duas competências privativas do Enfermeiro com relação ao objeto deste parecer que são: planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de Enfermagem; e organizar e coordenar as condições ambientais, os equipamentos e os materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro³⁵.

2.9.12. Em complemento aos regulamentos já explicitados, tem-se a Resolução Cofen n. 736/2024 que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem e aponta que a etapa de implementação de Enfermagem deve ser apoiada nos padrões de cuidados interprofissionais, aqueles cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde, e padrões de cuidados em Programas de Saúde, ou seja, cuidados advindos de protocolos assistenciais³⁶.

2.9.13. Assim, entende-se que o Processo de Enfermagem aplicado em crianças e adolescentes no PRIP, devem ser compartilhados com todos os atores do cuidado, seja no ambiente hospitalar, seja no domiciliar, de forma interdisciplinar, utilizando-se das Teorias de Autocuidado e por meio dos protocolos institucionais bem definidos.

3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto e conforme a ementa “Capacitação de familiares ou responsáveis legais, por Enfermeiro, para realização de nutrição parenteral domiciliar em Programa de Reabilitação Intestinal Pediátrica”, esta Câmara Técnica de Assistência à Saúde (CTAS) do Coren-DF conclui que:

3.1.1. Atualmente, no Brasil, existe um programa de desospitalização destinado a crianças e adolescentes com FI, que é fruto da capacitação oferecida a Enfermeiros para que possam orientar os familiares ou responsáveis legais no manejo da NPD em pacientes no PRI. Tal procedimento pode se mostrar viável, seguro e eficaz;

3.1.2. O PRI voltado para crianças e adolescentes configura-se como uma política pública de saúde com abrangência nacional, assegurando a esses pacientes, seus familiares e responsáveis legais resultados clínicos aprimorados e uma qualidade de vida superior. Além disso, o programa possibilita a diminuição dos custos hospitalares associados ao tratamento desses indivíduos, favorecendo também a disponibilização de leitos para outros pacientes que necessitam de cuidados;

3.1.3. A proibição ao familiar ou responsável legal do paciente em manipular (instalar e desinstalar) a NP domiciliar pode acarretar consequências adversas para o tratamento, resultando na interrupção das atividades do PRI. Observou-se que os serviços que implementaram este programa de capacitação no Brasil não relataram falhas nos procedimentos aplicados e indicaram um aprimoramento na qualidade de vida dos pacientes;

3.1.4. A literatura evidencia o sucesso da NPD administrada por familiares ou responsáveis legais de crianças e adolescentes, tanto em contextos internacionais quanto no Brasil. Além disso, há respaldo baseado na experiência que favorece essa prática, desde que os indivíduos sob cuidado recebam orientação adequada, supervisão e acompanhamento direto por parte do Enfermeiro;

3.1.5. Finalmente, é uma atribuição exclusiva do Enfermeiro a capacitação, a supervisão, a avaliação e a orientação dos familiares ou responsáveis legais de pacientes que dependem de NPD e que estão inseridos no PRIP, adotando uma abordagem multidisciplinar e seguindo os princípios do autocuidado apoiado. Isso abrange a instalação, a remoção e os cuidados relacionados ao cateter, dentro do contexto do Processo de Enfermagem sustentado em Teorias do Autocuidado.

3.1.6. Além disso, cabe ao Enfermeiro determinar os critérios de elegibilidade para a inclusão dos familiares ou responsáveis legais neste programa, bem como assegurar que estejam cientes do termo de aceite e dos manuais educativos e que sejam utilizados os protocolos e os documentos institucionais aprovados pela direção da instituição de saúde.

Relator

Dr. Rinaldo de Souza Neves

Coren-DF nº 54.747-ENF

Colaborador CTAS/Coren-DF

Revisor

Dr. Lincoln Vitor Santos

Coren-DF nº 147.165-ENF

Membro CTAS/Coren-DF

Aprovado por CTAS/Coren-DF

Dr. Igor Ribeiro Oliveira Coren-DF nº 391.833-ENF Coordenador CTAS/Coren-DF	Dra. Polyanne Aparecida Alves Moita Vieira Coren-DF nº 163.738-ENF Secretária CTAS/Coren-DF	Dr. Fernando Carlos Da Silva Coren-DF nº 241.652-ENF Conselheiro Regional CTAS/Coren-DF	Dr. Ludmila da Silva Machado Coren-DF nº 251.984-ENF Membro CTAS/Coren-DF
Dr. Hélio Marco Pereira Lopes Júnior Coren-DF nº 398.750-ENF Membro CTAS-Coren/DF	Dra. Sabrina Mendonça Marçal Alves Coren-F nº 389.565-ENF Membro CTAS/Coren-DF	Dra. Mayara Cândida Pereira Coren-DF nº 314.386-ENF Membro CTAS/Coren-DF	Dr. Alberto Medeiros Ferreira Junior Coren-DF nº 102.471-ENF Colaborador CTAS/Coren-DF

Aprovado pela Plenária/Coren-DF:

581ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO PLENÁRIO DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Resolução Cofen n. 564/2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.
2. Brasil. **Lei n. 7.498/1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasil, 1986. Brasília, 1986.
3. Brasil. **Decreto n. 94.406/1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.
4. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Processo administrativo n. 46/2019**. Reexame dos autos. Documentos novos. Manuseio de nutrição parenteral por familiar/responsável legal de paciente domiciliar. Desospitalização. Possibilidade. Brasília, 2023.
5. Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C et al. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. **Clin Nutr.** 34 (2): 171-80, 2015.
6. Merritt RJ, Cohran V, Raphael BP, Sentongo T, Volpert D, Warner BW et al. Intestinal Rehabilitation Programs in the Management of Pediatric Intestinal Failure and Short Bowel Syndrome. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.** 65 (5): 588-96, 2017.
7. Goulet O, Ruemmele F, Lacaille F, Colomb V. Irreversible intestinal failure. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.** 38 (3): 250-69, 2004.
8. O'Keefe SJ, Buchman AL, Fishbein TM, Jeejeebhoy KN, Jeppesen PB, Shaffer J. Short bowel syndrome and intestinal failure: consensus definitions and overview. **Clin Gastroenterol Hepatol.** 4 (1): 6-10, 2006.
9. Goulet O, Sauvat F. Short bowel syndrome and intestinal transplantation in children. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care.** 9 (3), 2006.
10. Duggan CP, Jaksic T. Pediatric Intestinal Failure. **N Engl J Med.** 377 (7): 666-75, 2017.
11. Puoti MG, Köglmeier J. Nutritional Management of Intestinal Failure due to Short Bowel Syndrome in Children. **Nutrients.** 15 (1): 62, 2022.
12. Fullerton BS; Hong CR; Jaksic T. Long-term outcomes of pediatric intestinal failure. **Semin Pediatr Surg.** 26 (5): 328-335, 2017.
13. Hopkins J, Cermak SA, Merritt RJ. Oral Feeding Difficulties in Children With Short Bowel Syndrome: A Narrative Review. **Nutr Clin Pract.** 33 (1): 99-106, 2018.
14. Belza C, Fitzgerald K, DeSilva N, Avitzur Y, Steinberg K, Courtney-Martin G et al. Predicting Intestinal Adaptation in Pediatric Intestinal Failure: A Retrospective Cohort Study. **Ann Surg.** 269 (5): 988-93, 2019.
15. Khan FA, Squires RH, Litman HJ, Balint J, Carter BA, Fisher JG et al. Predictors of Enteral Autonomy in Children with Intestinal Failure: A Multicenter Cohort Study. **J Pediatr.** 167 (1): 29-34.e1, 2015
16. Channabasappa N, Girouard S, Nguyen V, Piper H. Enteral Nutrition in Pediatric Short- Bowel Syndrome. **Nutr Clin Pract.** 35 (5): 848-54, 2020.
17. Tappenden KA. Pathophysiology of short bowel syndrome: considerations of resected and residual anatomy. **J Parenter Enteral Nutr.** 38 (1 Suppl): 14s 22s, 2014.
18. Olieman JF et al. Interdisciplinary management of infantile short bowel syndrome: resource consumption, growth, and nutrition. **J Pediatr Surg.** 45 (3): 490-498, 2010.
19. Natascha SS. **Indicadores de prognóstico para o alcance da Autonomia Enteral em crianças com Falência Intestinal secundária a Síndrome do Intestino Curto**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2023.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Caderno 4 – Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017.
21. Protheroe S. Long-term parenteral nutrition. **Paediatrics and Child Health.** 29 (9): 369-76, 2019
22. Pironi L, Goulet O, Buchman A, Messing B, Gabe S, Candusso M et al. Outcome on home parenteral nutrition for benign intestinal failure: a review of the literature and benchmarking with the European prospective survey of ESPEN. **Clin Nutr.** 31 (6): 831-45, 2012.
23. Liege LG. **Curso sobre cuidados à criança e adolescente com falência intestinal crônica em uso de nutrição parenteral domiciliar**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2023.
24. Nogueira J, Brauna M. Programa Eurosocial. **Boas práticas internacionais e do Brasil de apoio ao cuidador familiar**. Madrid, 2021.
25. Corrigan ML, Huang S, Weaver A, Keeler D, Rahe K, Balint J et al. Resources for the provision of nutrition support to children in educational environments. **Nutr Clin Pract.** 32: 834-43, 2017.
26. Pedrón-Giner C, Martínez-Costa C, Gómez-López L, Navas López VM, Redecillas FS, Moreno-Villares JM et al. Home parenteral nutrition in children: procedures, experiences and reflections. **Nutr Hosp.** 25: 705-11, 2010.
27. Dreesen M, Foulon V, Spriet I, Goossens GA, Hiele M, De Pourcq L et al. Epidemiology of catheter-related infections in adult patients receiving home parenteral nutrition: a systematic review. **Clin Nutr.** 32: 16-26, 2013.
28. McNiven C, Switzer N, Wood M, Persad R, Hancock M, Forgie S et al. Central venous catheter repair is not associated with an increased risk of central line infection or colonization in intestinal failure pediatric patients. **J Pediatr Surg.** 51: 395-7, 2016.
29. Martins MS. **Manual educativo de cuidados domiciliares de crianças e adolescentes em reabilitação intestinal**. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2023.

30. Witkowski MC et. al. Capacitação dos familiares de crianças e adolescentes para os cuidados com nutrição parenteral domiciliar. *Rev Paul Pediatr.* 37(3): 305-311, 2019
31. Mantegazza C et al. Travelling with children on home parenteral nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 62 (1): 145-149, 2016.
32. Pinto JFGM, Costa EL. Nutrição parentérica domiciliária: a mudança de um paradigma. *Arq Med.* 29 (4): 103-111, 2015.
33. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* [internet]. Brasília, 2012
34. Kennedy A et al. Implementation of self-management support for long-term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 346: f2882, 2013.
35. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). *Resolução Cofen n. 464/2014.* Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília, 2014.
36. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). *Resolução Cofen n. 736/2024.* Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, 2024.



Documento assinado eletronicamente por **HÉLIO MARCO PEREIRA LOPES JÚNIOR, Colaborador(a)**, em 03/10/2024, às 11:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **IGOR RIBEIRO DE OLIVEIRA - Coren-DF n 391.833-ENF, Coordenador(a) da Câmara Técnica**, em 03/10/2024, às 12:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **RINALDO DE SOUZA NEVES, Colaborador(a)**, em 03/10/2024, às 14:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **LINCOLN VITOR SANTOS, Colaborador(a)**, em 03/10/2024, às 14:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALBERTO MEDEIROS FERREIRA JUNIOR, Colaborador(a)**, em 03/10/2024, às 16:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **SABRINA MENDONÇA MARÇAL ALVES, Colaborador(a)**, em 03/10/2024, às 16:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0417070** e o código CRC **B065E0C2**.