



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL
NA COMPREENSÃO DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS
DE UMA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

ALINE LUIZA FÜHR

ALINE LUIZA FÜHR

**POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA
COMPREENSÃO DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS
DE UMA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Integração Latino- Americana, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade de residência.

Orientador: Prof. Dra Erika Marafon Rodrigues Ciacchi

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Luís de Andrade Barbosa

Foz do Iguaçu
2018

ALINE LUIZA FÜHR

**POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA
COMPREENSÃO DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS
DE UMA REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Erika Marafon Rodrigues Ciacchi
UNILA

Profa. Dra. Rozane Aparecida Toso Bleil
UFFS

Enf. Ms. Lisete Palma Lima
SMS-PMFI

Aprovação: () Sim () Não

Foz do Iguaçu, 16 de Fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha professora orientadora não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade verdadeira, respeito, confiança e persistência. Você fez toda a diferença durante a Residência e especialmente para o desenvolvimento deste trabalho. Levo seu carinho para minha vida.

Aos professores da banca pelo tempo dedicado e os esforços para estarem presentes em um dia tão importante.

Às Nutricionistas e preceptoras Janaina e Aline pela amizade e parceria durante os dois anos e principalmente, por não medirem esforços para que este trabalho pudesse ser desenvolvido em meio a todas as dificuldades que apareceram no seu decorrer. À vocês minha eterna gratidão.

Às nutricionistas do Hospital municipal, também pela amizade e paciência pela qual foram fundamentais para o início e continuidade deste estudo.

Às profissionais do PAD, sem as quais a coleta de dados seria fortemente afetada, agradeço de todo meu coração pela ajuda e persistência quando mais precisei.

Aos cuidadores, familiares e pacientes deixo aqui meu respeito e franco agradecimento pela confiança e permissão para a visita à seus lares.

Ao Professor Thiago pelo auxílio nas análises estatísticas.

À Secretaria de Saúde e à direção do Hospital municipal pela confiança e permissão para a realização deste estudo.

Aos colegas de curso pelas inúmeras horas que vivemos juntos pela Residência.

Aos meus pais, namorado, amigos e familiares pelo apoio aos meus sonhos e pela torcida para meu sucesso.

Ao meu padrinho, o qual infelizmente não tive a oportunidade de me despedir antes de seu falecimento durante o período da Residência... Sempre te amarei!

A Deus e a vida pelas oportunidades que me deram, meu muito obrigada!

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana" C. Jung

FÜHR, Aline Luiza. **Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira**. 2018. 28. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMO

Este estudo analisa possibilidades, limites e desafios da Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (TNED) na rede pública de saúde e perfil nutricional de pacientes pós alta hospitalar de Foz do Iguaçu-Paraná. Possui delineamento transversal e quanti-qualitativo compondo o grupo de sujeitos: 12 indivíduos sob esta terapia (com e sem acompanhamento nutricional); 12 cuidadores e 8 profissionais de saúde. Na coleta de dados utilizou-se anamnese nutricional (usuários) e entrevistas (profissionais e cuidadores). As entrevistas foram gravadas e transcritas tendo estes dados sido analisados na perspectiva teórica de Bardin; e para o perfil nutricional utilizou-se fita inelástica e adipômetro sendo os dados avaliados comparados às recomendações. Houve predomínio do gênero feminino e adultos para cuidadores e profissionais, enquanto entre os usuários, de idosos e mulheres. Sete destes estavam sob dieta manipulada; a frequência de complicações foi maior no grupo sem acompanhamento nutricional, assim como de óbitos e perfil antropométrico menos satisfatório. Os cuidadores mostraram-se desorientados e inseguros em relação à condução da TNDE, sobretudo no grupo desassistido por nutricionista. Profissionais e cuidadores apontaram a importância de acompanhamento profissional após a alta hospitalar e de oferta de dietas; fragilidades na rede pela ausência de fluxo, orientações padronizadas e encaminhamentos; com indicação de protocolo em rede para a condução da TNDE. Estes resultados mostram a necessidade de formação dos cuidadores, equipe multiprofissional e intervenção gestora no cuidado domiciliar.

Palavras-chave: Nutrição Enteral. Atenção domiciliar. Rede de cuidados continuados de saúde.

FÜHR, Aline Luiza. Possibilities and limitations of enteral nutritional therapy in the understanding of caregivers and professionals of a public health network.. 2018. 28. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana e Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, 2018.

ABSTRACT

This study analyzes the possibilities, limits and challenges of Home Enteral Tube Feeding (HETF) in the public health network and nutritional profile of patients after hospital discharge in a city of Paraná. It has a transverse and quantitative-qualitative design. Sample with 12 individuals under this therapy (with and without nutritional monitoring); 12 caregivers and 8 health professionals. In the data collection we used nutritional anamnesis (patients) and interviews (professionals and caregivers). The interviews were recorded and transcribed under content analysis from the theoretical perspective of Bardin; for the nutritional profile, inelastic tape and adipometer were used and the data evaluated were compared to the recommendations. There was a predominance of the female gender and adults for caregivers and professionals, while in the elderly and female patients. More than half of patients were on a manipulated diet; the frequency of complications was higher in the group without nutritional follow-up, as well as in deaths and a less satisfactory anthropometric profile. Caregivers were disoriented and insecure regarding the conduction of HETF, especially in the group not served by a nutritionist. Professionals and caregivers pointed out the importance of professional follow-up after hospital discharge and the provision of diets; weaknesses in the network due to lack of flow, standardized guidelines and referrals; with indication of network protocol for the conduction of HETF. These results show the need for training of caregivers, multiprofessional team and management intervention in home care.

Key words: Enteral nutrition. Home care. Network of continued health care.

FÜHR, Aline Luiza. Posibilidades y limitaciones de la nutrición enteral domiciliaria en la comprensión de cuidadores y profesionales de una red pública de salud. 2018. 28. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino- Americana e Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, 2018.

RESUMEN

Este estudio analiza posibilidades, límites y desafíos de la Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) en la red pública de salud y perfil nutricional de pacientes post-alta hospitalaria de una ciudad del interior del Paraná. Tiene un diseño transversal y cuantitativo. Muestra con 12 individuos bajo esta terapia (con y sin acompañamiento nutricional); 12 cuidadores y 8 profesionales de la salud. En la recolección de datos se utilizó anamnesis nutricional (pacientes) y entrevistas (profesionales y cuidadores). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas bajo análisis de contenido en la perspectiva teórica de Bardin; para el perfil nutricional se utilizó cinta inelástica y adipómetro y los datos evaluados comparados a las recomendaciones. Se observó predominio del género femenino y adulto para cuidadores y profesionales, mientras que en los pacientes, de ancianos y mujeres. Más de la mitad de los pacientes estaban bajo dieta manipulada; la frecuencia de complicaciones fue superior en el grupo sin acompañamiento nutricional así como de óbitos y perfil antropométrico menos satisfactorio. Los cuidadores se mostraron desorientados e inseguros en relación a la conducción de NDE, especialmente en el grupo desasistido por nutricionista. Profesionales y cuidadores apuntaron la importancia de acompañamiento profesional después del alta hospitalaria y de oferta de dietas; fragilidades en la red por la ausencia de flujo, orientaciones estandarizadas y encaminamientos; con indicación de protocolo en red para la conducción de NDE. Estos resultados muestran la necesidad de formación de los cuidadores, equipo multiprofesional e intervención gestora en el cuidado domiciliar.

Palabras clave: Nutrición Enteral. Atención domiciliaria. Red de cuidados continuados de salud.

ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo intitulado "Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira" está nas normas do periódico "Revista Cadernos de Saúde Pública".

Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira

Nutrição enteral na compreensão de cuidadores e profissionais

Possibilities and limitations of enteral nutritional therapy in the understanding of caregivers and professionals of a public health network in a border region

Enteral nutrition in the understanding of caregivers and professionals

Posibilidades y limitaciones de la nutrición enteral en la comprensión de cuidadores y profesionales de una red pública de salud en la frontera

Nutrición enteral en la comprensión de cuidadores y profesionales

Introdução

Com o crescimento das taxas de doenças crônicas, acidentes e da população idosa no país, aumentam-se também os números de internações hospitalares, óbitos e altas para o cuidado domiciliar de indivíduos, muitos destes com suas necessidades fisiológicas alimentares sendo mantidas pela Nutrição Enteral (NE) ^{1,2}.

A NE é um procedimento antigo para garantir o alcance das necessidades nutricionais e de hidratação, nos casos em que a via fisiológica se apresenta ineficiente ou impedida. É caracterizada pela administração direta no intestino delgado ou estômago com auxílio de sondas, tanto de alimentos liquidificados quanto de nutrientes através de soluções nutritivas com fórmulas quimicamente definidas ^{3,4}.

No âmbito domiciliar existe a possibilidade da Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (TNED), por meio de assistência nutricional e clínica ao indivíduo que pode retornar ao núcleo familiar. Ela pode ser realizada por via oral, enteral ou parenteral visando recuperar ou

manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do usuário, como uma continuação do atendimento iniciado já no âmbito hospitalar ⁴.

O cuidado no domicílio apresenta importantes benefícios, entretanto, a administração de TNE exige condições básicas como estabilidade hemodinâmica, metabólica, tolerância à TNE, possibilidade de um cuidador habilitado e existência de um ambiente domiciliar e acompanhamento profissional adequados ^{4,5}. Para o alcance do sucesso nessa terapêutica são necessárias intervenções relacionadas a aspectos fisiológicos, técnicos e de cunho psicossociais considerando a importância de compreender melhor as atitudes tomadas pelos pacientes e cuidadores face à necessidade do uso de sondas para o ato alimentar ⁶.

Considerando a variedade de dietas e preparos para administração via NE, são apontados benefícios quanto à administração de dietas industrializadas com fórmulas definidas, sem a necessidade de manipulação secundária. Entretanto, elas são de difícil custeio para o SUS, uma vez que não há financiamento específico para a TNE domiciliar e normalmente têm elevado custo, o que também dificulta a adesão pela população, cabendo à maioria dos municípios um planejamento próprio, mesmo a alimentação sendo direito constitucional ^{1,3}. Somado a isso, aponta-se também para a carência de protocolos em TNE universalmente aceitos e padronizados ⁷, bem como de estudos relacionados à nutrição enteral domiciliar, normalmente restritos a determinadas regiões ^{7,8,9}.

Este estudo analisa possibilidades, limites e desafios da TNE na Rede de Atenção à Saúde (RAS) pública de Foz do Iguaçu-PR, município de fronteira com Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazu (Argentina) e o perfil nutricional de usuários submetidos a esta terapia pós alta hospitalar. Pela observação da fragilidade na conexão entre os níveis de complexidade na rede de atenção à saúde e dada a importância deste suporte terapêutico na busca do estado nutricional adequado foram valorizadas as percepções de cuidadores e profissionais de saúde acerca deste processo.

Método

Embora o estudo trate da análise dos fatos e eventos no contexto de vida de usuários submetidos a uma intervenção clínico-nutricional, por meio da utilização de TNE, com avaliação também de alguns aspectos quantitativos como dados antropométricos e nutricionais em uma análise comparativa, o mesmo tem enfoque predominantemente qualitativo e delineamento transversal, realizado de março a dezembro de 2017. Algumas variáveis quantitativas vêm colaborar para uma análise mais amplificada sobre o processo de cuidado nutricional associado a fatores ligados à historicidade das relações entre profissionais, cuidadores e sujeitos submetidos à NE, que por sua vez situa o problema em

um contexto complexo, não estático, ao contrário disso, é profundamente dinâmico estabelecendo inclusive as contradições possíveis.

Este estudo se propõe, portanto, a analisar o objeto sob o enfoque do método dialético Triviños (1987)¹⁰, que considera a participação do sujeito, para a obtenção dos resultados, como um dos princípios do fazer científico, pautado na prática social, para buscar explicações dos fenômenos da sociedade.

A fins de definição, Foz do Iguaçu é considerada a maior cidade de fronteira do Brasil e localiza-se no extremo oeste paranaense, em região de tríplice fronteira turística com visíveis desigualdades sociais. Moradores fronteiriços se deslocam entre estas cidades, especialmente a partir da década de 1970 criando variadas formas de circulação e fluxos transfronteiriços na região. Por conseguinte, este fenômeno também repercute no sistema de saúde de Foz do Iguaçu, onde os fluxos migratórios e turísticos têm produzido um aumento significativo de uma “população flutuante” a qual tem utilizado o sistema público de saúde (imigrantes nacionais e internacionais, turistas, estudantes de outros estados e países, a população fronteiriça do Paraguai e, em menor quantidade, da Argentina)^{11,12}.

Atualmente, a modalidade de gestão do município onde foi realizado este trabalho é a Gestão Plena e nele estão credenciadas, pelo Ministério da Saúde, 37 equipes de saúde da família (ESF), com estimativa de população coberta em torno de 45,87%. O município está dividido em 5 distritos de saúde onde estão distribuídas Unidades de Saúde da Família (USF), sendo: Norte (7 USF), Nordeste (5 USF), Leste (6 USF), Central (6 USF) e Oeste (5 USF).

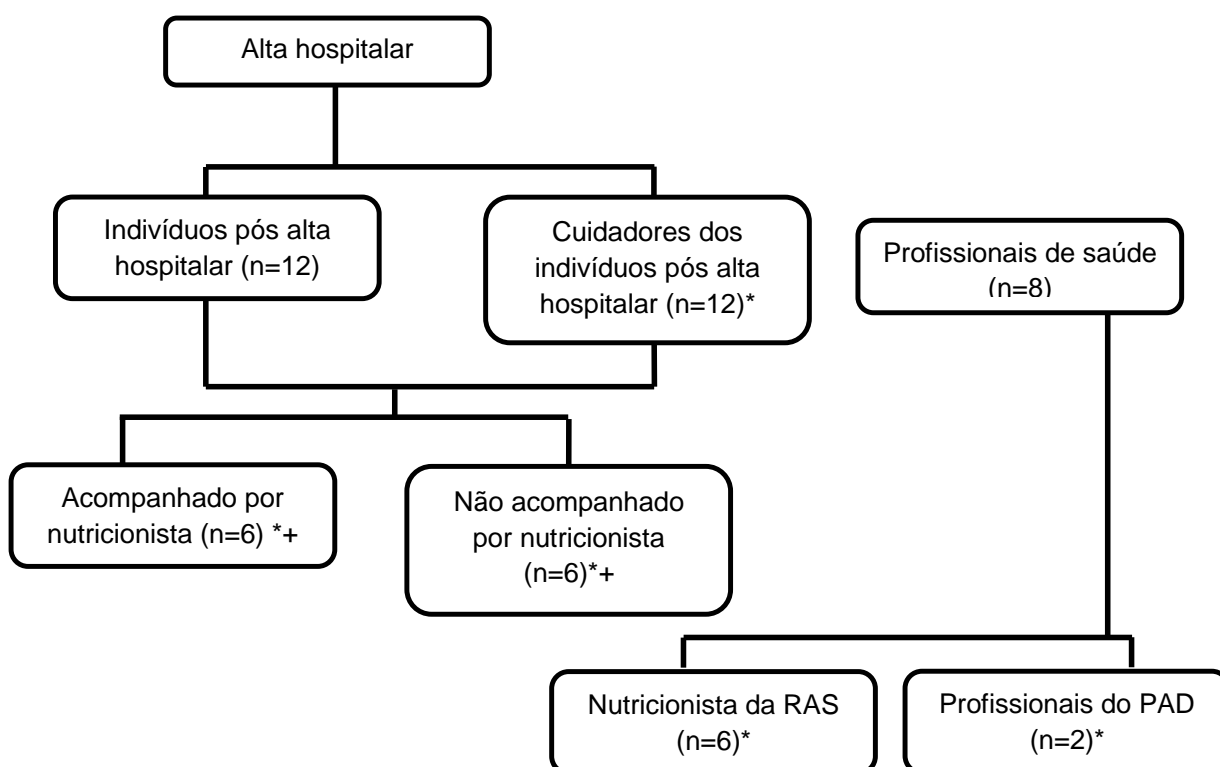
Dentre estes distritos, contam com NASF somente o Norte, o Nordeste e Leste, totalizando três núcleos na modalidade 1 no município. Entretanto, nenhum conta com equipe multiprofissional completa. Dentre os profissionais integrantes listam-se: Fisioterapeutas, Assistente Social, Psicólogo e Nutricionistas sendo que estas últimas compõem as equipes dos três NASF com relato de que encontram dificuldades de cobertura dos próprios distritos, em decorrência da falta de recursos humanos e da característica do trabalho local a ser desenvolvido pelo NASF. O Município também conta com um Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) incompleto composto por Enfermeira e Técnica de Enfermagem, o qual se soma às ESF para o atendimento domiciliar.

O hospital municipal possui um total de 210 leitos, divididos em enfermarias, pediatria, ortopedia, psiquiatria, clínica médica, urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva. Conta atualmente com três nutricionistas contratadas para o atendimento clínico dos pacientes que dividem as responsabilidades entre os distintos setores. A alimentação durante a internação é acompanhada pelas nutricionistas e preparada pelo setor de nutrição

terceirizado. As dietas enterais oferecidas são industrializadas, e quando necessário são adicionados módulos. Com a alta hospitalar são dadas orientações para o cuidado domiciliar por meio dos diferentes profissionais de saúde do local, de acordo com as especificidades e necessidades do paciente. Para o recebimento de dietas enterais industrializadas é necessário que a família busque auxílio judicial, o que normalmente exige um importante período de tempo e processos burocráticos que muitas vezes não são de conhecimento da população e dos profissionais de saúde.

Considerando tais aspectos, os informantes deste estudo foram divididos em três grupos: 12 usuários que estiveram internados no hospital municipal e que receberam alta com prescrição de TNDE; 12 cuidadores dos referidos usuários; e profissionais de saúde – 3 nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 3 do hospital municipal e 2 profissionais do Programa de Atenção Domiciliar (PAD). O grupo de usuários foi subdividido em duas categorias sendo um sem acompanhamento nutricional após alta hospitalar (n=6) e outro com acompanhamento de nutricionista do NASF, (n=6). Cada um destes grupos contando igualmente com 6 usuários.

A coleta dos dados se deu a partir da avaliação nutricional domiciliar dos sujeitos sob TNDE e de entrevistas semiestruturadas realizadas com os cuidadores e profissionais (Figura 1). Para isso foram elaborados anamnese nutricional e questionários diferenciados para profissionais e cuidadores. Os participantes do grupo sob a TNDE não foram entrevistados por não apresentarem condições no momento da pesquisa para comunicação verbal.



* Realizado entrevista e coleta de dados qualitativos; + Aplicado anamnese e coleta de dados quantitativos.

Figura 1 – Fluxograma referente à coleta de dados qualitativos e quantitativos da pesquisa. 2018.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Os profissionais de saúde foram abordados no decorrer da pesquisa. Dos cuidadores e usuários em TNDE os dados foram coletados após a alta. Para o grupo sem acompanhamento nutricional foi utilizado documento de anamnese elaborado pela pesquisadora. Para o grupo com acompanhamento de nutricionista as informações também foram coletadas por este instrumento considerando também as avaliações segundo conduta do profissional.

O grupo sem acompanhamento nutricional recebeu visita da pesquisadora no período de cerca de três semanas após a alta hospitalar para a busca de fatos e ocorrências desencadeados pelo uso de TNED não assistida, além de coleta de dados antropométricos e nutricionais, e da realização das entrevistas. O grupo acompanhado pela nutricionista do NASF recebeu a visita e acompanhamento da pesquisadora como observadora, junto às intervenções, logo após a alta hospitalar, pelo período de três semanas, resultando em duas visitas domiciliares, sendo que os dados quantitativos referem-se ao período de 15 dias após a alta hospitalar dos dois grupos.

Para a avaliação antropométrica, foram utilizados Peso (Kg), Estatura (cm), Circunferência do Braço (CB), da panturrilha (CP), Prega Cutânea Tricipital (PCT), Bíceps (PCB), Subescapular (PCSE), Suprailíaca (PCSI) e Altura do Joelho (AJ). As circunferências foram verificadas com fita métrica inelástica e as pregas por meio de plicômetro científico Cescorf. Nesta amostra, todos os sujeitos sob TNED encontraram-se impossibilitados para a aferição de peso e/ou estatura sendo estes estimados a partir de equações de acordo com gênero, raça e idade do usuário^{13,14}. Foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) e classificado de acordo com recomendações para idade^{15,16}. A massa muscular foi avaliada a partir da Circunferência Muscular do Braço (CMB) e sua adequação estimada de acordo com sexo e idade¹⁷; e por meio da circunferência da panturrilha classificada conforme Chumlea *et al.* (1995)¹⁸. O percentual de Gordura Corporal (GC) foi estabelecido segundo estimativa proposta por Durnin e Womersley (1974)¹⁹ sendo classificado conforme Lohman (1992)²⁰.

Em relação ao tipo de dieta enteral, foi considerada dieta artesanal aquela feita apenas com alimentos *in natura*; modular quando feita com módulos de nutrientes; com fórmula definida quando ofertada fórmula industrializada completa; e mista na junção da artesanal e modular³. Também foram coletadas informações quanto a complicações relacionadas à TNED. Para isso, estas foram divididas em três categorias (mecânicas, metabólicas e gastrintestinais), somadas à frequência das distintas complicações referentes a cada grupo. Dessa forma, para cada categoria houve mais do que um tipo de complicação observada nos usuários.

As entrevistas realizadas foram gravadas e imediatamente transcritas para serem organizadas a partir de um sistema de categorização dos dados sustentado na análise de

conteúdo de Bardin (1977) ²¹ com a finalidade de expor as ideias centrais e mais recorrentes nas falas que pudessem formar categorias aglutinadas de temas semelhantes ou exaustivamente emergidos.

Todos os dados foram organizados com o Microsoft Excel. As análises descritivas foram desenvolvidas com este mesmo programa por meio de médias, percentuais e Desvio Padrão (DP).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o protocolo N° 66931217.6.0000.0107, respeitados os critérios éticos da pesquisa com seres humanos conforme a Resolução CNS N° 466/2012. Os usuários, cuidadores e profissionais de saúde forneceram os depoimentos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido zelando pelo anonimato dos informantes.

Resultados e Discussão

A análise dos resultados desencadeou a formação de duas categorias: *Alta hospitalar e o manejo da nutrição enteral domiciliar* desvelando a complexidade da operacionalização do cuidado nutricional domiciliar realizada, na grande maioria das vezes por um cuidador da família, e *“Eu tô perdido!” - Os descaminhos nos fluxos de informação e encaminhamentos*, que aponta a necessidade de uma comunicação mais efetiva para a continuidade do cuidado nutricional enteral domiciliar envolvendo a necessidade de diálogos bem articulados na instância da atenção primária. Estas categorias temáticas são complementadas pelos dados quantitativos relacionados à avaliação do perfil nutricional e complicações decorrentes do uso da TNDE.

A maioria dos participantes sob TNDE era idoso (n=10) e do gênero feminino (n=10), com predominância de cuidadores adultos (n=11) e também mulheres (n=8) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos participantes do estudo. 2018.

Grupo	Faixa etária				Gênero		
	Adulto	Idoso	Idade Média	DP Idade	Feminino	Masculino	
Indivíduos sob TNED	Com acompanhamento	n = 1	n = 5	73,50	9,38	3	3
	Sem acompanhamento	% = 16,67	% = 83,33	71,83	11,89	50,00	50,00
Cuidadores	Com acompanhamento	n = 6	n = 0	39,67	11,10	5	1
	Sem acompanhamento	% = 100,00	% = 0,00	37,83	12,20	83,33	16,67
Profissionais	Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)	n = 5	n = 1	58,50	3,50	2	4
		% = 83,33	% = 16,67	50,00	0,00	33,33	66,67
		n = 1	n = 1			2	0
		% = 50,00	% = 50,00			33,33	0,00

	n	6	0			6	0
Nutricionistas	%	100,00	0,00	32,50	4,96	100,00	0,00

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Os cuidadores eram, na maior parte, parentes dos pacientes (n=11) deste grupo e foram orientados sobre a TNE na alta hospitalar pelo nutricionista do local (n=12). Com relação aos profissionais de saúde, todos os participantes eram mulheres (n=12) e um profissional do PAD, idoso (Tabela 1).

Alta hospitalar e o manejo da nutrição enteral domiciliar: “em casa também é necessário um auxílio.”

O acompanhamento após a alta hospitalar de usuários e cuidadores com e sem a supervisão de nutricionista permitiu o encontro de realidades muito distintas referentes à segurança do cuidador para a realização da prática alimentar via sonda no cotidiano do domicílio e à ocorrência de complicações durante a evolução do estado de saúde.

Neste grupo, sete dos usuários estavam em uso de dieta manipulada, sendo deste total, dois em uso completamente artesanal e cinco com dieta artesanal complementada com suplementos de caráter energético. Os demais usuários estavam em uso de dietas industrializadas adquiridas por recursos próprios.

Considerando o percentual de sujeitos com a dieta manipulada, aponta-se para um fator preocupante na observação da fala da profissional de saúde que percebe a inexistência de um padrão energético, sendo a dieta comumente elaborada no domicílio de acordo com a possibilidade do cuidador, fato também relacionado à necessidade de orientações profissionais:

“[...] a industrializada ela já vem no ponto certo, dose certa, de todas as vitaminas e nutrientes que precisa. E a outra não, eles não tem. Não botam todo dia aquela mesma quantidade de proteína e vitamina que é preciso. ... fica grossa e eles querem aumentar botando mais água, mais leite ...” (Técnica de Enfermagem PAD, 55a.)

“[...] a gente não tem a orientação... a gente não tem não... se a gente não tem condição de fazer em casa o município devia de arcar com essa alimentação, pra ceder pra essas pessoas que estão acamadas. É necessário que o governante dê uma olhadinha um pouco mais para as pessoas que estão acamadas e que estão indo pra casa... [...] em casa também é necessário um auxílio. Muito necessário.” (Cuidador 8, 34a., sem acompanhamento)

A partir das experiências que vivenciaram, os cuidadores localizados em áreas sem o acompanhamento de nutricionista manifestaram a necessidade de orientações deste profissional, além de mencionarem a importância da presença da equipe multiprofissional. A

alimentação enteral foi apontada como a principal dificuldade durante a adaptação na nova rotina, como observado na fala de dois cuidadores:

"Só a alimentação dela que foi difícil. A dificuldade foi essa." (Cuidadora 4; 27a., sem acompanhamento).

"Minha preocupação era essa. Como que eu vou tratar meu pai pela sonda? Pra mim isso seria muito difícil [...] Nossa, pensava muito nisso, a coisa que eu mais tinha medo era essa sonda assim." (Cuidador 1, 41a., com acompanhamento).

O retorno de um membro da família ao domicílio após o período de internação hospitalar pode representar uma alegria, mas também angústia ou estresse ²², sentimento também referido em algumas das falas de nossos informantes. E não ter acesso à dieta industrializada foi apontado pelo cuidador como uma fragilidade no cuidado da TNED, devido sobretudo às dificuldades para o preparo e especialmente pela falta de supervisão profissional causando insegurança quanto ao aporte nutricional desta via alimentar.

"[...] quando foi pra peneirar, não deu certo, a gente fez no pano, daí não deu certo... aí meio que não desceu. [...]" (Cuidador 4; 27a., sem acompanhamento)

"Sair fora do padrão, medida do colesterol, sal... essas coisas assim. Aí que vai prejudicar. Comprar pronta já vem nutrido[...] acho que não vai dar pra comprar não. (Cuidador 11, 61a., sem acompanhamento)

"Então a dificuldade é saber que tá fazendo a coisa certa. Saber que tá... que a gente tá evoluindo. Se é certo... então eu acho que é isso sabe. Falta de segurança sabe. Até da própria orientação do profissional. Ter a orientação mais de perto. Isso acho que seria a essência sabe, pra dar certo. E tá sendo também a nossa dificuldade né." (Cuidador 2, 35a., sem acompanhamento)

Não é incomum o cuidador no domicílio encontrar dificuldades para realização dos procedimentos necessários à instalação da alimentação enteral, tanto no que diz respeito à obstrução da sonda quanto ao gotejamento da alimentação. Neste cuidado emergem sentimentos de medo, angústia, nervosismo e inquietações gerando uma situação desconfortável com forte peso emocional, que podem ser amenizados por meio de orientações recebidas por profissionais de saúde ^{23,24}.

"[...] eu acho que significa tudo, é lógico que tudo! É a melhor coisa, porque tem coisas assim que você não tem muita noção, você fica em dúvida, você quer saber certo, daí você pensa: será que pode, será que não pode, o quê que eu vou fazer certo? Você viu que eu fiz muitas perguntas pra vocês né, então quando eu tenho dúvida eu gosto de perguntar. Então

eu acho que se você for fazer, tudo que você faz, já fazer a pergunta, tudo certinho [...] "
(Cuidadora 10, 39a., com acompanhamento)

"Ah, é muito importante. Tá sendo muito bom. Porque esclareceu minhas dúvidas. E agora, eu tava dando muito pouca água, vou poder dar mais água pra ela. E eu sei que se eu tiver alguma dúvida vocês vão esclarecer pra mim." (Cuidadora 9, 32a., com acompanhamento)

Outros aspectos não menos importantes devem ser observados para além do conhecimento no manejo da TNDE como os procedimentos operacionais padronizados e cuidados higiênico-sanitários relacionados à lavagem das mãos e de equipamentos. Não raro estudos apontam os riscos microbiológicos em relação à referida terapia, a exemplo de um estudo no qual 75% da amostra seguiam as orientações gerais de nutrição, entretanto, mais da metade da amostra apresentou inadequação higiênica ²⁵.

É fundamental a aproximação do cuidador à equipe de referência considerando suas potencialidades e dificuldades no processo do cuidado nutricional enteral domiciliar, bem como a carga de afazeres que comumente é dada a esta pessoa ².

A dificuldade acentuada relacionada à dieta e à ausência de assistência profissional também se soma a um índice de complicações relacionadas à TNED superior neste grupo, verificado nas falas dos cuidadores, mas também na classificação da natureza destas complicações.

"Ela já ficou assim, daí eu liguei no SAMU e pedi orientação, daí eles falaram que poderia ser, daí eles vieram e era realmente. Teve hipoglicemia." (Cuidador 4; 27a., sem acompanhamento);

"[...] voltou a primeira vez e voltou pro pulmão.[...] Inclusive eu tive dificuldade com a sonda, porque a sonda de vez em quando escapa, várias vezes escapou, ela teve uma broncoaspiração. Teve que fazer uma limpeza no pulmão, tudo por causa da sonda de alimentação." (Cuidador 8, 34a., sem acompanhamento)

Neste grupo, a frequência de complicações foi maior (68,89%) em relação ao grupo acompanhado por nutricionista (31,11%), considerando-se o mesmo período de tempo, com complicações mecânicas e gastrointestinais mais frequentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência de complicações por categoria relacionadas à TNED nos grupos acompanhados. 2018.

Complicação relacionada à TNED	Com acompanhamento		Sem acompanhamento	
	n	%	n	%
Mecânicas	7	50,00	12	38,71
Metabólicas	2	14,29	8	25,81
Gastrointestinais	5	35,71	11	35,48
Total	14	100,00	31	100,00

Frequência total de complicações (%)	31,11	68,89
--------------------------------------	-------	-------

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Outros estudos também verificaram a ocorrência de complicações no domicílio, em especial de origem gastrointestinal e mecânica após a alta hospitalar, apontando taxas de sobrevida menor e taxas elevadas de óbito na presença da desnutrição ^{8,9,26}.

Os desafios decorrentes de adaptações do cotidiano para a TNED, dificuldades econômicas e de distintos aspectos, bem como a convivência com novas situações, como é o caso das complicações, podem contribuir para a insegurança alimentar e nutricional, pela oferta alimentar inadequada e conseqüentemente risco de desnutrição e de vida ²⁶.

Em nosso estudo, também houve a ocorrência de óbitos, em ambos os grupos, porém, com taxa duas vezes maior naquele sem acompanhamento nutricional (n= 5 óbitos).

Também foram observadas distinções no estado nutricional com os valores médios, considerando o DP, de IMC; % de gordura corporal, massa muscular, adequação da CMB e CP, mostrando-se menos adequados no grupo sem acompanhamento (Tabela 3).

Tabela 3 – Estado nutricional de indivíduos sob TNED com e sem acompanhamento por nutricionista, duas semanas após a alta hospitalar. 2018.

Marcador	Com acompanhamento		Sem acompanhamento	
	Média	DP	Média	DP
Peso (kg)	61,93	±18,98	46,28	±6,56
IMC (kg/m ²)	24,34	±5,32	20,04	±3,70
% Gordura Corporal	31,42	±4,82	29,35	±8,16
Massa Muscular média (kg)	41,82	±10,66	32,36	±3,73
Adequação da CMB (%)	95,69	±12,85	84,10	±14,00
CP (cm)	28,82	±3,98	25,22	±3,69

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Destaca-se que 4 sujeitos apresentaram baixo peso pelo IMC com CP indicando desnutrição em todos (n=6) do grupo sem acompanhamento, além da presença de desnutrição grave em 2 deles constatada pela CMB e % de gordura corporal e massa magra inferiores.

Em relação à CP, salienta-se que baixos valores desta medida relacionam-se à redução da capacidade física, risco de fragilidades e de baixo desempenho funcional ^{27,28}.

Estes resultados quando somados à taxa de mortalidade e às falas de cuidadores e profissionais manifestando a existência da redução na velocidade da evolução de saúde devido à ausência de acompanhamento por nutricionista, bem como de uma equipe multiprofissional, indicam que o acompanhamento nutricional adequado é imprescindível após a alta hospitalar, bem como de reflexões em rede como será apontado adiante.

“Pacientes que não foram acompanhados por nutricionista, não tem essa supervisão da dieta, o que é que acontece, perde peso, as úlceras por pressão não tem evolução. Estacionam. Você vê nitidamente a coloração da ferida. Muda tudo.”(Enfermeira PAD, 62a.)

“... daí ele vai ficando debilitado, debilitado, debilitado. Aí vai dando mais doença, mais coisa e acaba morrendo. Por, falta de alimento... de nutrição.” (Técnica de Enfermagem PAD,55a.)

" Segurança né. [...] o que eu não quero é que ele volte de novo pro hospital. [...]

“Eu tô perdido!” - Os descaminhos na rede: fluxos de informação e encaminhamentos

Durante o desenvolvimento deste estudo os sujeitos referiram distintas dificuldades e impasses que dificultaram o cuidado adequado da TNED. Não houve compatibilidade entre as orientações gerais para o cuidado domiciliar dadas pelas equipes da rede de saúde, considerando a atenção nos níveis primário e terciário, fornecidas por diferentes profissionais de saúde com fragilidade na comunicação em rede.

Autores debatem aspectos também encontrados aqui, relacionados à dificuldade para execução dos procedimentos associados à nutrição enteral, bem como de recursos financeiros para as dietas; orientações distintas e complexas em relação à alimentação e nutrição; bem como insegurança e medo por parte de cuidadores para a administração da NE⁹.

Assim, a apresentação das inúmeras complicações, de ordem biológica, emocional, socioeconômica oriundas da terapia nutricional enteral domiciliar apontam a necessidade de organização e de legislações locais e nacionais para ordenamento do serviço de cuidado domiciliar⁹.

Em nosso estudo também verificamos dificuldades na comunicação entre as próprias equipes: hospitalar, ESF e NASF impossibilitando orientações mais objetivas, interprofissionais e intersetoriais.

[...] cada um dá a sua alta. Então eles chamam a nutrição pra dar alta, fisio pra dar alta, o médico pra dar alta. Como que a gente faz junto isso? Até porque se temos rotina.... então quando o paciente tem alta eles ligam pros setores e a gente tem que dar alta pra esses pacientes, antes de eles irem embora.”(Nutricionista 6, 36a., Hospital)

Esta fragmentação no ato da prescrição na alta hospitalar pode ser verificada em outros estudos citando orientações realizadas individualmente de acordo com a própria visão do profissional em relação à conduta exigida, desconsiderando a importância de uma visão integrada^{29,30}.

"[...] Aí eu questioneei: Doutora ele vai voltar de alta amanhã, a gente tá preocupado com a dieta e com o oxigênio né, e com a aspiração da traqueia que a gente não tinha prática... "não, não se preocupe, quando ele for pra casa no dia ele já sai daqui com uma enfermeira e uma nutricionista junto, quando chegar em casa vai explicar". Só que isso não aconteceu." (Cuidadora 6, 52a., com acompanhamento)

"[...]às vezes a gente sabe que o PAD tá acompanhando algum paciente pelo próprio paciente, cuidador.. que eles não conseguem se comunicar com a gente, ou não tentaram... não sei. E pelo hospital: zero comunicação. Não tenho contato com elas". (Nutricionista 3, 28a., NASF)

Ainda as fragilidades e limitações associadas à inexperiência da grande maioria dos cuidadores na operacionalização da TNE (n=10), implicaram na dificuldade para o preparo da dieta manipulada e oferta da NE causando medo e insegurança para a realização desta prática, especialmente no grupo sem acompanhamento nutricional.

"Eu tô bastante inseguro... em fazer as coisas erradas. Cada um explica uma coisa, e... eu tô lidando com uma vida né. Então eu acho que é bem, é... sei lá. É bem difícil sabe." (Cuidador 2, 35a., sem acompanhamento).

As equipes de saúde devem conhecer o membro da família ou responsável que receberá as atribuições do cuidado nutricional para melhor habilitá-lo neste exercício, além de promover aos cuidadores uma escuta atenta aos seus medos, inseguranças e dúvidas ².

"[...] no dia que ela recebeu alta eu não tava lá. Foi minha cunhada. Por isso que eu falei pra você: o que eu to fazendo pra ela aqui eu aprendi por causa da minha avó [cuidadora se refere à atenção domiciliar oferecida anteriormente à avó], [...] Aí, só que no dia que ela recebeu alta, ninguém sabia que ela ia receber naquele dia [...] pra minha cunhada entendeu.. só que daí como ela tava muito nervosa acho que eles explicaram pra ela, acabou que esqueceu tudo [...]" (Cuidadora 9, 32a., com acompanhamento).

"[...] veio a enfermeira, a nutricionista...e só. [...] informação uma em cima da outra e não captava assim. Foi amontoando, amontoando. E aí a gente teve que dividir depois. Relembrando assim." (Cuidador 11, 61a, sem acompanhamento)

Autores observaram em pesquisa que apenas 31,6% dos usuários recebiam instrumentos de referência e contrarreferência como encaminhamentos para uma unidade de atenção primária ou de cuidado domiciliar reforçando a necessidade de estabelecimento de uma efetiva integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e de outros estudos sobre o perfil da nutrição enteral domiciliar no país ⁹. Orientações do Ministério da Saúde alertam que a atenção nutricional faz parte do cuidado integral nas redes de atenção à saúde e deve

estar associada às distintas ações na rede a fim de qualificar e organizar o processo de cuidado da NE do hospital até o domicílio ².

A complexidade da terapia nutricional enteral requer um cuidado coletivo, sendo que todos os pacientes sob esta intervenção devem ser assistidos por uma equipe multiprofissional especializada, contando com nutricionista, enfermeiro, dentre outros. Além disso, um familiar deve acompanhar o paciente durante o tratamento, sobretudo para reportar à equipe de saúde potenciais problemas causados pela terapia. Usuários e cuidadores devem receber um protocolo de assistência que inclua um programa de monitoramento, estando habilitados para o manuseio da terapia orientados por um manual de informações onde cada profissional envolvido possa comunicar sobre temas relevantes para um prognóstico satisfatório ³¹.

A realidade aponta que raramente se investe na elaboração de informações e formações adequadas aos profissionais de saúde e cuidadores, com a alegação, na maioria das vezes, de que há pouco tempo disponível para esta atividade e isso mostra a necessidade indispensável de profissionais habilitados e constantemente atualizados neste campo da nutrição ³².

Outra dificuldade apresentada diz respeito às disparidades entre o ambiente hospitalar e o domicílio, dificultando a orientação e acompanhamento, especialmente das ESF. Dos casos aqui acompanhados, uma pessoa do grupo sem acompanhamento e três do grupo acompanhado por nutricionista estavam recebendo visita da ESF (médico e/ou enfermeiro).

É atribuição da ESF a realização de visitas periódicas para o acompanhamento de indivíduos sob esta terapia (em especial, com maior frequência nos primeiros seis meses de acompanhamento), bem como a possibilidade de comunicação com distintos setores no caso de necessidade de adaptações econômicas e no domicílio ².

"Algumas equipes [ESF] a gente sabe que dá pra pedir. [...] Mas geralmente o médico é última pessoa que vai na casa do paciente." (Nutricionista 3, NASF)

"Então, como é a gente que tá indo, eles [as equipes da ESF] acham que não precisam ir. Mas os pacientes continuam sendo deles, da área deles. (Enfermeira PAD, 62a.)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (2012)³³ é fundamental que o cuidador sinta-se competente e parte do processo de cuidado, sendo necessário para isso uma adequada formação, implicando na redução de medos e inseguranças. Para tanto, é primordial a oferta de orientações assertivas e programadas pela instituição hospitalar, reiteradas pelas equipes que entram em contato após a alta hospitalar.

Ainda quanto ao estudo em questão, se por um lado não ocorre o acompanhamento profissional até mesmo nos locais onde existe recurso humano para isso, por outro também deve ser apontada a defasagem de recursos humanos e financeiros no município em decorrência de fragilidades na gestão, inviabilizando a TNEC e a evolução de saúde esperada, tanto pela descontinuidade de acompanhamentos quanto pela falta de recursos para a aquisição de dietas industrializadas.. Vale ressaltar que o uso de via alternativa de alimentação e diversas restrições alimentares podem interferir na rotina e hábitos de vida do indivíduo e família, no convívio social e na capacidade produtiva, entre outros aspectos. Portanto a oferta de cuidados vai para além do suporte nutricional e o olhar interdisciplinar é primordial ².

De maneira muito marcante, neste estudo, a ausência de uma comunicação efetiva, de fluxos e outros aspectos já citados, foram influentes para que, mesmo nas regiões com atuação de nutricionista, houvesse obstáculos para o contato dos cuidadores com este profissional, além de casos de desconhecimento de usuários e profissionais de saúde sobre esta possibilidade.

Possibilidades para um modelo em rede de atenção em saúde no cuidado da nutrição enteral

O acompanhamento da TNEC pelo nutricionista foi apontado como uma necessidade tanto por profissionais de saúde que convivem com a realidade de indivíduos com e sem o acompanhamento, como especialmente pelos cuidadores que tiveram a experiência de não tê-lo. Nesse intermédio foram mencionados investimentos como a contratação de profissionais para o olhar multiprofissional (nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo), uma vez que muitos casos não receberam este cuidado no município. Aliado a isso, também foi solicitado o acompanhamento por profissionais das ESF.

Outro aspecto citado se refere ao fornecimento das dietas alimentares industrializadas para a TNEC, na visão de cuidadores de ambos os grupos e profissionais de saúde. Salienta-se que este processo ainda é subsidiado por poucos municípios no país e comumente o investimento para a aquisição dos suplementos é familiar, onerando o orçamento doméstico, comprometendo a segurança alimentar e nutricional da família como um todo e violando o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHA). Este e outros aspectos justificam a urgência do estabelecimento de critérios para o fornecimento desta alimentação ²⁶.

Os participantes sugerem uma padronização e um protocolo em rede para ordenação da TNEC, para dentre outros aspectos, reduzir ruídos que dificultam o entendimento da população e facilitam o diálogo entre profissionais. O Ministério da Saúde recomenda a elaboração de cartilhas que orientam cuidados no domicílio em relação a TNEC, ressaltando

experiências exitosas ^{34,35,36} existindo experiência de protocolos locais o uso prioritário de fórmulas com alimentos ².

Ainda, em revisão sistemática sobre a terapia nutricional enteral domiciliar no Brasil e no mundo, enfocando as principais implicações dessa modalidade terapêutica verificou-se a ausência de protocolos em TNDE universalmente aceitos, observando-se somente aqueles elaborados para determinadas localidades, dificultando a padronização do atendimento e assistência integral ao paciente ⁷.

Este trabalho não tem por finalidade esgotar a discussão, sendo necessários mais estudos abordando a nutrição enteral domiciliar ^{8,9,24,25}, muito ao contrário disso, levanta aspectos de um diagnóstico situacional que exige compromisso, cuidado humanizado e compreensão do desenvolvimento de uma rede de apoio singular por parte de todos os profissionais envolvidos, na formação de vínculo com as famílias cuidadoras.

Considerações finais

Os resultados aqui encontrados retratam que a grande maioria dos usuários estava sob dieta manipulada; com uma frequência expressiva de complicações e perfil antropométrico menos satisfatório, sobretudo no grupo sem acompanhamento nutricional. Os cuidadores apontaram necessidade de atenção sobre orientações gerais, padronizadas e integradas em relação à condução da TNDE. Profissionais e cuidadores apontaram a importância de acompanhamento após a alta hospitalar e de uma comunicação em rede que estabeleça fluxos de informações, encaminhamentos e monitoramento na nutrição enteral domiciliar e hospitalar.

O desenvolvimento de um programa de georreferenciamento pode ser útil na comunicação e localização de equipes de saúde e usuários na rede local para um cuidado continuado. Ademais, observa-se a necessidade de uma política nacional que regulamente de maneira mais específica, dadas as orientações quanto à gestão da TNED nos municípios, pois são tímidas as experiências exitosas, considerando o território nacional.

Agradecimentos

À Residência Multiprofissional em Saúde da Família - UNILA pelo apoio financeiro. À Secretaria de Saúde do município, Diretoria do Hospital Municipal, Nutricionistas, profissionais do PAD e cuidadores pela confiança e auxílio no estudo.

Referências

- 1- Souza L, Will K. Fortalecendo a rede de atenção às necessidades alimentares especiais: uma experiência com fórmulas enterais semiartesanais, em Piraquara-PR. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde. 2017; 12(3):767-779.
- 2- Brasil. Cuidados em Terapia Nutricional. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- 3- Teixeira Neto F. Nutrição clínica. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- 4- Van Aanholt DPJ, Dias MCG, Marin MLM, Silva MFB, Cruz MELF, Fusco SRG, *et al.* Terapia Nutricional Domiciliar. Sociedade Brasileira Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. 2011;1-9.
- 5- Jansen AK, Generoso SV, Miranda LAVO, Guedes EG, Henriques GS. Avaliação química de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais utilizadas em terapia nutricional domiciliar no sistema único de saúde. Demetra. 2014;9(1); 249-267.
- 6- Barbosa JAG. O que pensam os pacientes sobre o uso de sondas para se alimentar. Revista Tecer. 2012; 5(9):1-15.
- 7- Moreira SPL. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. Com. Ciências Saúde. 2010;21(4):309-318.
- 8- Cutchma G, Eurich Mazur C, Thieme RD, De França RM, Madalozzo Schieferdecker ME . Fórmulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar. Nutr. clín. diet. hosp. 2016; 36(2):45-54.
- 9- Silva AC; Silveira SA. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. Demetra; 2014; 9(3); 783-794.
- 10- Trivinos AWS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.
- 11- Albuquerque, JLC. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos "brasiguaios" entre os limites nacionais. Horizontes Antropológicos; 2009; 15(31), 137-166.
- 12- Albuquerque, JLC. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil)*. Geopolítica(s); 2012; 3(2): 185-205.
- 13- Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. J Am Diet Assoc. 1994;94(12):1385-8.
- 14- Lee RD, Nieman DC. Nutritional assessment. 2ª ed. St Louis: Mosby; 1995.
- 15- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).
- 16- Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994; 21:55-67.
- 17- Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional Assessment of the hospitalized patients. Med Clin North Am. 1979; 63:1103-15.

- 18- Chumlea WC, Guo SS, Vellas B, Guigoz Y: Techniques of assessing muscle mass and function (sarcopenia) for epidemiological studies of the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1995;50 (Special Issue):45-51
- 19- Durnin JV, Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr.* 1974; 32(1): 77-97.
- 20- Lohman, T.G. *Advances in body composition assessment.* 11. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, 1992.
- 21- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Editora Edições 70, 1977.
- 22- Ferreira RS, Pereira LR, Teles MAB, Oliveira KCF, Barbosa-Medeiros MR. Percepção de cuidadores sobre a assistência a pacientes em nutrição enteral no âmbito domiciliar. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017;11(1):303-308.
- 23- Werner C, Gomes JS, Rosanelli CSP, Pettenon MK, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Nutrição enteral no domicílio: percepções do cuidador/familiar. *UNIFRA;* 2011;1-3.
- 24- Dengo DC, Benincá SC, Mazur CE, Valduga L. Terapia nutricional domiciliar: perfil nutricional dos usuários e qualidade microbiológica na preparação das fórmulas. *Revista UNINGÁ Review.* 2016; 25(3):18-24.
- 25- Martins AS, Rezende NA, Torres HOG. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neurológicas em nutrição enteral. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(6):691-697.
- 26- Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SA, Schieferdecke MEM. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *Demetra;* 2014; 9(3); 757-769.
- 27- Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cournot M, Nourhashémi F, Reynish W, Rivière D, et al. Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(8):1120-4.
- 28- Landi F, Onder G, Russo A, Liperoti R, Tosato M, Martone AM, et al. Calf circumference, frailty and physical performance among older adults living in the community. *Clin Nutr.* 2014;33(3):539-44.
- 29- Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):345-50.
- 30- Camargo PF, André LD, Lamari NM. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2016 jul-set; 23(3):38-43.
- 31- Rusticali B et al. 2006. *Linee guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare.* Roma: Tipografia F. Marchesini.
- 32- Sidoli O. La nutrizione artificiale domiciliare. *L'infermiere.* 2008; 23(5): 30-32.
- 33- Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral. Terapia nutricional domiciliar. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2012. 58(4):408-411.
- 34- Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, Coinbra JR, Rodrigues MTG, Rodrigues AMS, Campos SF, Generoso SV. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar – promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. *Demetra.* 2014; 9(1); 233-247.
- 35- Dias AMG, Beck SK, Kutz NA, Furgencio GK, Salgueiro MMHO. Acesso à dieta enteral via SUS no estado de São Paulo. *EFDeportes.com.* 2015; 211:1-1.36-

Schieferdecker MEM., Kuretzki CE, Campos ACL, Malafaia O, Pinto JSP, Nascimento NC. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2013; 26(3): 195-199.

36- Schieferdecker MEM., Kuretzki CE, Campos ACL, Malafaia O, Pinto JSP, Nascimento NC. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2013; 26(3): 195-199.