

**Características demográficas, nutricionais,
alimentares e clínicas de pacientes domiciliares
com alimentação via enteral**

Sabrina Toledo Cecilio

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública**

Área de Concentração : Nutrição

**Orientador : Prof^ª. Dr^ª. Maria
Elisabeth Machado Pinto e Silva**

São Paulo

2008



É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa, como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

505 31 | 2009 doc

*Aos meus pais Nino e Márcia
e irmãos Christian e Bianca
pelo incentivo,
ao Júlio pelo apoio
e ao Henrique pela companhia desde sempre.*

Agradecimentos

À minha orientadora Maria Elisabeth Machado Pinto e Silva, pela compreensão, paciência e confiança.

À minha “chefinha” e amiga Thaís Mariguela, pela indescritível e essencial ajuda.

À amiga Samantha Lemos Turte, pelas ótimas conversas.

Às minhas amigas de trabalho Bianca Chiri e Fernanda Cabrerisso Hilário, pela troca de sabedoria.

Aos médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e fisioterapeutas “domiciliares”, pelo trabalho em equipe e pela dedicação e amor ao paciente e sua família.

CECILIO, S.T. **Características demográficas, nutricionais, alimentares e clínicas de pacientes domiciliares com alimentação por via enteral.** 2008. 59 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

Introdução – O aumento da expectativa de vida do brasileiro ao nascer e a queda nas taxas de mortalidade da população foram responsáveis por aumento considerável no número de idosos no Brasil. O envelhecimento populacional e conseqüente aumento na incidência de doenças crônicas têm elevado a freqüência e tempo de internação hospitalar de idosos. Têm-se proposto como alternativa, a continuidade do tratamento hospitalar no domicílio do paciente, onde inclusive a alimentação por via enteral é possível de ser realizada. **Objetivos** Descrever as características demográficas, nutricionais, alimentares e clínicas de pacientes em assistência domiciliar com alimentação via enteral. **Métodos** – Pacientes de um serviço de assistência domiciliar foram selecionados e avaliados após a alta hospitalar e novamente depois de seis meses. Os dados (sexo, idade, estado nutricional, tipo de dieta, via de alimentação, diagnóstico de base, dobra cutânea tricipital e circunferência do braço) foram obtidos dos Prontuários de Nutrição. O estado nutricional dos pacientes foi baseado nos valores da AMB corrigida, adotando-se critérios baseados em FRISANCHO (1990) e BARBOSA *et al* (2005). **Conclusão** - Os pacientes domiciliares acompanhados são predominantemente do sexo feminino, maiores de 80 anos e apresentam risco de desnutrição. Em relação à alimentação, a maioria possui gastrostomia e recebe dieta caseira com suplementação. Quanto ao diagnóstico, o acidente vascular cerebral (AVC) é o com maior prevalência.

Descritores:

Assistência domiciliar; Alimentação por via enteral; Estado nutricional

CECILIO, S.T. Clinical, dietary, nutritional and demographic characteristics of home care enteral fed patients. 2008. 63 p. Dissertation (in Public Health) – School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo.

Abstract

Introduction – The increase of life expectation on bird and the fall of mortality rates of the population account for the considerable increase of elder in Brazil. Population aging and the consequent increase of incidence of chronic diseases has the frequency of hospital admittance and length of despite stay of elders. An alternative has been the maintenance continuance of treatment in the home where the enteral feeding is possible. **Objectives** – Describing the clinical, dietary, nutritional and demographic characteristics of home care enteral fed patients. **Methods** – Home care patients were selected and evaluated after hospital discharge and after six months. The data (sex, age, nutritional status, kind of diet, feeding , base diagnosis, tricipital skinfold and arm width obtained from the Nutrition Records, the nutritional status of the AMB values, with table based in FRISANCHO (1990) and BARBOSA et al (2005). **Conclusion** - The followed home care patients are predominant over 80 and presence malnutrition risk. Concerning the majority present gastrostomy and home diet with supplementation. As for diagnostic AVC the most prevalent.

Key words:

Home care, Enteral feeding, nutritional status

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
1.1. Distribuição da população	7
1.2. Envelhecimento da população	10
1.3. Assistência domiciliar	11
1.3.1. Atenção Domiciliar	15
1.3.2. Atendimento Domiciliar	15
1.3.3. Internação Domiciliar	16
1.3.4. Visita Domiciliar	16
1.4. Nutrição na assistência domiciliar	17
1.5. Alimentação por via enteral	17
1.5.1. Dietas enterais	20
1.5.2. Vias de alimentação	22
1.6. Napa	24
2. OBJETIVOS	26
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	26
3.1. População	26
3.2. Variáveis de estudo	27
3.2.1. Características demográficas	27
3.2.2. Características nutricionais	28
3.2.3. Características alimentares	31
3.2.4. Características clínicas	33
4. RESULTADOS	34
5. DISCUSSÃO	43
6. CONCLUSÃO	45
7. REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	55
Anexo 1 – Prontuário de Nutrição	55
Anexo 2 – Currículo Lattes	56

1. INTRODUÇÃO

1.1. Distribuição etária da população

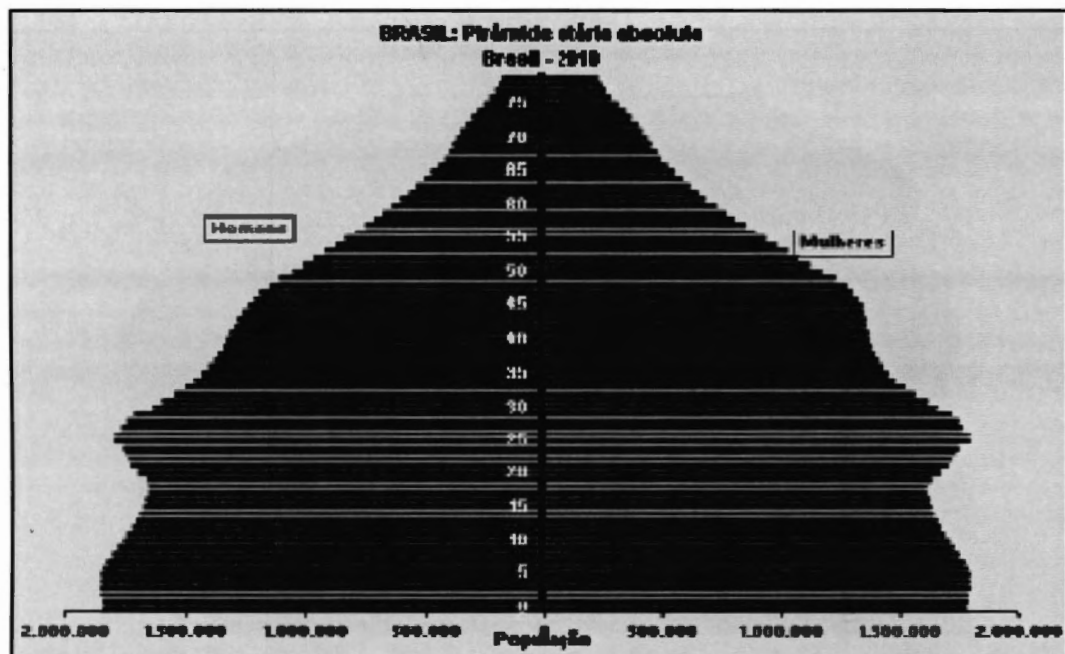
A expectativa de vida do brasileiro ao nascer cresceu mais de três anos na última década e passou de 69,3 anos, em 1997, para 72,7 anos, em 2007. As mulheres vivem mais tempo: em média 76,5 anos, enquanto os homens vivem 69 anos (IBGE, 2008).

O aumento da expectativa de vida de 6,6 por mil para 6,23 em dez anos e a queda na taxa de mortalidade da população, foram responsáveis por um aumento considerável no número de idosos no Brasil. Hoje, os idosos com 60 anos ou mais representam 10,5% dos brasileiros e somam quase 20 milhões de pessoas.

Na última década, o aumento foi de 47,8%, sendo que o crescimento total da população brasileira no período foi bem menor: 21,6%. Considerando-se apenas os com mais de 80 anos, que representam 1,4% da população e somam 2,6 milhões de pessoas, o aumento foi ainda maior: 86,1%.

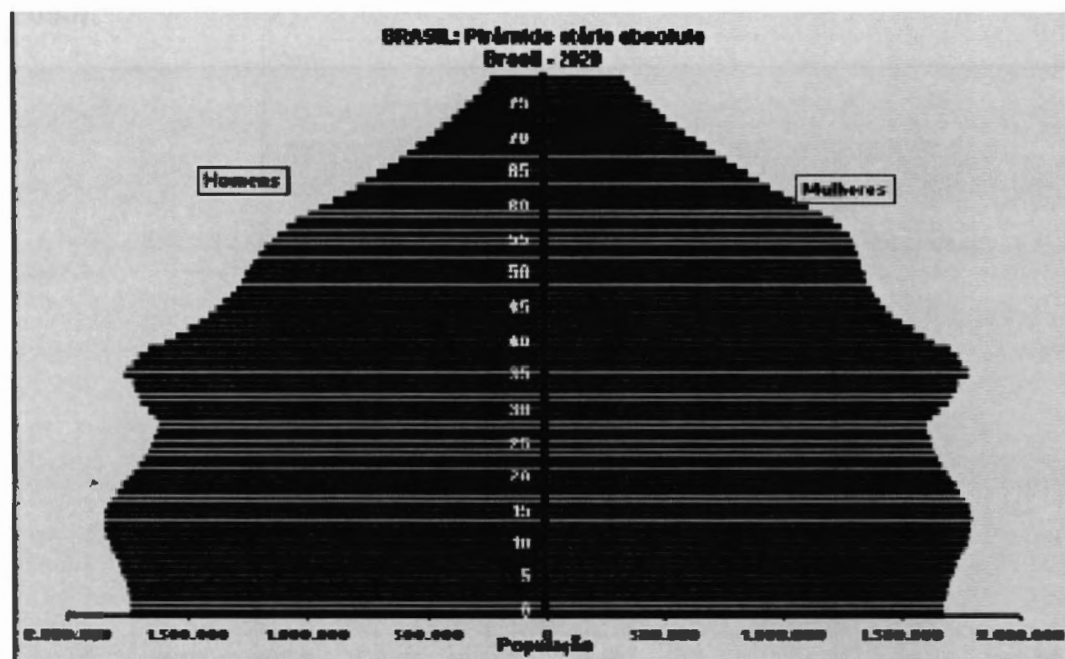
As figuras 1, 2 e 3 mostram a projeção da pirâmide populacional nos anos 2010, 2020 e 2050, mostrando aumento da população idosa no Brasil, principalmente no grupo etário com 80 anos e mais (figura 4).

Figura 1. Projeção da pirâmide populacional brasileira no ano de 2010.



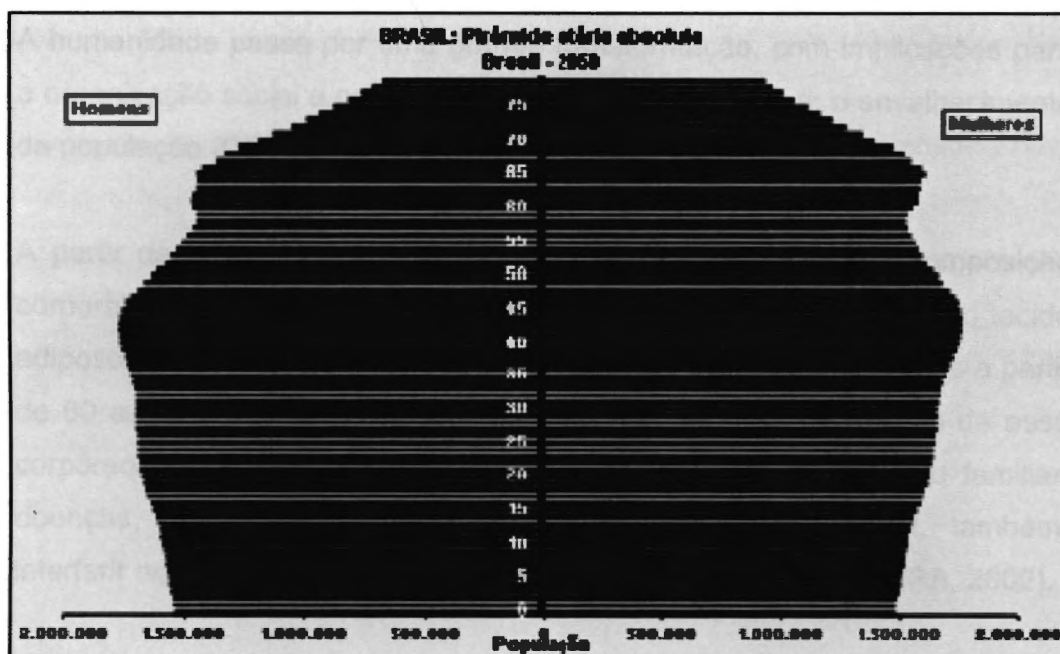
Fonte: IBGE (2008).

Figura 2. Projeção da pirâmide populacional brasileira no ano de 2020.



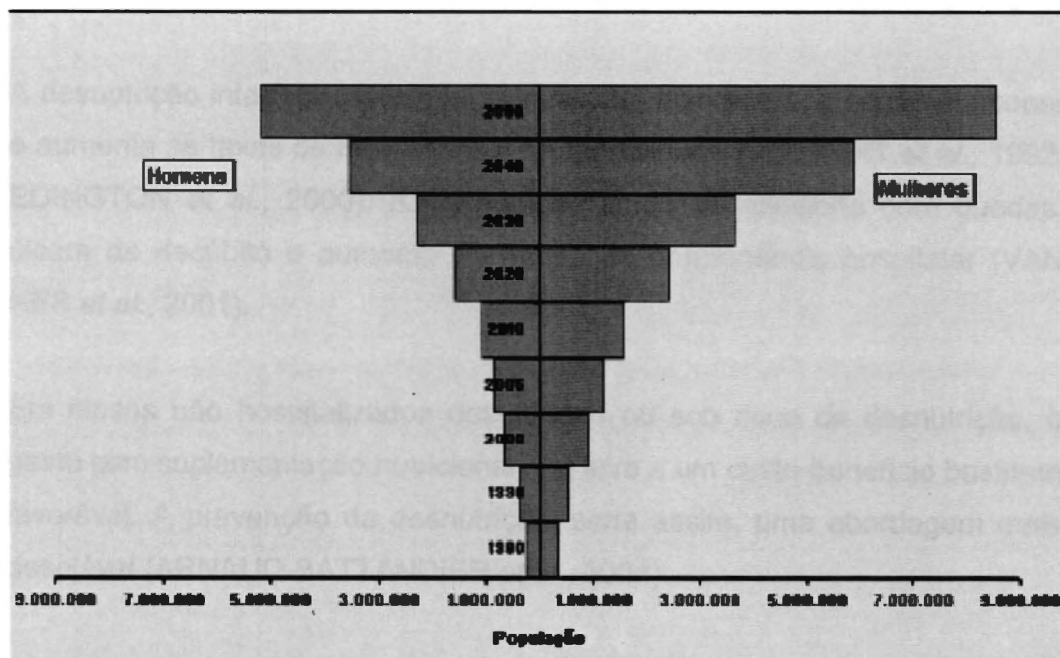
Fonte: IBGE (2008).

Figura 3. Projeção da pirâmide populacional brasileira no ano de 2050.



Fonte: IBGE (2008).

Figura 4. População brasileira de 80 anos ou mais, segundo sexo (1980-2050).



Fonte: IBGE (2008).

1.2. Envelhecimento da população

A humanidade passa por uma grande transformação, com implicações para a organização social e para as políticas de Saúde Pública: o envelhecimento da população (CORRÉA, 2006).

A partir da terceira década de vida, iniciam-se alterações na composição corporal, com redução da massa magra (musculatura) e aumento do tecido adiposo. Essas modificações podem explicar as perdas involuntárias a partir de 60 anos. No entanto, embora comuns e esperadas, as perdas de peso corpóreo dos idosos devem ser sempre investigadas. Isolamento familiar, doenças, hospitalização prolongada e medicamentos podem, também, interferir no apetite e na absorção de nutrientes (NAJAS e PEREIRA, 2002).

O envelhecimento leva à perda de massa muscular progressiva, a desnutrição afeta o sistema imune, fragilizando os idosos. Pessoas idosas desenvolvem mais freqüentemente desnutrição protéico-calórica. A prevenção da desnutrição pode ser feita por avaliação nutricional periódica (MORLEY, 2002).

A desnutrição interfere na função respiratória, favorece a infecção pulmonar e aumenta as taxas de morbidade e na mortalidade (VOLKERT *et al.*, 1992; EDINGTON *et al.*, 2000). A desnutrição ainda se relaciona com quedas, úlcera de decúbito e aumento do tempo de permanência hospitalar (VAN NES *et al.*, 2001).

Em idosos não hospitalizados desnutridos ou sob risco de desnutrição, o gasto com suplementação nutricional oral leva a um custo-benefício bastante favorável. A prevenção da desnutrição, seria assim, uma abordagem mais desejável (ARNAUD-BATTANDIER *et al.*, 2004).

A nutrição adequada dos idosos proporciona economia de recursos. O tratamento nutricional de idosos internados possibilitou a redução dos índices de complicações, das taxas de mortalidade, do tempo de permanência hospitalar e dos custos totais (POTTER *et al.*, 2001).

Longo período de internação hospitalar pode causar diminuição da capacidade funcional do idoso, em decorrência da sua fragilidade, da hostilidade do ambiente, das iatrogenias ou ainda da superproteção por parte da equipe de saúde. KAWASAKI (2004) mostrou o declínio funcional durante o período de hospitalização e recuperação funcional após retorno ao domicílio. O aumento do número de medicamentos utilizados desde a admissão até a alta, apresentou correlação significativa com o declínio funcional nesse período.

1.3. Assistência domiciliar

A assistência domiciliar surgiu em função das diversas alterações que a sociedade brasileira sofreu ao longo dos anos no sistema de saúde. Este modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe interprofissional (LACERDA *et al.*, 2006).

Dentre essas alterações na sociedade, DUARTE e DIOGO (2000) apontam a transição demográfica, que mostra o envelhecimento populacional; a mudança no perfil epidemiológico da população, com aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis; os custos cada vez mais elevados do sistema hospitalar; o desenvolvimento de tecnologia, possibilitando maior taxa de sobrevivência; o aumento da procura por cuidados de saúde; a exigência por maior individualização e humanização da assistência à saúde, além da

necessidade de maior integração da equipe profissional com o cliente e sua família.

Segundo CREUTZBERG (2000), o aumento da população de idosos leva ao aumento do número de indivíduos com doenças crônicas e degenerativas que necessitam de cuidados por um longo período de tempo. O número de leitos que os idosos ocupam em hospitais é alto, tanto pela duração das internações, quanto pela freqüência com que acontecem. Com a atenção nos domicílios, há redução de custos com internação e infecções hospitalares, bem como a liberação de leitos para casos agudos.

Um exemplo da vantagem do atendimento domiciliar em relação à internação hospitalar, do ponto de vista da redução de custos, pode ser ilustrado pelos dados do estudo, realizado em 2001, pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição. Ao avaliar os custos da assistência ao paciente com seqüela de AVC, evidenciou-se redução de 58% nos custos do atendimento domiciliar em relação à internação hospitalar (BRASIL, 2002).

A vulnerabilidade dos idosos torna-os predispostos a agravos à saúde e, conseqüentemente, à hospitalização, maior permanência no hospital e reinternações (MARIN *et al*, 2001). A assistência domiciliar deve ser considerada como uma opção importante no cuidado dos idosos (MENDES, 2001).

A prática de atender doentes em domicílio já é citada no Velho e Novo Testamento, mas é no século XIX que começou a sistematização das atividades de enfermagem. As organizações denominadas *home care* eram vinculadas a movimentos sociais e filantrópicos e compostas por enfermeiras visitadoras. No início do século XX foi incorporado a este modelo, a visitação médica (ALBUQUERQUE, 2003).

Os primeiros registros sobre assistência domiciliar datam de 1947 nos Estados Unidos, e 1951 na França, e foram em decorrência da superlotação de leitos hospitalares. Nos países da União Européia, onde o envelhecimento da população e conseqüente aumento da prevalência de doenças crônicas é uma realidade, a assistência domiciliar tem sido considerada a melhor alternativa para o cuidado dessa população do ponto de vista social e econômico (JACOB FILHO *et al.*, 2000).

ALBUQUERQUE (2003) destacou o avanço da assistência domiciliar no Canadá desde a década de 60 e em Cuba desde 1984. O programa de medicina familiar de Cuba tem influenciado modelos desenvolvidos no Brasil. O pioneiro na implantação de um serviço de assistência domiciliar no Brasil foi o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo no ano de 1968. A partir daí vários outros programas de cuidado domiciliar foram implantados em cidades do estado de São Paulo e de outros estados do país.

O trabalho, feito pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Médica Domiciliar (Nead), identificou 170 empresas brasileiras especializadas em atendimento de saúde domiciliar. Cerca de 30 mil pacientes são atendidos em casa por mês, a maioria no Estado de São Paulo. A maioria dos pacientes (73%) dessas empresas é cliente de planos de saúde e 20% são do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma internação domiciliar é, em média 30% mais barata em relação ao hospital ¹.

¹ O ESTADO DE SÃO PAULO. **Empresas já atendem 30 mil pacientes em casa por mês.** 14 de fevereiro, 2006.

Referindo-se ao idoso, o atendimento domiciliar insere-se dentro de um modelo gerontológico que visa, na medida do possível, a reinserir o idoso na comunidade, preservando ao máximo sua autonomia e buscando a recuperação de sua independência funcional (GORDILHO *et al.*, 2000).

Assim, os benefícios com o atendimento domiciliar seriam a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares; a redução do risco de infecção hospitalar; a manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares (DOLBEN, 2000).

Além do mais, o domicílio seria um lugar seguro ao idoso, protegendo-o do meio, evitando assim tanto sua hospitalização, como sua institucionalização (FLORIANI *et al.*, 2004).

O *Estatuto do Idoso* preconiza a permanência deste com a família. Para os idosos que necessitam dos serviços de saúde, deve ser garantido o atendimento domiciliar (BRASIL, 2003).

LACERDA *et al.* em 2006 realizaram uma revisão da literatura, com o objetivo de explicitar as diferentes modalidades do cuidado em domicílio: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar. Cada uma dessas modalidades possui finalidades, objetivos e atividades específicas. Essa divisão é baseada nos termos observados em publicações, sendo concordante com a Resolução RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006 da Anvisa e com o Ministério da Saúde, em Documento Preliminar publicado em 2004. Esses dois documentos oficiais dividem a atenção domiciliar à saúde em: atenção domiciliar, assistência domiciliar e internação domiciliar, aos quais acrescentamos a modalidades da visita domiciliar (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

1.3.1. Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar é a modalidade de maior amplitude dentre as quatro citadas. Ela é definida pela BRASIL (2006) como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio. Essas ações são praticadas por uma equipe multiprofissional e envolvem o paciente e a família visando a participação deste no processo saúde-doença, visando o estabelecimento da saúde como um todo (DUARTE e DIOGO, 2000; NAVARRO *et al.*, 1993; CARLETTI e REJANI, 1997; RAMALLO e TAMAYO, 1998; MAZZA, 2002; KERBER, 2008).

1.3.2. Atendimento Domiciliar

Este termo é utilizado por alguns autores para designar atividades nomeadas como assistência domiciliar ou, por outros autores, como cuidado domiciliar. Assim, considera-se esses três termos sinônimos e representantes de uma mesma modalidade da atenção domiciliar à saúde. Segundo a Anvisa (BRASIL, 2006), assistência domiciliar (ou atendimento) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. No atendimento domiciliar não há equipamentos complexos e nem pessoal especializado para cuidar do paciente. A própria família ou um cuidador contratado pela mesma é responsável pelos cuidados. Em ambos os casos, profissionais da saúde fazem visitas periódicas ao paciente (JACOB FILHO *et al.*, 2000; MENDES, 2001; GORDILHO *et al.*, 2000; FLORIANI *et al.*, 2004; TAVOLARI *et al.*, 2000; PASKULIN e DIAS, 2002; FABRICIO *et al.*, 2004; LACERDA *et al.*, 2006).

1.3.3. Internação Domiciliar

Na internação domiciliar, há na casa uma estrutura de hospital com equipamentos e serviço de enfermagem para o cuidado do paciente em estados mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar, durante as 24 horas do dia (JACOB FILHO *et al.*, 2000; RIBEIRO, 2004; LACERDA, 2000).

A internação domiciliar é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, envolvendo a família (TAVOLARI *et al.*, 2000; DAL BEM, 2001; FREITAS *et al.*, 2000; COTTA *et al.*, 2001).

1.3.4. Visita Domiciliar

O conceito de visita domiciliar parece ser o mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde na comunidade. RIBEIRO (2004) o considera um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, doentes e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes (MAZZA, 1994). Conclui-se, portanto, que a visita domiciliar é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É, por intermédio da visita, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde. (LACERDA *et al.*, 2006).

1.4. Nutrição na Assistência Domiciliar

O atendimento prestado a pacientes domiciliares é, em sua maioria, realizado por uma equipe interprofissional. Atuando dessa forma, o cuidado com o paciente pode ser planejado sem a segmentação de especialidades. Cada profissional realiza seu trabalho de forma integrada à equipe. O objetivo é a recuperação e reabilitação do doente e uma melhor integração entre a equipe e o cuidador e/ou família, que dessa forma, tornam-se mais colaborativos (FABRICIO *et al.*, 2004).

A internação domiciliar vem buscando alternativas seguras no tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de enfermidades crônicas, incapacitantes ou doenças terminais. Mais da metade dos candidatos ao home care precisa de algum tipo de intervenção nutricional. Vários estudos vêm constatando que a internação domiciliar com acompanhamento nutricional periódico é eficaz e segura, reduzindo custos, risco de infecção e melhorando a qualidade de vida desses pacientes (COSTA *et al.*, 2005).

1.5. Alimentação por via enteral

A alimentação por via enteral consiste na infusão de uma dieta líquida administrada por meio de uma sonda colocada no estômago ou no intestino. A ANVISA define nutrição enteral: "Alimentação para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sonda ou via oral, industrializados ou não, utilizado exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, domiciliar ou ambulatorial, visando a síntese ou manutenção de tecidos, órgãos ou sistemas" (BRASIL, 1999).

A alimentação por via enteral tem avançado, nos últimos anos, como forma de terapia nutricional, na medida em que evoluem as tecnologias e o maior conhecimento sobre os nutrientes. O conceito de que o alimento constitui importante estímulo para manter a função e a estrutura intestinal da mucosa, liberando secreções pancreáticas, biliares e fatores hormonais - além da possibilidade de melhor oferta de nutrientes, menor custo e menor risco de infecções e lesões hepáticas - fazem com que a via digestiva seja cada vez mais utilizada (ZAMBERLAN *et al.*, 2002).

A alimentação por via enteral permite a realização de suporte nutricional adequado no domicílio, mesmo em situações clínicas mais graves, diminuindo o tempo de hospitalização e o risco de continuarem a se desnutrir após a alta hospitalar (SADEK, 1986).

Segundo BLOCH e MUELLER (2002), pacientes com trato gastrointestinal íntegro ou parcialmente funcionante, com apetite diminuído a ponto de não ingerirem um mínimo de nutrientes necessários ou aqueles que se encontram impossibilitados de alimentar-se por via oral, devem receber alimentação por via enteral. Em várias situações clínicas essa é a via indicada:

- Disfagia grave por obstrução ou disfunção da orofaringe ou do esôfago, como neoplasias de orofaringe e esofágicas.
- Coma ou estado confusional.
- Anorexia persistente, por neoplasias, doenças infecciosas crônicas, depressão.
- Má-absorção secundária à diminuição da capacidade absorptiva, como no caso de síndrome do intestino curto.
- Broncoaspiração recorrente em pacientes com deglutição descordenada.
- Aumentos das necessidades nutricionais, por exemplo, em pacientes com grandes queimaduras.

A alimentação por via enteral é fundamental para a recuperação do paciente, fornecendo a quantidade de nutrientes necessária para a manutenção da saúde (COSTA *et al.*, 2003).

O tempo de alimentação por via enteral é o que define a via de acesso:

- Nasogástrica: inserida no nariz até o estômago.
- Nasoduodenal: para pacientes com alto risco de aspiração, refluxo, retardo no esvaziamento gástrico, náuseas e vômitos.
- Gastrostomia e Jejunostomia: as sondas são colocadas por via endoscópica no estômago ou jejuno e trazidas para fora, através da parede abdominal (BLOCH e MUELLER, 2002).

A alimentação por via enteral está indicada para pacientes cujas doenças limitam a ingestão oral de alimentos (como câncer de cabeça e pescoço, ou doenças neurológicas debilitantes ou demenciais como doença de Alzheimer e de Parkinson, acidente vascular cerebral e traumatismo craniano) em que o trato gastrointestinal esteja total ou parcialmente funcionante. Alguns pacientes podem, a médio e longo prazo, voltar a nutrir-se oralmente. Outros necessitam que a terapia nutricional por via enteral seja mantida para o resto de suas vidas. Em ambos os casos, é possível instituir a terapia nutricional no domicílio do paciente, o que o reaproxima do contato com sua família e reduz os custos de hospitalização (PÉREZ MÉNDEZ e GARCIA-MAYOR, 2001).

A alimentação por via enteral domiciliar necessita de acompanhamento por nutricionista. É considerada econômica e segura, utilizada na prevenção da desnutrição e melhora do estado nutricional do paciente com sonda nasoenteral (BORELLI *et al.*, 2007). É segura porque apresenta baixa incidência de complicações (GÓMEZ CANDELA *et al.*, 2003).

O trabalho de PÉREZ MÉNDEZ e GARCIA-MAYOR (2001) também mostra que a baixa taxa de complicações com esse tipo de via de alimentação.

Quando ocorrem, as complicações mais freqüentes da alimentação por via enteral domiciliar, são a saída da sonda e problemas da motilidade gastrointestinal, como diarreia e obstipação, que muitas vezes podem ser resolvidas no domicílio.

SCHNEIDER *et al.*, (2001) verificaram que a alimentação via enteral domiciliar apresenta boa tolerância a longo prazo na maioria dos pacientes.

A alimentação por via enteral domiciliar é um tratamento econômico e seguro, pois elimina gastos com internação, evita a contaminação hospitalar e viabiliza o convívio de pacientes com familiares (ARAÚJO e MENEZES, 2006).

BAXTER *et al.* (2005) conduziram um estudo comparando o custo da terapia nutricional hospitalar e a domiciliar. Demonstraram que a terapia nutricional domiciliar teve um custo três vezes menor quando comparada com a hospitalar sem detrimento dos benefícios da terapia.

1.5.1. Dietas enterais

Nos países desenvolvidos, é comum o uso de dietas enterais industrializadas. No Brasil, o consumo desse tipo de dieta vem aumentando gradativamente. As dietas industrializadas são práticas, nutricionalmente completas e oferecem maior segurança quanto ao controle microbiológico e composição centesimal (ARAÚJO e MENEZES, 2006).

BORELLI *et al.*, (2007) também afirmaram que as dietas industrializadas são as mais indicadas por serem nutricionalmente completas e seguras quanto ao controle microbiológico. Porém, devido ao seu alto custo não são acessíveis para a maioria da população brasileira, sendo necessário indicar dietas não industrializadas com composição nutricional adequada.

Segundo ATZINGEN e PINTO e SILVA (2007), muitas fórmulas comerciais estão disponíveis no mercado, no entanto, são de alto custo, o que torna as dietas artesanais uma opção ao tratamento.

A osmolalidade é de fundamental importância na aceitação fisiológica da dieta. Uma carga osmolar adequada é necessária para que o alimento seja tolerado por indivíduos com nutrição enteral. O estômago tolera dietas com osmolalidade mais elevada, enquanto que porções pós-pilóricas do duodeno e do jejuno requerem formulações isoosmolares. ATZINGEN *et al.*, (2007) elaborou uma dieta não industrializada com osmolalidade compatível com as recomendadas em literatura.

As dietas padronizadas não industrializadas avaliadas por BORELLI *et al.* (2007), apresentam baixo custo, podendo ser prescritas para os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do município, juntamente com a prescrição de polivitamínicos, minerais ou suplemento nutricional padronizado.

PIOVACARI *et al.*, (2006) realizaram uma análise de custos e benefícios das dietas enterais artesanais e industrializadas padronizadas por um Serviço de Nutrição, utilizadas na orientação de alta. Verificou-se que o custo médio da dieta enteral artesanal normocalórica é 116% menor que o da industrializada. A dieta artesanal hipercalórica apresentou um custo de 151% inferior quando comparada à industrializada.

Estudos mostram uma perda nutricional de 20 a 76% em fórmulas artesanais. Contudo, situações devem ser individualizadas, levando em consideração a condição sócio-econômica do paciente. Quando indicada, a dieta artesanal deve ser cuidadosamente orientada e monitorada quanto ao preparo, envase e administração, para não prejudicar a recuperação do paciente, monitorando seus dados antropométricos, clínicos e bioquímicos (PIOVACARI *et al.*, 2006).

No estudo de COSTA *et al.* (2005), a dieta enteral não-industrializada exclusiva mostrou ser um método eficaz de alimentação para pacientes crônicos em internação domiciliar e alimentados através de gastrostomia, pois foi capaz de manter a maior parte dos pacientes avaliados, dentro dos padrões de normalidade para os parâmetros avaliados.

PRADA *et al.*, (2005) verificaram que a maior dificuldade do cuidador está na aquisição de matéria prima para formulação artesanal das dietas, devido ao baixo poder aquisitivo das famílias acompanhadas. Assim, desenvolveram uma fórmula para administração por via enteral que fosse financeiramente acessível e ao mesmo tempo atendesse às necessidades nutricionais dos pacientes. Utilizou-se o leite tipo C, óleo de soja, ovos, açúcar e fubá. Como resultado obteve-se dietas de 1000, 1500 e 2000 Kcal. Foi realizado o cálculo do custo de cada fórmula, variando de R\$1,39 a R\$3,01.

ARAÚJO e MENEZES (2006), também desenvolveram duas formulações caseiras com alimentos convencionais de baixo custo e verificaram adequação na densidade calórica, fibras e macronutrientes. Concluíram que as formulações desenvolvidas são opções para uma individualização de dieta enteral normal por gastrostomia em terapia domiciliar.

1.5.2. Via de alimentação

O estudo de DWOLATZKY *et al.* (2001) em alimentação enteral de longo prazo, em um grupo selecionado de pacientes com doenças não agudas, o uso de GEP associou-se com maior sobrevivência, maior tolerância e com menor incidência de aspiração. Estudo randomizado controlado é necessário para determinar se GEP é verdadeiramente superior a SNG.

A alimentação por sonda gástrica não significou aumento do índice de aspiração pulmonar quando comparado com a sonda jejunal em pacientes em UTI. Também se associa a menor intervalo de tempo entre o posicionamento da sonda e início da alimentação e menor número de tentativas de posicionamento da sonda (NEUMANN e DELEGGE, 2002 ABITOL *et al*, 2002).

SKELLY (2002) descreveu que pacientes que sofreram acidente vascular encefálico apresentaram diminuição da mortalidade e melhora da qualidade de vida, quando submetidos à gastrostomia. A taxa de mortalidade de pacientes com gastrostomia é de 0,3% a 1,0% e está normalmente associado com a idade dos pacientes e suas co-morbidades (MILKES, 2000).

A gastrostomia endoscópica percutânea apresenta algumas vantagens em relação aos métodos tradicionais de suplementação que utilizam dieta enteral. Evita processos traumáticos e erosivos da nasofaringe e esôfago, sendo esteticamente mais aceita; ao compararmos com a sonda nasoenteral ou nasogástrica.

Essa via de acesso não exige restrição física ou uso de sedativos para manutenção da via de administração da terapia nutricional, visto que a remoção das sondas nasoenterais é muito freqüente, principalmente nas doenças neurológicas (VERHOEF, 2001).

KLODELL *et al.*, (2000) observaram que o índice de complicações da alimentação intragástrica (gastrostomia endoscópica percutânea), de 4%, em pacientes com traumatismo craniano é baixo, concluindo que a administração intragástrica de nutrição enteral é segura e eficaz neste grupo de pacientes.

1.6. Napa

O “Napa” ou Núcleo de Atendimento Pós Alta é um serviço privado de assistência domiciliar pertencente a uma operadora de saúde. Recebe pacientes conveniados provenientes dos hospitais da rede própria e credenciada de qualquer um dos planos.

A estrutura é formada por uma equipe interna e outra externa. A interna fica em uma sede, com o setor administrativo e os líderes que são os supervisores de cada grupo de profissionais de saúde (nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). É onde ocorrem as reuniões e cursos. Conta com o apoio de assistentes sociais que eventualmente se deslocam ao domicílio do paciente, quando necessário. Possui ainda um pequeno estoque emergencial de materiais e uma central telefônica.

A equipe externa é formada pelos profissionais de saúde que visitam os pacientes em seus domicílios. Cada grupo de profissionais é dividido por regiões que cobrem a cidade de São Paulo e parte da Grande São Paulo.

O paciente internado, clinicamente estável, mas com necessidade de cuidados hospitalares é candidato à assistência domiciliar do “Napa”. Outros requisitos são possuir um cuidador e um domicílio com uma estrutura física adequada em acessibilidade e higiene.

A família ou responsável é abordado e apresentado ao “Napa”. Assim que a família concorda e há uma previsão de alta, o “Napa” é avisado e recebe as informações sobre o paciente. Os líderes de cada grupo direcionam esse paciente ao profissional responsável pela localidade do domicílio.

Dependendo da patologia e da necessidade do paciente, é solicitada a avaliação e/ou acompanhamento de um ou mais profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes

sociais). Parte dos pacientes possuem auxiliares de enfermagem no domicílio.

Cada equipe tem um prazo máximo para a primeira visita. No caso da nutrição, a visita deve ocorrer em até 48 horas dependendo da ansiedade da família. Se necessário, as primeiras orientações são dadas pelo telefone.

A primeira visita do nutricionista normalmente compreende:

- Verificação de exames, relatórios e orientações feitas no hospital.
- Avaliação antropométrica.
- Orientação à família ou cuidador sobre a dieta, higiene, objetivos e frequência das visitas.

As visitas de acompanhamento, em geral, englobam:

- Verificação do prontuário com as evoluções de cada profissional e de resultados de exames.
- Avaliação antropométrica.
- Questionamento com o cuidador sobre intercorrências e dúvidas sobre a saúde e a nutrição do paciente.
- Orientação sobre possíveis mudanças na conduta nutricional.
- Anotação da evolução no prontuário.

Sempre que necessário, um profissional entra em contato com o outro, diretamente ou através dos líderes. Por exemplo, um paciente está recebendo dieta por SNG e nos testes feitos pela fonoaudióloga constata-se que há a possibilidade do paciente voltar a se alimentar por via oral, um contato entre a fonoaudióloga e a nutricionista é feito para verificar se a ingestão por via oral é suficiente para manter o paciente. Um contato da fonoaudióloga também é feito com o médico para verificar a estabilidade dessa evolução. Se houver consenso entre os três profissionais, é feita a retirada da sonda.

Ainda há uma interação entre os profissionais através do prontuário que fica no domicílio do paciente. Um pedido ou observação pode ser deixado para um outro profissional, que também pode responder do mesmo modo.

Todas as visitas domiciliares são registradas em formulários próprios a cada especialidade em duplicidade. Uma cópia é deixada no domicílio e a outra é entregue ao líder correspondente que vistoria e arquiva em um prontuário na sede do "Napa".

Diariamente, todos os profissionais recebem por e-mail, relatórios de internações, altas e óbitos dos pacientes, outros relatórios mais complexos e específicos são conhecidos e discutidos em reuniões na sede.

2. Objetivo

Descrever as características demográficas, nutricionais, alimentares e clínicas de pacientes em assistência domiciliar com alimentação via enteral.

3. Casuística e métodos

3.1 População

A amostra foi constituída por pacientes domiciliares de um serviço de assistência domiciliar (NAPA) com alimentação via enteral adotando-se os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Paciente atendido em domicílio por equipe interprofissional com no mínimo: médico, enfermeiro e nutricionista.

Critérios de exclusão:

- Pacientes em fase terminal (cuidados paliativos).
- Presença de úlcera de decúbito, devido à dificuldade ou impossibilidade de se realizar a avaliação antropométrica.
- Recebendo dieta caseira sem suplementação, o que caracterizava o não seguimento da prescrição dietoterápica.
- Idade menor que 20 anos;

Inicialmente, 124 pacientes foram selecionados. Durante o período de acompanhamento (novembro de 2007 a abril de 2008) houve óbitos (12) e altas administrativas (03) que normalmente ocorrem a pedido da família ou descredenciamento do paciente da operadora de saúde.

3.2 Variáveis de estudo**3.2.1 Características demográficas**

- Sexo
- Idade (em anos): dado obtido no respectivo campo do prontuário. Os indivíduos foram organizados em grupos etários para análise de dados conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de grupos etários

Idade (anos)
20 – 29
30 – 39
40 – 49
50 – 59
60 – 69
70 – 79
80 e mais

3.2.2 Características nutricionais

A avaliação do estado nutricional foi realizada através de antropometria. As variáveis antropométricas utilizadas foram: circunferência de braço (CB), dobra ou prega cutânea tricipital (DCT ou PCT), circunferência muscular do braço (CMB) e área muscular do braço corrigida (AMB c).

A CB e a DCT foram obtidas do prontuário. Apesar de constarem outros campos de medidas antropométricas no prontuário de nutrição (anexo 1), essas medidas (CB e DCT) foram as adotadas por constarem em todos os prontuários analisados. Isso se justifica por serem essas medidas as com maior facilidade de mensuração em relação à população acompanhada neste estudo.

A Circunferência de braço (CB) foi medida com fita métrica não extensível com precisão de 1 mm, no ponto entre o acrômio e o olécrano do braço direito, em posição de extensão ao longo do corpo. Foram aferidas três medidas consecutivas e a média aritmética foi considerada como resultado final, expressa em centímetros.

A dobra cutânea do tríceps (PCT) foi obtida por um adipômetro ENDURANCE, sendo aferida no mesmo local da CB, separando levemente a prega do braço direito, desprendendo-a do tecido muscular. O braço deve estar relaxado e solto ao lado do corpo. Foram realizadas três medidas consecutivas, e a média aritmética é considerada como resultado final e expressa em milímetros. As medidas foram feitas pela autora, devidamente capacitada e treinada.

As técnicas de mensuração foram utilizadas sempre que possível. Em alguns pacientes, a tomada de medidas foi impossibilitada por diferentes motivos (edema, atrofia ou infusão de medicamento no braço direito). Assim, foi estabelecido que fosse anotado o lado (esquerdo ou direito) e a posição (estendido ou flexionado) do braço medido, no prontuário desses pacientes, para repetição das mesmas condições em todas as mensurações.

Sendo assim, na prática, consideram-se principalmente as alterações nesses valores, e não apenas a interpretação, sendo de fundamental importância a investigação do motivo e intervenção imediata quando necessária.

A CMB foi obtida através da fórmula citada por GURNEY e JELLIFFE (1973):

$$\text{CMB (cm)} = [\text{CB (cm)} - (\pi \times \text{DCT (cm)})]$$

A AMB corrigida foi calculada segundo as fórmulas propostas por HEYMSFIELD *et al* (1982):

$$\text{Homens} \quad \text{AMB c} = \frac{(\text{CMB})^2}{4\pi} - 10$$

$$\text{Mulheres} \quad \text{AMB c} = \frac{(\text{CMB})^2}{4\pi} - 6,5$$

O estado nutricional dos pacientes foi baseado nos valores da AMB corrigida, que estima a massa magra ou muscular. Quanto maior o valor, melhor o estado nutricional. É considerada um bom parâmetro para diagnóstico nutricional e utilizada nesse estudo para avaliação dos pacientes acompanhados.

Para a avaliação do estado nutricional dos pacientes, adotou-se os critérios de FRISANCHO (1990) para os pacientes com idade de 20 a 59 anos e BARBOSA *et al* (2005) para os pacientes com idade de 60 anos e mais, conforma a Tabela 2.

Essa adequação foi necessária, pois FRISANCHO (1990) classifica indivíduos com idade até 74 anos, não englobando todos os pacientes avaliados nesse estudo.

Tabela 2. Critérios para avaliação nutricional.

< P5	Desnutrição
≥ P5 e < P25	risco de desnutrição
≥ P25	não desnutrido ou adequado

A avaliação do estado nutricional dos pacientes foi realizada em dois momentos: inicial, no mês de novembro de 2007, e final, no mês de abril de 2008.

3.2.3. Características alimentares

- Tipo de dieta

Nas primeiras 48 horas em que o paciente está em casa após a alta hospitalar, o paciente recebe a visita do nutricionista. Após a avaliação nutricional, é decidida a prescrição da dieta por via enteral. A decisão se baseia não só nas características clínicas e nutricionais, mas principalmente nas condições econômicas e culturais do paciente e da família.

Há, basicamente, três tipos de dieta: *caseira, industrializada ou mista*.

A *dieta caseira* ou não-industrializada refere-se às preparações a base de alimentos in natura, produtos alimentícios e/ou módulos de nutrientes (COSTA *et al.*, 2005). Estudos com diferentes formulações, mostram a viabilidade da dieta caseira (PIOVACARI *et al.*, 2006; COSTA *et al.* 2005; PRADA *et al.*, 2005; ATZINGEN *et al.*, 2007; ARAÚJO e MENEZES, 2006). Em geral, a dieta caseira é composta por uma fonte de proteína (carne bovina, frango, peixe ou ovo), gordura (óleo vegetal ou azeite), carboidrato (arroz ou batata), além de legumes e verduras variadas. Aconselha-se a variação dos alimentos. Orienta-se também a administração de sucos ou vitaminas de frutas com suplemento industrializado do tipo "Sustagen" ou similar, para melhora na oferta de micronutrientes e proteína.

Dietas *industrializadas* são completas nutricionalmente, oferecem informações confiáveis quanto à composição centesimal e osmolaridade, são práticas (em forma líquida ou em pó) e seguras do ponto de vista microbiológico. Devido ao custo, não estão acessíveis à maioria da população (ARAÚJO e MENEZES, 2006; BORELLI *et al.*, 2007; ATZINGEN

e PINTO e SILVA, 2007). Alguns pacientes acompanhados, no entanto, conseguiram meios de adquiri-las sem custo. Através de medidas judiciais contra a operadora de saúde (que é obrigada a fornecê-la) ou por meio das secretarias de saúde de seus municípios, em programas de assistência domiciliar públicos, esses pacientes recebem a dieta industrializada recomendada periodicamente.

A dieta é considerada *mista*, quando possui tanto a dieta caseira, quanto a industrializada em sua prescrição. É definida uma proporção de horários de administração para cada tipo de dieta. Por exemplo, se o paciente recebe 6 dietas de 300ml de 3 em 3 horas (6, 9, 12, 15, 18, 21 e 24hs.), atribui-se 2 ou 3 horários de dieta industrializada e o restante de dieta caseira. A definição dos horários e quantidade de dieta industrializada prescrita é feita dependendo da disponibilidade de dieta industrializada (por meio de compra ou doação).

Em todos os casos, a decisão sobre o tipo de dieta é tomada em conjunto. Cabe ao nutricionista, orientar a melhor dieta possível de acordo com as possibilidades do paciente e sua família.

- Via de alimentação

Os pacientes do presente estudo recebiam alimentação por via enteral através de sonda nasogástrica (SNG) ou por gastrostomia (GTT). Essas são as vias mais utilizadas em domicílio.

Há estudos (MONTEJO *et al.*, 2002; DAVIES *et al.*, 2002) mostrando vantagens do posicionamento da sonda no jejuno comparando com a sonda em posição gástrica. Porém, no domicílio, a sonda gástrica é mais vantajosa devido à maior facilidade de colocação e recolocação.

A gastrostomia utiliza a via enteral nos pacientes com trato gastrointestinal funcionando, mas com inabilidade ou impossibilidade de

alimentação via oral. É indicada quando o paciente necessita manter a via alternativa de alimentação enteral por mais de um mês, pois a permanência da sonda nasogástrica, além desse período, aumenta o número de complicações (ROMBEAU, 2000).

Além do tempo de permanência, há outros fatores que interferem na decisão sobre a via de administração da dieta. A discordância da família em realizar a gastrostomia, a instabilidade clínica, fragilidade ou idade avançada podem ser fatores que mantêm o paciente com sonda nasogástrica.

3.2.4. Características clínicas

- Diagnóstico de base

Considerou-se como diagnóstico de base, o diagnóstico principal, que causou a internação hospitalar do paciente e o habilitou à assistência domiciliar. Atendendo a um dos critérios para inclusão nesse estudo, a alimentação por via enteral, foi encontrado como diagnósticos de base, doenças neurológicas e que causam seqüelas que impedem a alimentação por via oral, relacionadas na Tabela 3.

Tabela 3. Relação de diagnósticos de base.

<i>Doenças</i>
Acidente vascular cerebral (AVC)
Doença de Alzheimer
Doença de Parkinson
Demência
Traumatismo crânio encefálico (TCE)
Parada cardio respiratória (PCR)
Paralisia cerebral

4. Resultados

Tabela 4. Distribuição de pacientes segundo sexo e grupo etário

Grupo etário	Sexo				Total
	M		F		
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
20 – 29	2	1,83	2	1,83	4
30 – 39	4	3,66	---	---	4
40 – 49	2	1,83	3	2,75	5
50 – 59	8	7,33	3	2,75	11
60 – 69	5	4,58	10	9,17	15
70 – 79	13	11,92	15	13,76	28
80 e +	14	12,84	28	25,68	42
Total	61	44	48	56	109

FA – frequência absoluta; FR – frequência relativa; M – masculino; F – feminino

A Tabela 4 mostra a distribuição de pacientes por sexo, dos 109 pacientes acompanhados, 61 eram do sexo masculino e 48 do sexo feminino. Em relação ao grupo etário, os pacientes com 80 anos e +, foram a maioria, tanto no grupo masculino, quanto no feminino.

Tabela 5. Distribuição de pacientes segundo sexo, grupo etário e estado nutricional inicial.

<i>Grupo etário</i>	<i>Estado nutricional inicial</i>						Total
	M			F			
	D	RD	A	D	RD	A	
20 – 29	---	2	---	---	2	---	4
30 – 39	2	1	1	---	---	---	4
40 – 49	---	1	1	---	2	1	5
50 – 59	1	4	3	---	1	2	11
60 – 69	---	3	2	1	4	5	15
70 – 79	1	10	2	2	9	4	28
80 e +	3	10	1	4	22	2	42
Total	7	31	10	7	40	14	109

D – desnutrição; RD – risco de desnutrição; A – adequado; M – masculino; F – feminino

Tabela 6. Distribuição de pacientes segundo sexo, grupo etário e estado nutricional final.

<i>Grupo etário</i>	<i>Estado nutricional final</i>						Total
	M			F			
	D	RD	A	D	RD	A	
20 – 29	---	1	1	---	1	1	4
30 – 39	---	1	3	---	---	---	4
40 – 49	---	1	1	---	1	2	5
50 – 59	---	4	4	---	---	3	11
60 – 69	---	3	2	---	4	6	15
70 – 79	3	6	4	---	13	2	28
80 e +	3	10	1	3	22	3	42
Total	6	26	16	3	41	17	109

D – desnutrição; RD – risco de desnutrição; A – adequado; M – masculino; F – feminino

Nos pacientes do sexo masculino, do início ao final do acompanhamento, houve melhora no estado nutricional nos grupos etários de 20–29, 30–39, 40–49 e 50–59 anos. O estado nutricional se manteve nos grupos etários de 60–69 e 80 e + anos. No grupo de 70–79 anos, houve aumento no número de desnutridos e de adequados e diminuição no número de pacientes em risco de desnutrição.

Em relação aos pacientes do sexo feminino, houve melhora em mais grupos etários, de 20–29, 40–49, 50–59, 60–69 e 80 e +. Entre os pacientes de 70–79 anos, houve aumento no número de pacientes em risco de desnutrição e diminuição no número de desnutridos e de adequados (Tabelas 5 e 6)

Tabela 7. Distribuição de pacientes segundo sexo, tipo de dieta e estado nutricional inicial e final.

<i>Estado nutricional</i>		<i>Tipo de dieta</i>						Total
		M			F			
		<i>Cas</i>	<i>Ind</i>	<i>Mista</i>	<i>Cas</i>	<i>Ind</i>	<i>Mista</i>	
inicial	D	1	1	2	4	1	2	11
	RD	21	3	10	25	2	13	74
	A	9	—	1	9	1	4	24
Final	D	2	—	2	1	—	2	7
	R	18	2	8	26	2	13	69
	A	11	2	3	11	2	4	33

D – desnutrição; RD – risco de desnutrição; A – adequado

Cas – Caseira; Ind – industrializada

M – masculino; F – feminino

Os pacientes foram agrupados na Tabela 7, de acordo com o tipo de dieta que recebiam. A dieta caseira com suplementação foi o grupo com o maior número de indivíduos, tanto nos pacientes do sexo masculino, quanto nos do feminino. Em relação ao estado nutricional, no grupo masculino, houve melhora do estado nutricional dos pacientes com dieta industrializada e mista. Nos pacientes com dieta caseira, houve aumento no número de adequados e de desnutridos e diminuição no número de pacientes em risco de desnutrição.

Nos pacientes do sexo feminino, também houve melhora no estado nutricional dos que recebiam dieta industrializada. No grupo de pacientes com dieta mista, o estado nutricional se manteve. Em relação aos pacientes com dieta caseira, houve diminuição dos desnutridos e aumento dos pacientes em risco de desnutrição e adequados.

Tabela 8. Distribuição de pacientes segundo sexo, grupo etário e via de alimentação.

Grupo etário	Via de alimentação				Total
	M		F		
	SNG	GTT	SNG	GTT	
20 – 29	1	1	---	2	4
30 – 39	---	4	---	---	4
40 – 49	---	2	---	3	5
50 – 59	2	6	---	3	11
60 – 69	3	2	2	8	15
70 – 79	8	5	8	7	28
80 e +	7	7	15	13	42
	21	27	25	36	109

M – masculino; F – feminino; SNG – sonda nasogástrica; GTT – gastrostomia;

A **Tabela 8** mostra que a maioria dos pacientes acompanhados, tanto do sexo masculino, quanto do feminino, utilizavam gastrostomia. Analisando por grupo etário e sexo masculino, o grupo de 20–29 e de 80 e + anos tinha o mesmo número de pacientes com SNG e com GTT. A gastrostomia era a maioria no grupo de 30–39, 40–49 e 50–59 anos. Nos pacientes com 60–69 e 70-79 anos, a maioria utilizava a SNG como via de alimentação.

Nos pacientes do sexo feminino, havia maioria com GTT nos grupos de 20-29, 40-49, 50-59 e 60-69. Nos com 70-79 e 80 e +, a maioria utilizava SNG.

Tabela 9. Distribuição de pacientes segundo sexo, via de alimentação e estado nutricional inicial e final.

<i>Estado nutricional</i>		<i>Via de alimentação</i>				Total
		M		F		
		<i>SNG</i>	<i>GTT</i>	<i>SNG</i>	<i>GTT</i>	
Inicial	D	1	3	1	6	11
	RD	17	17	19	21	74
	A	3	7	5	9	24
Final	D	4	—	2	1	7
	RD	13	15	20	21	69
	A	4	12	3	14	33

SNG – sonda nasogástrica; GTT – gastrostomia;

D – desnutrição; RD – risco de desnutrição; A – adequado

M – masculino; F – feminino.

Relacionando o estado nutricional com a via de alimentação (Tabela 9), verificou-se nos pacientes do sexo masculino, melhora no estado nutricional nos com gastrostomia. Nos pacientes com SNG, houve aumento no número de desnutridos e adequados e diminuição no número de pacientes com risco de desnutrição.

Nos pacientes do sexo feminino, houve piora no estado nutricional dos que utilizavam SNG e melhora para os com GTT como via de alimentação.

Tabela 10. Distribuição de pacientes segundo sexo, via de alimentação e diagnóstico de base.

Via	Diagnóstico de base														Total
	M							F							
	AV	AL	P	D	T	PC	PA	AV	AL	P	D	T	PC	PA	
SNG	2	7	8	1	1	2	---	3	11	6	5	---	---	---	46
GTT	10	4	3	1	5	3	1	16	6	8	1	2	2	1	63
	12	11	11	2	6	5	1	19	17	14	6	2	2	1	109

M – masculino; F – feminino; SNG – sonda nasogástrica; GTT – gastrostomia;

AV – acidente vascular cerebral; AL – doença de Alzheimer; P – doença de Parkinson; D – demência; T – traumatismo crânio encefálico; PC – parada cardio respiratória; PA – paralisia cerebral

A Tabela 10 apresenta os diagnósticos de base dos pacientes e as vias de alimentação utilizadas. Nos pacientes do sexo feminino com diagnósticos de AVC, TCE, PCR, e paralisia cerebral, a maioria utilizava gastrostomia. A SNG era maioria nos pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer e

doença de Parkinson. Em relação ao diagnóstico de demência, encontrou-se o mesmo número de pacientes com GTT e com SNG.

Quanto aos pacientes do sexo feminino, a GTT era maioria nos pacientes com diagnósticos de AVC, doença de Parkinson, TCE, PCR e paralisia cerebral. Pacientes com diagnósticos de doença de Alzheimer e demências, na maioria recebiam dieta por SNG.

Tabela 11. Distribuição de pacientes segundo sexo, diagnóstico de base e estado nutricional inicial e final.

<i>Est.</i> <i>Nut.</i>	<i>Diagnóstico de base</i>														Total	
	M							F								
	AV	AL	P	D	T	PC	PA	AV	AL	P	D	T	PC	PA		
	D	2	3	---	---	2	---	---	3	2	1	1	---	---	---	14
I	RD	6	6	9	2	4	4	---	12	13	7	4	2	1	1	71
	A	4	2	2	---	---	1	1	4	2	6	1	---	1	---	24
	D	---	4	2	---	---	---	---	---	2	---	1	---	---	---	9
F	RD	8	4	7	2	3	2	---	13	15	8	4	---	---	1	67
	A	4	3	2	---	3	3	1	6	---	6	1	2	2	---	33

Est. Nut. – estado nutricional; D – desnutrição; RD – risco de desnutrição; A – adequado

M – masculino; F – feminino

AV – acidente vascular cerebral; AL – doença de Alzheimer; P – doença de Parkinson; D – demência; T – traumatismo crânio encefálico; PC – parada cardio respiratória; PA – paralisia cerebral

Em pacientes do sexo masculino, houve aumento no número de desnutridos com diagnósticos de doença de Alzheimer e de Parkinson e diminuição nos com TCE e PCR.

Quanto aos pacientes em risco de desnutrição, houve aumento nos com diagnóstico de AVC e diminuição nos com doença de Alzheimer, doença de Parkinson, TCE e PCR.

Nos pacientes com estado nutricional adequado, houve aumento no número quando os diagnósticos eram doença de Alzheimer, TCE e PCR.

Em relação aos pacientes do sexo feminino, houve diminuição no número de desnutridos nos pacientes com diagnósticos de AVC e doença de Parkinson. O número de pacientes em risco de desnutrição aumentou quando os diagnósticos eram AVC, doença de Alzheimer e de Parkinson e diminuíram quando TCE e PCR.

No critério adequado quanto ao estado nutricional, houve aumento no número de pacientes com diagnóstico de AVC, TCE e PCR e diminuição nos com doença de Alzheimer.

Tabela 12. Distribuição de pacientes segundo sexo, grupo etário, via de alimentação, tipo de dieta e diagnóstico clínico.

	Sexo				Total
	M		F		
<i>Grupo etário</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	
20 – 29	2	1,83	2	1,83	4
30 – 39	4	3,66	---	---	4
40 – 49	2	1,83	3	2,75	5
50 – 59	8	7,33	3	2,75	11
60 – 69	5	4,58	10	9,17	15
70 – 79	13	11,92	15	13,76	28
80 e +	14	12,84	28	25,68	42
<i>Estado nutr. inicial</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	
Desnutrido	7	6,42	7	6,42	14
Risco de desnutrição	31	28,44	40	36,69	71
Adequado	10	9,17	14	12,84	24
<i>Estado nutr. final</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	
Desnutrido	6	5,5	3	2,75	9
Risco de desnutrição	26	23,85	41	37,61	67
Adequado	18	16,51	17	15,59	35
<i>Via de alimentação</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	
SNG	21	19,26	25	22,93	46
GTT	27	24,77	36	33,02	63
<i>Tipo de dieta</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	
Caseira	31	28,44	38	34,86	69
Industrializada	4	3,66	4	3,66	8
Mista	13	11,92	19	17,43	32
<i>Diagnóstico de base</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	<i>FA</i>	<i>FR</i>	
AVC	12	11	19	17,43	31
Alzheimer	11	10,09	17	15,59	28
Parkinson	11	10,09	14	12,84	25
Demência	2	1,83	6	5,5	8
TCE	6	5,5	2	1,83	8
PCR	5	4,58	2	1,83	7
Paralisia	1	0,91	1	0,91	2

A Tabela 12 mostra as características dos pacientes acompanhados, onde 44% eram do sexo masculino e 56% do sexo feminino. Destes, a maioria estava no grupo etário dos com 80 anos e +, para ambos os sexos.

Quanto ao estado nutricional, a maioria dos pacientes foi classificada em risco de desnutrição. Levando em consideração as duas avaliações (inicial e final), houve diminuição no número de desnutridos e aumento no número de adequados, em ambos os sexos. Em relação aos pacientes em risco de desnutrição, houve diminuição no número de pacientes do sexo masculino e aumento nos do sexo feminino.

A via de alimentação utilizada nos pacientes, foi na maioria, a GTT (57,79%), em ambos os sexos.

Considerando o tipo de dieta recebida, a maioria era caseira com suplementação, seguida da mista e depois da industrializada.

Quanto ao diagnóstico de base, em ambos os sexos, os pacientes com AVC eram a maioria.

5. Discussão

Seguindo a tendência de envelhecimento da população, a Tabela 4 mostra uma proporção maior de pacientes do sexo feminino em relação ao sexo masculino. A expectativa de vida do homem é inferior à da mulher, o que pode explicar essa proporção, visto que a maioria dos pacientes são de idosos. Na distribuição dos pacientes por faixa etária, o grupo de 80 e mais foi o com o maior número de indivíduos, 42, em relação ao total de pacientes acompanhados (109). Esses resultados também acompanham os divulgados pelo IBGE (2008), em que a faixa etária de mais de 80 anos foi a que mais cresceu no Brasil.

As Tabelas 5 e 6 mostram que na maioria dos grupos etários, houve melhora do estado nutricional dos pacientes. Melhora atribuída provavelmente pelo acompanhamento e intervenção nutricional (COSTA et al., 2005) e da equipe interprofissional.

Os dados da Tabela 7 mostram que mesmo em uma assistência domiciliar privada, é grande o número de famílias que não têm condição financeira de manter o paciente com dieta industrializada. Considerando o número de pacientes com dieta caseira, a piora no estado nutricional (um paciente de cada sexo) não a desabilita como opção na prescrição dietoterápica. Diversos estudos desenvolveram e comprovaram ser possível essa prescrição, sem prejuízo a saúde do paciente. (ATZINGEN, 2005; COSTA et al., 2005; ARAÚJO e MENEZES, 2006; PIOVACARI et al., 2006; BORELLI et al., 2007;)

A gastrostomia é a via de alimentação preferencial devido ao baixo índice de complicações e outras vantagens verificadas nos estudos de DWOLATZKY et al. (2001), ABITBOL et al., (2002) e SKELLY (2002). No entanto, nem sempre é possível a utilização dessa via de alimentação. Pacientes instáveis clinicamente, imunodeprimidos e com idade avançada, normalmente recebem dieta via SNG por determinação médica ou ainda, a pedido da família (Tabela 8). A Tabela 9 mostra que a maioria dos pacientes com gastrostomia, teve melhora no estado nutricional. Não há estudos mostrando uma relação direta da via de alimentação com o estado nutricional em pacientes com as mesmas condições clínicas. Esses resultados parecem refletir a fragilidade dos pacientes com SNG, o que poderia justificar essas diferenças. A Tabela 10 reforça os obtidos nas Tabelas 8 e 9, onde a maioria dos pacientes com doenças que acometem mais freqüentemente idosos, utiliza SNG como via de alimentação.

Os resultados da Tabela 11, mostram que o estado nutricional tende a piorar quando o diagnóstico é de doença crônica degenerativa (doença de Alzheimer e doença de Parkinson), além de serem mais comuns em idosos. Em contrapartida, em casos agudos, como em TCE e PCR, encontram-se estados nutricionais melhores.

A Tabela 12 caracteriza o paciente domiciliar acima de 20 anos, que atende aos critérios estabelecidos nesse estudo.

6. Conclusão

Os pacientes domiciliares acompanhados são predominantemente do sexo feminino, maiores de 80 anos e apresentam risco de desnutrição. Em relação à alimentação, a maioria possui gastrostomia e recebe dieta caseira com suplementação. Quanto ao diagnóstico, o acidente vascular cerebral (AVC) é o com maior prevalência.

7. Referências

ABITBOL, V. *et al.* Percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients. A prospective study in a geriatric hospital. **Gastroenterol Clin Biol**, v.26, n.5, p. 448-53, 2002.

ALBUQUERQUE, S.M.R.L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?** São Paulo, Casa do Psicólogo/Cedecis, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental. **Metrocamp Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 18-36, jan./jun. 2007. Disponível em: www.metrocamp.com.br/pesquisa

ARAÚJO, E.M.; MENEZES, H.C. Formulações com alimentos convencionais para nutrição enteral ou oral. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, v.26, n.3, p.533-538. set. 2006.

ARNAUD-BATTANDIER, F. *et al.* Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. **Clin. Nutr.** v.23, p.1096-1103, 2004.

ATZINGEN, M.C.B.C.V.; PINTO e SILVA, M.E.M. Desenvolvimento e análise de custo de dietas enterais artesanais à base de hidrolisado protéico de carne. **Rev. Bras. de Nutr. Clin.**, v. 22, p. 210-213, 2007.

ATZINGEN, M.C.B.C.V.; RIBALTA, M.; SANTINHO, M.A.R.; FONTES, R.; CASTRO, M.R.; PINTO e SILVA, M.E.M. Características físico-químicas de dietas enterais artesanais com hidrolisado protéico de carne. **Alimentos e Nutrição (UNESP)**, v.18, p.183 - 189, 2007.

BARBOSA, A.R. *et al.* Anthropometry of the elderly living in São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n.6, p.1929-38, 2005.

BAXTER, Y.C. *et al.* Economic Study in Surgical Patients of a New Model of Nutrition Therapy Integrating Hospital and Home vs the Conventional Hospital Model. **JPEN**, v.29, n.1 suppl, p.96-105, jan 2005.

BLOCH, A.S.; MUELLER, C. Suporte Nutricional Enteral e Parenteral. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. In: **Krause alimentos, nutrição & Dietoterapia**.10ª ed. São Paulo: Roca; 2002. p. 448-66.

BORELLI, M. *et al.* Custos de dietas não industrializadas padronizadas para o uso da terapia enteral domiciliar no município de Campinas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO INTEGRADA – GANEPÃO,

2007, São Paulo. **Anais...Campinas: SAD - Serviço de Atendimento Domiciliar de Campinas, 2007.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria Nº 337, de 14 de abril de 1999. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 abr. 1999.**

BRASIL. **Projeto de internação domiciliar. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição.** Material utilizado em palestra. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL, Senado Federal. Projeto de Lei da Câmara n 57, de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília, 03 de outubro de 2003.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006.**

CANINEU, P.R. Demências: características clínicas gerais. Rio de Janeiro: **Instituto de Pesquisa GERP, 2003.**

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Rev. Bras. Psiqu., v. 24, supl. 1. p. 7-10, 2002.**

CARLETI, S.M.M.; REJANI, M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPALETTO NETTO, M. **Manual de gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1997. p. 415-9.

CORRÊA, J.V. **Idosos no município de São Paulo.** 2006. 104 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COSTA, H.L.S.; PEREIRA, M.C.P.C.; WADY, M.T.B. Perfil nutricional de pacientes gastrostomizados atendidos na modalidade de home care. Em uso de dieta enteral não-industrializada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO INTEGRADA – GANEPÃO, 2005, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: SportDiet, 2005.

COSTA, H.M.C. *et al.* Reintrodução da alimentação oral em pacientes traqueostomizados com terapia de nutrição enteral. **Rev. Bras. Nutr. Clin., São Paulo, v. 18, n. 4, p. 168-172, 2003.**

COTTA, R.M.M. *et al.* La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.10, n.1, p.45-55, 2001.

CREUTZBERG, M. "Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que está acamada": subsídios para o cuidado domiciliar. **O Mundo da Saúde**, v.24, n.4, p.298-305, 2000.

CRUZ, K.C.T. **Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico com idade maior ou igual a 55 anos.** 2004. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DAL BEN, L. W. Home care. **Médicis**, São Paulo, n. 11, p. 14-17, jul./ago. 2001.

DANIELS, S.K. *et al.* Aspiration in patients with acute stroke. **Arch Phys Med Rehabil**, v.79, p.14-19, 1998.

DAVIES, A.R. *et al.* Randomized comparison of nasojejunal and nasogastric feeding in critically ill patients. **Crit Care Med**, v.30, n.3, p.714-6, 2002.

DENNIS, M.S.; LEWIS, S.C.; WARLOW, C. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients: a multicentre randomised controlled trial. **Lancet**, v.365, n.9461, p.764-72, 2005.

DOLBEN, L.W. Serviço de atendimento de enfermagem residencial. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J. **Atendimento domiciliário um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu; 2000. p. 575-82.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-17.

DUARTE, Y.A.O *et al.* Programa de visita domiciliaria ao idoso - PROVIDI. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.519-38.

DWOLATZKY, T. *et al.* A prospective comparison of the use of nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy tubes for long-term feeding in older people. **Clin Nutr**, v.20, n.6, p.535-40, 2001.

DZIEWAS, R. *et al.* - Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v.75, p.852-856, 2004.

EDINGTON, J. *et al.* Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. **Clin Nutr**, v.19, p.191-195, 2000.

FABRICIO, S.C.C. *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.5, p.721-726, set./Out. 2004.

FLEMING, C.M.; SHEPARD, J.A., MARK, E.J. Case 15-2003: A 47-year-old man with waxing and waning pulmonary nodules five years after treatment for testicular seminoma. **N Engl J Med**, v.348, p.2019-27, 2003.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004.

FREITAS, A. V. S.; BITTENCOURT, C. M. M.; TAVARES, J. L. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 103-107, abr./out. 2000.

FRISANCHO, A. R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: **University of Michigan Press**, 1990.

GOMES, G. F. *et al.* Nasogastric feeding tube, aspiration and aspiration pneumonia in hospitalized stroke patients with oropharyngeal dysphagia. **ABCD**, v.16, n.4, p.189-192, out.-dez. 2003.

GÓMEZ CANDELA, C. *et al.* Complicaciones de la nutrición enteral domiciliaria: Resultados de un estudio multicéntrico. **Nutr. Hosp.**, v.18, n.3, p.167-173, jun 2003.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção Integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

GUÉRIN, O. *et al.* Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients. **Am J Clin Nutr**, v.82, n.2, p.435-441, 2005.

GURNEY, J.M., JELLIFFE, D.B. Arm anthropometry in nutritional assessment: nomogram for rapid calculation of muscle circumference and cross-sectional muscle and fat areas. **Am J Clin Nutr**. v. 26, p.912-5, 1973.

HEYMSFIELD, S.B. *et al.* Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area. **Am J Clin Nutr.** v. 36, p. 680-90, 1982.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**, 2008.

JACOB FILHO, W.; CHIBA, T.; ANDRADE, M.V. Assistência domiciliar interdisciplinar em uma instituição de ensino. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.539-44.

JORM, A.F., JOLLEY, D. The incidence of dementia: a meta-analysis. **Neurology.** v. 51, n.3, p.728-733, 1998.

KAWASAKI, K. **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso**. 2004. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.3, p.485-493, Mar. 2008.

KLODELL, C.T. *et al.* Routine intragastric feeding following traumatic brain injury is safe and well tolerated. **Am J Surg.**, v.179, n.3, p.168-71, 2000.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. 2000. 222 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R., *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saude soc.**, v.15, n.2, p.88-95. Maio/Ago., 2006.

MARIK, P.E. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. **N Engl J Med**, v. 344, p.665-71, 2001.

MARIN, M.J.S.; CAETANO, F.B.; PALASSON, R.R. Avaliação da satisfação dos usuários do programa interdisciplinar de internação domiciliar. **Espaco para Saude: versão online**, v.2, n.2, jun.2001.

MARTINS, J.J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto & contexto enferm**, v.16, n.2, p.254-262, abr.-maio 2007.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Rev. Bras. Crescimento desenvolv. Hum.** v. 4, n.2, p. 60-68, jul./dez., 1994

MAZZA, M.M.P.R. **Cuidar em família: análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso.** 2002. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES, W. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde.** Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

MILKES, D.E. Percutaneous endoscopy gastrostomy (GPE) tubes: medical, legal and ethical considerations for patients and physicians. Disponível em : <www.ciberouds.com/conferences/gastroenterology/current/conference, 2000>

MONTEJO, J.C. *et al.* Multicenter, prospective, randomized, single-blind study comparing the efficacy and gastrointestinal complications of early jejunal feeding with early gastric feeding in critically ill patients. **Crit Care Med**, v.30, n.4, p.796-800, 2002.

MORLEY, J.E. Nutrition in the elderly. **Curr Opin Gastroenterol**, v.18, p.240-5, 2002.

MUSSOI, T.D. **Estado nutricional de pacientes pós-doença encefalovascular.** 2006. 115 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

NAJAS, M.; PEREIRA, F.A.I. Nutrição. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002. p. 838-845.

NAKAJOH, K. *et al.* - Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. **J Intern Med**, v.247, p39-42, 2000.

NAVARRO, F.P. El ingreso en el hogar, análisis de un ano da trabajo. **Revista Cubana Enfermería**, v.9, n.2, p.81-86. 1993.

NEUMANN, D.A.; DELEGGE, M.H. Gastric versus small-bowel tube feeding in the intensive care unit: a prospective comparison of efficacy. **Crit Care Med**, v.30, n.7, p.1436-8, 2002.

OLIVEIRA, S.F.D. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde Soc**, v.16, n.1, p.81-89, jan-abr 2007.

PASKULIN, L. M.; DIAS, V. R. Como é ser cuidado em casa: as percepções os clientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 55, n. 2, p. 140-145, mar./abr. 2002.

PÉREZ-MÉNDEZ, L.F.; GARCÍA-MAYOR, R.V. Current situation of domiciliary enteral nutrition in Galicia. A multicenter study. Situación actual de la nutrición enteral domiciliaria en Galicia. Estudio multicéntrico. **Nutr Hosp**; v.16, n.6, p.257-61, 2001.

PIOVACARI, S.M.F. *et al.* Dieta enteral artesanal x industrializada em uso domiciliar: custos e benefícios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO INTEGRADA – GANEPÃO, 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Serviço de Nutrição - Hospital Israelita Albert Einstein, 2006.

POTTER, J.M. *et al.* Protein energy supplements in unwell elderly patients – a randomized controlled trial. **J Parenteral Enteral Nutr**, v.25, p.323-329, 2001.

PRADA, M.C.A. *et al.* Terapia nutricional enteral domiciliar: desenvolvendo uma fórmula artesanal para a população de baixa renda do município de Campinas-SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO INTEGRADA – GANEPÃO, 2005, São Paulo. **Anais...**Campinas, 2005

QUEIROZ, Z. P. V. Cuidando do idoso: uma abordagem social. **O Mundo da Saúde**, v.24, n.4, p. 246-8, 2000.

RIBEIRO, C. A. Assistência domiciliar: uma “nova” modalidade de atenção à saúde. **Rev. Bras. Home Care**, v.6, n. 62, p.38-42, jun. 2000.

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. saúde pública**, v.39, n.4, p.655-62, ago. 2005.

ROMBEAU, J.L. Enteral nutrition. In: GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. **Cecil textbook of medicine**. 21th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2000. p.1163-6.

SCHNEIDER, S. M. *et al.* Outcome of patients treated with home enteral nutrition. **J. Parent. Ent. Nutr.**, Baltimore, v. 25, n. 4, p. 203-209, 2001.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v.19, p.839-47, 2003.

SKELLY, R.H. Are we using percutaneous endoscopic gastrostomy appropriately in the elderly? **Curr Opin Clin Nutr Metab Care**, v.5, n.1, p.35-42, 2002.

TAMURA, F. *et al.* Analysis of feeding function and jaw stability in bedridden elderly. **Dysphagia**, v.17, n.3, p.235-41, 2002.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do "Home Health Care" no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, out./dez. 2000.

TOUFEN JUNIOR, C.; CAMARGO, F.P.; CARVALHO, C.R.R.. Pneumonia aspirativa associada a alterações da deglutição: relato de caso. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.19, n.1, p.118-122, jan.-mar. 2007.

TRELHA, C.S. *et al.* Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Espac. saúde** (Online), v.8, n.1, p.20-27, dez. 2006.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). National Center for Health Statistics. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES III (1988-94). Plan and Operations Procedure Manuals (CD-ROM) Hyattsville, Md.: Center for Disease Control and Prevention, 1996.

VAN NES, M.C. *et al.* Does the mini nutritional assessment predict hospitalization outcomes in older people? **Age Ageing**, v.30, p.221-226, 2001.

VERHOEF, M.J. Patient outcomes related to percutaneous endoscopic gastrostomy placement. **J Clin Gastroenterol.**, v.32, n.1, p.49-53, 2001.

VOLKERT, D. *et al.* Malnutrition in geriatric patients: diagnostic and prognostic significance of nutritional parameters. **Ann Nutr Metab**, v.36, p.97-112, 1992.

VOLLMANN, J. *et al.* Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. **New England Journal Medicine**, n. 342, p. 206-210, 2000.

WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. Cuidadores de idosos: uma experiência em Unidade Básica de Saúde - Projeto CapacIDADE. **Mundo saúde**, v.29, n.4, p.639-44, out.-dez. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-based and long-term care: home care issues at the approach of the 21th century from a World Health Organization perspective - a literature review.** Genebra, 1999.

ZAMBERLAN, P. *et al.* Nutrição enteral em pediatria. **Pediatr.mod**, v.38, n.4, p.105-124, abril, 2002.

Anexos

Anexo 1. Prontuário de Nutrição

PRONTUÁRIO DE NUTRIÇÃO			
			Data Atendimento
Nome	Data de nascimento 	Idade Anos	Sexo <input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> Fem.
Descrição			
ALIMENTAÇÃO			
<input type="radio"/> VO - Via Oral			
<input type="radio"/> Sem ajuda	<input type="radio"/> Aceitação total	<input type="radio"/> Recusando	Consistência
<input type="radio"/> Com ajuda	<input type="radio"/> Aceitação parcial	<input type="radio"/> Terapêutica	Hidratação
<input type="radio"/> Assistida por			
<input type="radio"/> SNE	<input type="radio"/> Gastrostomia	<input type="radio"/> Caseira	<input type="radio"/> Suplemento
<input type="radio"/> SNG	<input type="radio"/> Jejunostomia	<input type="radio"/> Industrializada	Dieta
Volume (ml)	Fracionamento		
Horários	Valor Calórico		
Hidratação			
HÁBITO INTESTINAL			
<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Muco	<input type="radio"/> Melena	<input type="radio"/> Fecaloma
Constipação _____ dias	Diarréia _____ vezes / 24h há _____ dias		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL			
Peso (Kg)	Altura (cm)	Altura do Joelho (cm)	Circunferências (cm)
CB	Cpant	Cpunho	Dobras cutâneas (mm)
PCT	PCB	PCSE	PCSI
Estado Nutricional	<input type="radio"/> Desnutrição	<input type="radio"/> Baixo peso	<input type="radio"/> Eutrofia
		<input type="radio"/> Sobrepeso	<input type="radio"/> Obesidade
Evolução			
Condução			
Observações / Comentários			
Frequência			
Data 	Assinatura de Familiar ou Cuidador	Data 	Assinatura e Carimbo do Profissional

Maria Elisabeth Machado Pinto e Silva

possui graduação em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1975) , especialização em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde pelo Fundação Getulio Vargas - SP (1978) , especialização em Dietoterapia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1982) , mestrado em Ciência dos Alimentos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (1989) , doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1995) e curso-tecnico-profissionalizante em Análise Sensorial de Alimentos pelo Fundação Tropical de Pesquisas e Tecnologia André de Tosello (1996) . Atualmente é professor doutor da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Nutrição , com ênfase em Dietética. Atuando principalmente nos seguintes temas: hidrolisado proteico, hidrolisado de carnes, dietoterapia.

(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 18/11/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/8554723044448622>

Sabrina Toledo Cecilio

possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1995) e especialização em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário São Camilo - Campus Pompeia (2002) . Atualmente é nutricionista home care da Medial. Tem experiência na área de Nutrição , com ênfase em Home Care.

(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 28/07/2006

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/5020784292861264>