

Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional

Home Enteral Nutrition Therapy: interface between human right to adequate food and food security and nutrition

Caryna Eurich Mazur¹
Suely Teresinha Schmidt²
Sílvia do Amaral Rigon²
Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker²

¹ Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional. Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

² Departamento de Nutrição, Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.

Correspondência / *Correspondence*
Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker
Departamento de Nutrição - UFPR
Av. Lothário Meissner, 632,
80210-170 Curitiba-PR, Brasil

Resumo

A terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) é uma modalidade de atenção à saúde e nutrição realizada no domicílio, que busca a preservação do vínculo familiar aliada ao cuidado multidisciplinar, principalmente nutricional. A TNED é importante, pois converge para os princípios de segurança alimentar e nutricional (SAN); pelo ato de não comer pela boca, o indivíduo por vezes é acometido pela piora do quadro de SAN em sua família/domicílio. Tendo a alimentação significado social e cultural, as necessidades do paciente e de sua família não podem ser ignoradas nas situações em que exista a demanda pelo uso da TNED. Há de se buscar atendê-los na sua integralidade, considerando os princípios que a SAN contempla: quantidade, qualidade, diversidade, acesso aos alimentos, de modo permanente, pautado no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Palavras-chave: Terapia Nutricional Enteral. Segurança Alimentar e Nutricional. Direito Humano. Nutrição. Assistência Domiciliar.

Abstract

The home enteral nutrition therapy (HENT) is a form of health care and nutrition at home that seeks to preserve the family ties together the multidisciplinary care, especially nutrition. HENT is important because it often converges to the principles of food security (FS); due to the act of not eating by mouth, individuals sometimes are affected by the worsening of FS in their family / household. Since feeding has social power and cultural significance, the needs of patients and their families cannot be ignored in situations the use of HENT is demanded. Their needs must be fully met, considering the principles that FS includes: quantity, quality, diversity, access to food, permanently, also ruled the Human Right to Adequate Food (HRAF) within HENT.

Key words: Enteral Nutrition Therapy. Food Security. Human Rights. Nutrition. Home Nursing.

Introdução

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é um dos requisitos para o efetivo exercício da cidadania, sendo um de seus princípios fundamentais o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). A importância do reconhecimento de tal princípio faz-se necessária em todas as situações em que haja ameaça de sua efetivação, como se verifica nos casos em que o indivíduo depende de cuidados especiais, sobretudo nutricionais, para manutenção de sua qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social.

A existência de muitos elementos dificultadores da administração da alimentação por sonda no âmbito doméstico, como aspectos econômicos limitados, que podem levar à impossibilidade de aquisição de fórmulas ou alimentos, pode gerar a oferta de uma alimentação inadequada e o risco do surgimento de uma desnutrição primária ou secundária. Os desafios da adaptação da família e/ou de cuidadores ao novo cotidiano que foi modificado pelo uso da TNED podem contribuir para a insegurança alimentar e nutricional do indivíduo, que agora depende dessa terapia, e assim produzir um agravamento de seu estado nutricional.

Portanto, este estudo tem como objetivo discutir a relação entre TNED, SAN e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), mediante a realização de pesquisa de artigos científicos, capítulos de livros textos e documentos governamentais, relacionados com a temática.

Direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional

A dignidade dos cidadãos perpassa a alimentação adequada, que é um direito fundamental do ser humano, indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal. O poder público deve adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a SAN da população.^{1,2}

Assim, além dos direitos humanos e o direito à saúde idealizados na Constituição, a alimentação deve ser concebida como essencial à vida e à sociedade. Da mesma forma como existe o reconhecimento internacional do DHAA na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, também se faz necessário incluir este direito nas políticas públicas.^{3,4} É responsabilidade do Estado formular e implementar medidas normativas que possibilitem a efetiva concretização de SAN e o DHAA de sua população.⁵

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), sancionada em 2006, instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o objetivo de assegurar o DHAA. Por meio dessa lei, foram estabelecidos princípios, definições, diretrizes e composição do SISAN, que tem como finalidade formular e implementar políticas e planos de SAN, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da SAN no país. Portanto, é dever do poder público respeitar, proteger, gerar, fornecer, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do DHAA, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade.^{2,6}

A alimentação humana se dá na interface dinâmica entre o alimento (natureza) e o corpo (natureza humana). Somente se realiza integralmente quando os alimentos são transformados em corpo, em cidadãos e cidadãs saudáveis. Por essas características, a abordagem ao tema exige a incorporação do quadro de referência dos direitos humanos, que permite o olhar holístico nos princípios básicos de universalidade, equidade, indivisibilidade, inter-relação na realização, respeito à diversidade e não discriminação, também contemplados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.^{7,8}

Nas últimas décadas, a população brasileira apresentou grandes modificações sociais, que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e alimentação. Tais transformações ocasionaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social, e também da fome e escassez de alimentos, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza

extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio seguida do aumento da obesidade, apontando para um novo panorama de problemas relacionados a alimentação e nutrição.⁹

Neste sentido, a SAN plena vem contribuir para a prevenção de doenças relacionadas a alimentação e nutrição como direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural, ambiental, econômica e que sejam socialmente sustentáveis.⁷⁻⁹ O entendimento do impacto que a SAN pode proporcionar à população, seja na promoção, prevenção ou nas doenças, é indispensável para o planejamento e a implantação das estratégias de políticas públicas.^{2,10}

Assistência domiciliar e terapia nutricional enteral domiciliar

a assistência domiciliar é um termo genérico que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio. A assistência domiciliar à saúde surge entre a rede hospitalar e a rede básica, integrando duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar.¹¹ Sendo assim, os objetivos da assistência domiciliar à saúde são a prestação de cuidados à saúde aos pacientes em casa e a sensibilização tanto do enfermo quanto da família, para alcançar as metas de saúde e a independência dos serviços formais de assistência.

Inicialmente, no século XVI, foram inauguradas casas de caridade, e logo existiam recomendações para a prática da assistência domiciliar. O enfoque era caritativo e solidário; na maioria das vezes era executado por mulheres da comunidade ligadas à igreja ou irmãs de caridade. Essa característica foi conservada por muito tempo; posteriormente, esse atendimento se desenvolveu em diversos países, voltado para prevenção de doenças e promoção da saúde, agregando paulatinamente novos conhecimentos.^{12,13}

Em 1830, as atividades domiciliares começaram a ser desenvolvidas no Brasil, com os médicos prestando atendimento nas residências. A partir de 1920, as visitas eram realizadas por visitadoras sanitárias. Posteriormente, o cientista Carlos Chagas implementou o modelo americano das enfermeiras visitadoras, contratadas pelos hospitais e que deveriam ter experiência e prática domiciliar para cuidar das autoridades da época em suas casas. O atendimento domiciliar acontecia também em populações de baixa renda.^{14,15}

Nas décadas seguintes, surgiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, constituindo a primeira

experiência de assistência domiciliar brasileira organizada como um serviço. A partir daí, a assistência domiciliar à saúde difundiu-se e inseriu-se em serviços públicos e privados, na tentativa de integrar e complementar a assistência à saúde hospitalar, pela forma de gestão, organização e composição de equipes multidisciplinares.¹¹

Alguns serviços e localidades se organizaram independentemente de decisão nacional e de diretrizes mínimas para a prática da assistência domiciliar à saúde. Assim, há vários municípios que buscam alternativas para a implementação e o desenvolvimento desse atendimento, na tentativa de otimizar os recursos financeiros da saúde.^{11,14}

A logística organizada desses municípios para assistência domiciliar pode ter contribuído para a diminuição da sobrecarga existente na atenção básica, no hospital, tendo como consequência a maior cobertura no atendimento à saúde da população. Atuando no domicílio, os profissionais se aproximam dos problemas de saúde vivenciados pelo indivíduo e sua família. Por meio de diagnósticos, sugerem ações voltadas a promoção da saúde e prevenção de doenças, reforçando a autonomia do indivíduo. A implantação desses serviços manifesta-se na redução de internamentos e custos, além de trazer contribuições à qualidade de vida dos enfermos. Sob essa ótica, pode ser desenvolvida a humanização da atenção.¹⁵

Com isso, o modelo hospitalocêntrico deixou de ser a única ferramenta curativa, e com as reformulações das políticas de saúde sobrevindas, que no Brasil, ainda estão acontecendo, a assistência domiciliar têm recebido mais espaço dentro do modelo de saúde nacional.

Concomitante ao surgimento da assistência domiciliar, modelo de cuidado amplo e multidisciplinar, a terapia nutricional domiciliar (TND) tornou-se concreta como modalidade de crescente expansão até os dias de hoje.¹⁶ Como modalidade de assistência domiciliar em saúde, a TND começou a se destacar na década de 1980 e, desde então, é cada vez maior a tendência de se prosseguir com os cuidados hospitalares no domicílio.^{17,18}

A TNED, que corresponde à administração de nutrição enteral (NE) para suplementar ou substituir a ingestão oral de nutrientes, é um dos componentes da assistência domiciliar.¹⁹

Nos últimos cinquenta anos, houve grande progresso nas abordagens de NE, abrangendo cada vez mais sofisticação e incluindo métodos diferenciados. Esse tipo de alimentação viabiliza o suporte nutricional adequado, fornecendo nutrientes específicos e em quantidade satisfatória para a maioria dos enfermos.²⁰

Terapia nutricional (TN) é o conjunto de procedimentos terapêuticos nutricionais utilizados para manutenção ou recuperação da saúde de indivíduos em risco de desnutrição ou com agravo nutricional, com o emprego de métodos e técnicas específicas. Esta terapia pode ser instituída por

diferentes vias de acesso (oral, enteral e parenteral), utilizando alimentos ou fórmulas nutricionais industrializadas. Pode ser necessária por longo período de tempo, por isso em condição de saúde que não justifique hospitalização, a opção indicada é a assistência domiciliar. Tal modalidade auxilia na manutenção ou melhora do estado nutricional dos enfermos.²¹⁻²³

A longa história da terapia nutricional enteral (TNE) foi documentada desde 3500 a 1500 a.C., quando os egípcios antigos, de acordo com Heródoto, utilizaram bexigas de animais para fornecer nutrientes e medicamentos por enemas no reto. Mais de um milênio depois, em 400 d.C., físicos gregos, incluindo Hipócrates, administraram, dentre outros alimentos: vinho, soro de leite, leite, trigo e cevada pelo reto.²⁴ Dentre as diversas fases que abrangem o aparecimento da NE, estão: alimentação via reto; via trato digestório (faringe, estômago, esôfago); alimentação oroduodenal e orojejunal; desenvolvimento de técnicas de NE; análise química das formulações nutricionais; e NE para doenças e desordens com formulações específicas de nutrientes.^{20,24-27}

Desde a década de 1950, a TNE provocou grande progresso nas abordagens de alimentação para enfermos que não conseguem alimentar-se pela via fisiológica. A NE tornou-se especial e cada vez mais sofisticada, e atualmente assume papel importante de manutenção da qualidade de vida e sustentação do DHAA, além de prover a estabilização ou melhora do estado nutricional. A NE, para ser segura e eficaz, depende do desenvolvimento de dispositivos de acesso enteral, misturas de nutrientes e formulações enterais.²⁰

Além disso, o estabelecimento da TNE é determinado pelo acompanhamento nutricional do paciente em seu domicílio, que deve ser mais do que o simples fornecimento de alimentação via sonda enteral. Além de prover a execução do processo de assistência, priorizando o cuidado aos pacientes que requerem maior atenção, maior eficácia no atendimento e diagnóstico nutricional mais preciso, o acompanhamento deverá incluir o monitoramento regular e frequente da ingestão de nutrientes e seus respectivos valores nutricionais, o aconselhamento dietético ao paciente, bem como o estímulo e o apoio psicológicos, fazendo-o participar de cada etapa do tratamento dietoterápico.²⁸⁻³¹

A TN tem sido foco de estudos nacionais e internacionais com o objetivo de buscar o fornecimento de nutrientes necessários ao paciente de forma otimizada e segura. O aumento de usuários de TNE por longos períodos vem ampliando as investigações relacionadas à TNED. Um dos objetivos comuns desses estudos é adequar o uso das fórmulas à situação clínica, social, econômica e cultural do usuário, apesar das controvérsias relacionadas à categoria de fórmulas enterais utilizadas.³²⁻³⁴

A segurança alimentar e nutricional: o desafio da terapia nutricional enteral domiciliar

Ao longo dos tempos, o alimento serviu de impulso às grandes transformações sociais. A disponibilidade, variedade de produtos, sua qualidade ou mesmo sua carência, determinaram movimentos que resultaram em trocas culturais.³⁵

Torna-se importante mencionar que consideramos “alimento” toda substância que se ingere em estado natural, semi-industrializado ou industrializado, e se destina ao consumo humano, bem como toda substância que nutre o corpo. O nutriente é o elemento intrínseco na natureza do alimento, e este está voltado para processos biológicos.³⁶⁻³⁸

O entendimento do binômio alimento-nutrição pode traduzir-se na situação de insegurança alimentar e nutricional observada nos transtornos do estado nutricional, como na desnutrição, sobrepeso e obesidade.

Na alimentação por sonda, existe a preocupação em garantir os processos biológicos, especialmente na fase aguda da doença durante a hospitalização, que é nutrir o doente. Nessas circunstâncias, a oferta de nutrientes se dá por meio de fórmulas enterais industrializadas. No entanto, quando o enfermo vai para o domicílio em TNED, a situação é mais estável e muitas vezes com tempo indeterminado para manter a alimentação por sonda.

A intervenção da TND para a recuperação da saúde e melhora das doenças muitas vezes difere das necessidades gerais de saúde da população. A maior atenção à qualidade de vida do enfermo, juntamente com a promoção da saúde e afirmação da cidadania, deve ser o objetivo comum a ser alcançado.^{9,10,13,39} Neste sentido, a alimentação na TNE deve suprir as necessidades de nutrientes do organismo, mas deve também ser vínculo de singularidade, cultura e identidade social. Não é apenas um ato biológico, mas também um ato social, inerente a qualquer ser humano, saudável ou não. Assim sendo, a NE é a “comida” simbolizada na sua forma mais ativa, que possibilita homenagear, ofender, julgar.^{36,40} Compreender a alimentação e a TNED como fenômenos sociais possibilita assumi-los como parte importante do direito humano.

No entanto, para a assistência nutricional ser eficaz, é necessário que os profissionais responsáveis por ela levem em consideração a realidade do domicílio em que o enfermo está inserido, a organização familiar frente à alimentação, a importância da alimentação na família, a higiene e o armazenamento dos alimentos/fórmulas.³¹ O tratamento no domicílio, quando bem conduzido, leva à melhora da qualidade de vida, do prognóstico da doença, promoção da saúde e bom custo-benefício.⁴¹⁻⁴³

A família, em sua estrutura, é considerada aquela que tem condições de oferecer bem-estar ao enfermo sob diversos pontos de vista, em especial o afetivo. A relação da família é comprovadamente responsável pela aceleração do processo de melhora da saúde, pois oferece o alicerce que outros ambientes não têm e que, sempre que possível, deve ser mantido. O enfermo no domicílio evita a segregação da família, contribuindo para melhoria da saúde, e resgata a posição da família como importante unidade de cuidado de seus membros.⁴⁴

Na área do cuidado nutricional, as características da alimentação e cultura alimentar da família são importantes para propor orientações dietéticas, que garantam que as necessidades nutricionais sejam atingidas.⁴⁵ A NE, na maioria das vezes, não é desejada, e sim imposta pela situação de doença. Ela se transforma, muitas vezes, em fator gerador de estresse para o enfermo e sua família.⁴⁶

A TN tem conquistado, a cada dia, o reconhecimento de sua importância, tanto para a recuperação do estado nutricional quanto para sua manutenção. Quando bem indicada, melhora os resultados clínicos, reduzindo o tempo de internação e os custos com a saúde. É sabido que pacientes bem nutridos respondem melhor aos diversos tipos de tratamento.

No entanto, como já vimos anteriormente, ao alimentar-se, os indivíduos não envolvem apenas a satisfação de suas necessidades fisiológicas, mas também suas necessidades psicossociais com significações e implicações na sua vida.⁴⁷ Logo, pode-se inferir o quanto afeta a pessoa e sua família estar impossibilitado de se alimentar por via oral e ser alimentado por vias artificiais, como por sondas. O uso de NE elimina o prazer do sabor e cheiro proporcionado pelos alimentos, que se apresentam sempre com a mesma cor, aspecto e consistência, fazendo com que o processo nutritivo tome outras dimensões. Para esses enfermos, o momento de alimentar-se não corresponde mais ao momento de integração e troca de afetos, pois passa a representar tensão, angústia e discriminação, intensificados pelos sentimentos de abandono, desvalia e insegurança.^{48,49} Essa privação do convívio familiar à mesa é esquecida por muitas famílias em que há uma pessoa em TNED. O enfermo em TNED muitas vezes pode ser acompanhado pela insegurança alimentar e nutricional no seu domicílio, devido ao papel importante que a alimentação exerce no âmbito familiar.

O uso de fórmulas comerciais desenvolvidas pela indústria farmacêutica tem crescido de forma significativa, tanto pelo desenvolvimento tecnológico como pela rentabilidade econômica do negócio. O aumento de fórmulas enterais no mercado contribui para a TN especializada utilizada nos hospitais e também no domicílio. O custo/dia dessas fórmulas varia de acordo com a especificidade da composição nutricional e processos de hidrólise.

A utilização de fórmulas industrializadas para enfermos no domicílio tem sido subsidiada em alguns municípios e estados brasileiros. No entanto, ainda não estão regulados os critérios que definem a necessidade do uso dessas fórmulas industrializadas para que o DHAA seja cumprido. As famílias com menor renda e com a preocupação de manter a prescrição da alta hospitalar se mobilizam para adquirir o produto, independentemente de seu custo. Nessas circunstâncias, todas as pessoas que moram no domicílio acabam sendo prejudicadas, especialmente quando a restrição compromete o acesso e a compra de alimentos. A insegurança alimentar e nutricional faz-se mais presente nesse quadro.

É urgente o estabelecimento de critérios para a TND, e uma alternativa para os casos crônicos e sem comprometimento na digestão e absorção dos nutrientes seria o recebimento, pelos enfermos, de uma prescrição adequada a sua realidade socioeconômica e cultural para o uso de preparações com alimentos via sonda. Para aqueles enfermos ainda em fase aguda ou em recuperação do estado nutricional para sequência do tratamento clínico ou cirúrgico, seria indicado o uso de fórmulas comerciais específicas para sua recuperação. O que não se sabe ainda é se a utilização de fórmulas comerciais por enfermos em TND leva à SAN, devido ao controle de temperatura, higiênico-sanitário e microbiológico necessários para estabilidade dos nutrientes.

Apesar do grande número de fórmulas industrializadas no mercado, elas ainda não contemplam a lei da diversidade da alimentação para ser utilizada a longo prazo, o que pode ser mais um risco de insegurança alimentar e nutricional. A literatura científica afirma que os alimentos apresentam teores maiores de compostos bioativos que as fórmulas nutricionais industrializadas, assim como é forte a influência que o alimento exerce sobre o contexto social.⁵⁰⁻⁵²

O estado nutricional é outro fator a ser observado e considerado em relação à SAN. Na TND a maioria dos enfermos, na avaliação nutricional, é classificada como desnutrida, porém, esse resultado pode ser devido à baixa densidade energética ou a presença de atrofia muscular.⁵¹⁻⁵³

O esclarecimento dos diversos fatores que levam à insegurança alimentar contribuirá para o estabelecimento de políticas públicas direcionadas ao cuidado integral dos enfermos em TND e que priorizem a dignidade humana, razão pela qual as estratégias de SAN devem ser integradas à abordagem de direitos humanos.

Dessa maneira, os enfermos que estão em TND devem ser atendidos com equidade, buscando o respaldo no DHAA e na legislação que rege a SAN. Devem ainda ser alcançados objetivos maiores, como a implementação de políticas públicas de embasamento socioeconômico e cultural que subsidiem a aquisição da alimentação para tal modalidade terapêutica.

Considerações finais

A TNED tem avançado com a evolução tecnológica e o cuidado mais humanizado, mas ainda se faz necessária a integração com outros aspectos, como o de SAN. Seus princípios devem ser considerados no modelo de atenção à saúde no domicílio, tanto em relação à família como ao enfermo em TNED. Para que isso ocorra, é preciso maior integração, cooperação e desenvolvimento de ações coletivas unilaterais, de gestores e usuários.

Pelo fato de ainda ser um campo em expansão, os estudos relacionando SAN e TNED devem ser desenvolvidos buscando qualidade, quantidade e diversidade da alimentação oferecida, respeitando os significados socioeconômicos e culturais do enfermo e da família para proporcionar o DHAA.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio a pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Segurança Alimentar e Nutricional (PPGSAN) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Referências

1. Brasil. Constituição Federal. Artigo 196. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006 18 set. 2006.
3. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos. Washington, D.C.: ONU; 1948.
4. Organização das Nações Unidas. Pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais. Washington, D.C.: ONU; 1966.
5. Albuquerque MFM. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. Rev. Nutr. 2009; 22(6):895-903.
6. Brasil. Escola Superior do Ministério Público da União. Direito à alimentação adequada. Grupo de trabalho alimentação adequada. Brasília: ESMPU; 2008.
7. Valente FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. Saúde Soc. 2003; 12(1):51-60.
8. Freitas MCS, Pena PGL. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos de cultura. Rev. Nutr. 2007; 20(1):69-81.

9. Diez-Garcia RW. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.* 2003; 16(4):483-92.
10. Moreira SA. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. *Ciência Cultura* 2010; 62(4):23-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Caderno de atenção domiciliar, v 1.
12. Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do home health care no Brasil. *Rev. Admin. Saúde* 2000; 3(9):15-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Araújo MRN, Sampaio LC, Carneiro MLM, Sena RR. Saúde da família: cuidado no domicílio. *Rev. Bras. Enferm.* 2000; 53(esp):117-22.
15. Gomes IM, Lacerda MR. Correlations between social support and the home nursing - Integrative review. *Online Brazilian J. Nursing* 2010; 9(1):45-50.
16. Albuquerque SMRL. Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença? São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. 159 p.
17. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Impact of the home enteral nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 2009; 4(4):193-98.
18. Green S1, Dinenage S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: organisation of services. *Nurs Older People* 2013; 25(4):14-8.
19. August D, DeLegge M, Ireton-Jones C et al. An evidence-based approach to optimal management of vascular and enteral access for home parenteral and enteral nutrition support. *J. Parenter. Enteral. Nutr.* 2006; 30(1 Suppl.):S5-S6.
20. Dudrick SJ, Palesty JA. Historical highlights of the development of enteral nutrition. *Surg. Clin. North. Am.* 2011; 91(4):945-64.
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.63, de 6 de julho de 2000. Regulamento técnico para terapia de nutrição enteral. *Diário Oficial da União* 7 jul. 2000.
22. Candela CG, Blanco AC, Luna PPG et al. Complicaciones de lanutrición enteral domiciliaria. Resultados de um estúdio multicêntrico. *Nutr. Hospitalaria* 2003; 18(3):167-73.
23. Liley AJ, Manthorpe J. The impact of home enteral tube feeding in everyday life: a qualitative study. *Health Soc. Care Community* 2003; 11(5):415-22.
24. Pareira MD. Therapeutic nutrition with tube feeding. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1959.
25. Mccamish M, Bounous G, Geraghty ME. History of enteral feeding: past and present perspectives. In: Rombeau JL, Rolandelli RH, editors. *Clinical nutrition, enteral and tube feeding*. 3a. ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993.
26. Cerezetti CCN. Aspectos psicológicos do paciente em suporte nutricional artificial. In: Waitzberg DL. *Nutrição enteral e parenteral na prática clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995.

27. Cascudo LC. História da alimentação no Brasil. São Paulo: Nacional; 1968.
28. Silva SMCS, Mura JDP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca; 2007.
29. Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAC, Jacob Filho W, Martins MA. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole; 2010.
30. Loser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition: percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin. Nutr. 2005; 24(5):848-61.
31. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: geriatrics. Clin. Nutr. 2006; 25(2):330-60.
32. White JV, Guenter P, Jensen G, Jensen G, Malone A, Schofield M, et al. Consensus statement of the academy of nutrition and dietetics/american society for parenteral and enteral nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (Undernutrition). J. Acad. Nutr. Diet. 2012; 112(5):730-38.
33. De Ryckere M, Maetens Y, Vincent JL, Preiser JC. Impact de l'utilisation systématique d'un arbre décisionnel pour la nutrition entérale en réanimation. Nutr. Clin. Métabolisme 2013; 27(1):5-9.
34. Barreto JOM, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piri-piri-Piauí. Ciên. Saúde Col. 2013; 18(1):25-34.
35. Rocha CPV. Comida, Identidade e comunicação: a comida como eixo estruturador de identidades e meio de comunicação. UBI: Biblioteca Online de Ciências da Comunicação [Internet] 2010. [acesso em: 23 fev. 2013]. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/rocha-carla-comida-identidade-e-comunicacao.pdf>
36. Canesqui, AM, Diez-Garcia RW. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.
37. Montanari M. A cozinha, lugar da identidade e das trocas. In: Montanari M, organizador. O mundo na cozinha: história, identidade, trocas. São Paulo: Senac; 2009.
38. Burity V, Franceschini, T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MF. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: ABRANDH; 2010.
39. Martins SK, Lacerda MR. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. Rev. Rede Enf. Nord. 2008; 9:148-56.
40. Batista Filho M. Alimento e alimentação. Cienc. Cult. 2010; 62(4):20-2.
41. Shintani S. Efficacy and ethics of artificial nutrition in patients with neurologic impairments in home care. J. Clin. Neuroscience 2013; 20:220-23.
42. Lacerda MR, Oliniski SR. Familiares interagindo com a enfermeira no contexto domiciliar. Rev. Gaúcha Enferm. 2005; 26(1):76-87.
43. Duffy B, Gunn T, Collinge J, Pencharz P. The effect of varying protein quality and energy intake on the nitrogen metabolism of parenterally fed very low birth-weight (less than 1600 g) infants. Pediatric Res. 1981; 15(7):1040-44.

44. Barbosa JAG, Freitas MIF. Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados. *Rev. Latino-Americana Enferm.* 2005; 13(2):235-42.
45. Bonsmann M, Hardt W, Lorber CG. The historical development of artificial enteral alimentation. Part I. *Anesthesiology Intensive Med.* 1993; 34(6):207-10.
46. Hunter J. A case of paralysis of the muscles of deglutition cured by an artificial mode of conveying food and medicines into the stomach. *Trans. Soc. Improve. Med. Chir. Know.* 1793; 1:182-186.
47. Miyadahira AMK. Princípios de assistência de enfermagem na nutrição enteral. *Rev. Paul. Enferm.* 1984; 4(2):62-8.
48. Poulain JP. *Sociologias da alimentação.* Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.
49. Iacone R, Scanzano C, Alfonse L, Sgambati D, Fierro E, Negro G, et al. Daily macro and micronutrient supply for patients on total enteral nutrition: Are they in keeping with new dietary reference intakes for the Italian population? *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* 2014; 24(3):e15-7.
50. Owens C, Fang JC. Decisions to be made when initiating enteral nutrition. *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2007; 17(4):687-702.
51. Schieferdecker MEM. *Elaboração e validação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba [Tese].* Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.
52. Obara H, Tomite Y, Doi M. Improvement in the nutritional status of very elderly stroke patients who received long-term complete tube feeding. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism* 2010; 5(6):272-76.
53. Klek S, Szybinski P, Sierzega M, Szczepanek K, Sumlet M, Kupiec M, et al. Commercial enteral formulas and nutrition support teams improve the outcome of home enteral tube feeding. *JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr.* 2011; 35(3):380-85.

Recebido: 07/3/2014

Revisado: 05/5/2014

Aprovado: 11/6/2014

