

Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar

Epidemiological and nutritional profile of home enteral nutrition users

Ana Cláudia Silva¹
Simonton de Andrade Silveira²

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas-MG, Brasil.

² Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas-MG, Brasil.

Correspondência /Correspondence
Ana Cláudia Silva
E-mail: acsilvanutri@yahoo.com.br

Resumo

A terapia nutricional em ambiente domiciliar contribui para a recuperação do estado de saúde do paciente, além de apresentar menor custo quando comparada à nutrição enteral hospitalar. Entretanto, na prática clínica, percebe-se que os pacientes e familiares possuem dificuldades para executar os procedimentos relacionados à nutrição enteral. O objetivo foi identificar o perfil epidemiológico e nutricional dos usuários de nutrição enteral. Trata-se de estudo transversal, com aplicação de questionários e aferição de medidas antropométricas para o conhecimento do perfil socioeconômico, nutricional e variáveis associadas ao uso dessa modalidade terapêutica. Constatou-se que apenas 31,6% dos usuários deixam a unidade hospitalar com instrumentos de contrarreferência. As doenças de base prevalentes foram as doenças neurológicas (63%). O tempo médio de uso da terapia foi de 28 semanas, com uso predominante (53%) de formulações industrializadas e fornecidas pelo município (37%). Por meio da aplicação da Avaliação Nutricional Subjetiva Global, 66,7% dos indivíduos foram classificados como moderadamente desnutridos. Os resultados apontam para a necessidade de estabelecer efetiva integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e a necessidade de outros estudos sobre o perfil da nutrição enteral domiciliar no país.

Palavras-chave: Nutrição Enteral. Serviços de Assistência Domiciliar. Estado Nutricional. Epidemiologia. Perfil de Saúde.

Abstract

Nutritional therapy in home environment contributes to the recovery of health status of patients and presents lower cost when compared to hospital enteral nutrition. However, in clinical practice, patients and their families have difficulties to perform procedures related to enteral nutrition. This study aimed to identify the epidemiological and nutritional profiles of enteral nutrition users. This is a cross-sectional study with questionnaires applied and anthropometric measurements for the understanding of socioeconomic profile, nutritional and variables associated with the use of this therapeutic modality. Only 31.6 % of users leave the hospital with counter-conference instruments. The diseases of prevalent base were neurological disorders (63%). The average usage time of therapy was 28 weeks with predominant use (53%) of industrialized formulations provided by the municipality (37%). Through the application of the Subjective Global Assessment, 66.7% of the subjects were classified as moderately malnourished. Results point to the need for effective integration between different levels of health care and the need of further studies on the profile of home enteral nutrition in the country.

Key words: Enteral Nutrition. Home Care Services. Nutritional Status. Epidemiology. Health Profile.

Introdução

A terapia nutricional (TN) pode ser entendida como um conjunto de procedimentos terapêuticos com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional e clínico do paciente por meio da nutrição enteral (NE) ou nutrição parenteral.¹ Dentro dessa perspectiva, a NE, que pode ser exclusiva ou parcial, utiliza fórmulas, industrializadas ou artesanais, especialmente desenvolvidas para o uso em sondas. A NE ofertada em ambiente domiciliar caracteriza a terapia de nutrição enteral domiciliar (TNED).²

O uso da TNED facilita a recuperação do estado de saúde do paciente, pois diminui o risco de infecções; contribui para a melhora do estado nutricional; melhora a resposta terapêutica; reduz a incidência de complicações; humaniza o cuidado, reintegrando o paciente ao convívio social; e ainda, apresenta menor custo quando comparada à nutrição enteral hospitalar.³

Na prática clínica, no entanto, percebe-se que os pacientes e familiares possuem dificuldades para executar os procedimentos relacionados à nutrição enteral de maneira adequada, o que infelizmente acaba por promover complicações que dificultam a recuperação do paciente e podem contribuir para o abandono do tratamento. Além disso, muitos usuários não dispõem de recursos financeiros, nem contam com apoio do Estado para adquirir as fórmulas enterais industrializadas para manter a TNED.² Nesse caso, manipulam em seu domicílio a dieta artesanal, na maioria das vezes sem orientações, gerando risco de contaminação e perdas significativas de nutrientes.⁴

É importante ressaltar que, ao receber a alta hospitalar, os pacientes e seus familiares são orientados de formas diversas e até complexas em relação a alimentação e nutrição, o que dificulta a adequação do cuidado na vida diária.⁵

Diante das dificuldades apresentadas, fica evidente a necessidade de serviços de assistência domiciliar, também conhecidos como *home care*, realizarem suas atividades de forma singular e humanizada. Tais serviços podem proporcionar o trabalho de educação em saúde, formando cuidadores e pacientes habilitados para dar continuidade ao tratamento. Indiretamente, essas atividades resgatam a importância de o profissional de saúde estar integrado aos diversos níveis de assistência e compor equipes multiprofissionais.⁶

No Brasil, os estudos relacionados à nutrição enteral domiciliar são escassos e restritos a determinadas regiões. Os poucos dados disponíveis ressaltam a importância da definição do perfil epidemiológico em relação à TNED para que ocorra o estabelecimento de legislações nacionais que permitam o desenvolvimento dessa prática terapêutica no país.²

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar o perfil epidemiológico e nutricional dos usuários de nutrição enteral do município de Alfenas, estado de Minas Gerais.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal e observacional com análise quantitativa dos dados.⁷ A amostra foi composta por indivíduos que já estavam em uso de nutrição enteral domiciliar e também por indivíduos que receberam alta hospitalar em uso de NE no período de realização do estudo. As Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município e uma unidade hospitalar foram instituições parceiras que repassaram os dados de cadastros dos pacientes. Trata-se, portanto, de um estudo de representatividade municipal, incluindo também indivíduos residentes em áreas rurais. Os critérios de inclusão foram: residir na área do município, possuir disponibilidade para receber visitas domiciliares visando à coleta de dados e estar em uso de nutrição enteral domiciliar no período de realização da pesquisa. Todos os indivíduos que atendiam a esses critérios foram convidados a participar do estudo e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram incluídos na amostra.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), tendo recebido o protocolo de número 154/2011.

As variáveis estudadas envolveram a aplicação de questionários, por pesquisador treinado, para o conhecimento do perfil socioeconômico e de uso da nutrição enteral. Além disso, aplicou-se o instrumento Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG)⁸ e foram realizadas as medidas antropométricas de circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT). Para tomar a primeira medida, foi utilizada uma fita métrica inextensível em centímetros, com precisão para milímetros, e a prega cutânea tricipital foi obtida por meio do adipômetro da marca Lange Skinfold Caliper[®], com precisão para milímetros. Posteriormente, foi calculada a circunferência muscular do braço (CMB) pelo emprego da seguinte fórmula: $CMB = CB - (PCT \times 0,314)$.

Para classificação do estado nutricional, foram utilizados os percentuais de adequação da CB, PCT e CMB calculados utilizando a distribuição de percentis de referência propostos por Frisancho⁹ ou Burr & Phillips,¹⁰ conforme idade dos indivíduos. Os referidos percentuais foram interpretados conforme classificação sugerida por Blackburn & Thornton.¹¹ Os dados foram analisados de forma descritiva.

Resultados

O grupo estudado apresentou idade média de 67,5 anos, variando de 18 a 93 anos; 52,6% (n=10) eram do sexo feminino e 47,4% (n=9), do sexo masculino. A renda média encontrada foi de 2,9 (± 3) salários mínimos. Nenhum dos participantes morava sozinho, porém apenas 10,5% (n=2) contavam com apoio profissional para realizar os cuidados necessários. A grande maioria (84,2%) era assistida por parentes e apenas um indivíduo possuía cuidador sem relações familiares.

Apenas 31,6% (n=6) dos indivíduos foram encaminhados da unidade hospitalar com algum instrumento de referência, como encaminhamentos para uma unidade de atenção primária ou de cuidado domiciliar. As doenças que levaram ao uso da TNED foram predominantemente as neurológicas (63%), seguidas das neoplasias (21%) e outras doenças 16%. Além disso, 78,9% (n=15) dos participantes possuíam comorbidade associada ao diagnóstico principal. A média do tempo de terapia nutricional até o momento da coleta dos dados foi de 28 semanas, variando entre uma e 104,3 semanas.

A via de acesso prevalente da NE foi a sonda nasoentérica, utilizada por 63% (n=12) dos indivíduos, seguida pela sonda nasogástrica (21%) e gastrostomia (16%).

Em relação às complicações provenientes do uso da TNED, 26,3% (n=5) dos indivíduos não relataram nenhuma intercorrência. Por outro lado, 52,6% (n=10) apresentaram ao menos uma complicação e 21,1% (n=4), duas ou mais complicações. A descrição das complicações pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1. Complicações provenientes do emprego da NE em usuários de TNED, Alfenas-MG, 2012. (n=19)

Complicações	n	%
Diarreia	8	42
Distensão abdominal	4	21
Retirada da sonda	4	21
Náuseas ou vômitos	3	16
Outras	2	11

NE: Nutrição Enteral, TNED: Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar.

Analisando o tipo de dieta consumido, percebe-se que 52,6% (n=10) dos indivíduos utilizavam apenas fórmulas industrializadas, seguidos de 42,1% (n=8) dos usuários que faziam uso de fórmulas industrializadas em conjunto com dietas artesanais. Apenas 5,3% (n=1) dos indivíduos utilizavam apenas formulações artesanais. Ressaltamos, no município, a existência de um programa de fornecimento de fórmulas industrializadas, sendo que a aquisição ocorreu principalmente por esse meio (36,8%); em seguida, a compra foi a principal forma de obtenção das fórmulas (31,6%). Observou-se, ainda, que 5,3% (n=1) da amostra dependiam exclusivamente de doações. O restante dos indivíduos (26,3%) associava o fornecimento das fórmulas com compra ou doação.

Verificamos que 10,5% (n=2) dos indivíduos utilizavam a via oral como forma complementar de alimentação, utilizando alimentos na consistência pastosa. Todos os envolvidos faziam uso de medicação, sendo que apenas um (5,3%) utilizava exclusivamente a forma de administração injetável; os demais (94,7%) recebiam a medicação por meio de infusão pela sonda. Em termos quantitativos, 14,3% dos indivíduos utilizavam apenas um medicamento e 52,4%, entre dois e quatro medicações. A polifarmácia estava presente em 33,3% (n=7) dos casos.

Ao receber a alta hospitalar, todos os pacientes ou cuidadores foram orientados quanto aos procedimentos relacionados ao uso da NE. Entre os envolvidos, 61,9% sentiram-se seguros para iniciar o tratamento domiciliar devido às orientações claras recebidas. Entretanto, 38,1% relatavam

medo e insegurança ao iniciar o uso da TNED. Durante o tratamento domiciliar, 31,6% (n=6) dos indivíduos passaram por reinternação hospitalar, em sua maioria (83,3%) devido a pneumonia aspirativa e recolocação de sonda, complicações decorrentes do uso da TNED.

Em relação a ANSG, quando os cuidadores foram questionados sobre a mudança de peso nos últimos seis meses, foi observado que 31,6% (n=6) possuíam alguma informação sobre o estado pregresso dos pacientes, o que dificultava a estimativa da perda de peso. Nas duas semanas anteriores, os cuidadores de 57,9% (n=11) dos indivíduos avaliaram que não ocorreu alteração de peso.

Todos os pacientes apresentaram modificações na ingestão alimentar, dos quais 89,5% (n=17) passaram a utilizar a nutrição enteral exclusiva e 10,5% (n=2) mantiveram a alimentação por via oral com dieta subótima.

Apesar de a maioria (61,9%) dos pacientes não apresentar qualquer alteração gastrointestinal persistente por mais de duas semanas, o sintoma com maior prevalência foi a diarreia (23,8%), seguido de náuseas (9,5%) e vômitos (4,8%). A alteração na capacidade funcional também foi notada em todos os indivíduos: 73,7% (n=14) eram acamados e 26,3% (n=5) apresentavam trabalho subótimo.

O diagnóstico principal evidenciou que a maioria (52,4%) dos pacientes apresentava doenças com moderado estresse metabólico, acompanhadas de patologias com estresse metabólico alto (23,8%), baixo (14,3%) e sem estresse (9,5%).

Ao analisar os resultados relacionados ao exame físico (tabela 2), destaca-se a perda moderada de gordura subcutânea de 47,6% e consumo muscular moderado de 42,8% dos indivíduos. Nenhum dos pacientes apresentou edema sacral ou ascite. Na categorização final da ANSG, 73,7% (n=14) dos indivíduos foram classificados como moderadamente desnutridos e os 26,3% (n=5) restantes, como gravemente desnutrido.

Tabela 2. Caracterização do exame físico da ANSG em usuários de TNED, Alfenas-MG, 2012. (n=19)

	Perda de gordura subcutânea %	Consumo muscular %	Edema de tornozelo %
Normal	0	0	71,4
Leve	23,8	28,6	14,3
Moderado	47,6	42,8	14,3
Grave	28,6	28,6	0

ANSG: Avaliação Nutricional Subjetiva Global, TNED: Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar.

Por meio da avaliação antropométrica, foram calculados os percentuais de adequação, que evidenciaram a predominância da desnutrição, conforme dados apresentados na tabela 3.

Tabela 3. Percentuais de adequação conforme avaliação antropométrica em usuários de TNED, Alfenas-MG, 2012. (n=19)

% adequação	CB		PCT		CMB	
	n	%	n	%	n	%
< 70 – 90	13	68,4	12	63,2	11	57,9
90 - 110	5	26,3	3	15,8	7	36,8
>120	1	5,3	4	21,1	1	5,3

TNED: Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar.

Discussão

Vários autores relatam a escassez de estudos relacionados à nutrição enteral domiciliar,^{2,12,13} o que dificultou a comparação com trabalhos realizados em condições semelhantes. Em iniciativa inovadora para a área, o grupo de trabalho em Nutrição Artificial Domiciliar e Ambulatorial (NADYA), da Sociedade Espanhola de Nutrição Parenteral e Enteral, publicou análises anuais realizadas a partir de registros dos pacientes em TNED naquele país.¹⁴ Esse trabalho pode ser considerado uma inspiração para futuras publicações brasileiras; assim, seria possível fomentar a discussão do tema e evidenciar a representatividade dessa modalidade terapêutica no Brasil.

Com objetivo de instituir banco de dados confiáveis, foi criado um protocolo eletrônico para o atendimento de pacientes em TNED da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.¹⁵ Esse instrumento pode ser um exemplo para o desenvolvimento de um sistema nacional de coleta de dados seguros para aperfeiçoamento dessa área de pesquisa. A idade média do grupo estudado foi similar ao encontrado em outros trabalhos,^{12,16} sendo que Paccagnella et al.¹² também encontraram grande variação de idade entre os participantes.

É importante ressaltar que, ao utilizar o cadastro de pacientes em uso de NE da unidade hospitalar e das Unidades ESF, pode-se ter subestimado a população do estudo, uma vez que há possibilidade de indivíduos em TNED que não entraram em contato com esses serviços de saúde.

Ao analisar a relação entre o paciente e o cuidador, percebeu-se que grande parte da amostra estudada não contava com auxílio profissional e sim com trabalho realizado por familiares. Resultado semelhante foi encontrado no trabalho de Naves & Tronchin,¹⁷ já que 97,3% dos cuidadores também eram membros da família.

Apesar dos relatos de orientações no momento da alta hospitalar sobre o uso da NE, o baixo percentual de pacientes que deixaram a unidade hospitalar com algum instrumento de referência para uma unidade de atenção primária ou de cuidado domiciliar dificulta a continuidade do cuidado para os pacientes em uso de TNED. Serra & Rodrigues¹⁸ destacam que deficiências operacionais dificultam o funcionamento de sistemas de referência e contrarreferência entre os diversos níveis de atenção à saúde. Estas deficiências operacionais podem contribuir para o agravamento das condições de saúde e impossibilitam a integralidade e continuidade do cuidado.

As doenças neurológicas, seguidas das neoplasias, foram as principais causas para a indicação da TNED, assim como os resultados encontrados por Frías et al.¹⁴ É, porém, diferente da distribuição de doenças encontrada por De Luis et al.,¹⁶ que apresentaram o câncer de cabeça e pescoço e infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) como as duas principais causas para uso da TNED.

Em relação à média de tempo em uso da TNED, houve grande variação entre os estudos analisados. O estudo realizado por De Luis,¹⁶ citado anteriormente, apresentou tempo de duração da nutrição enteral domiciliar semelhante, porém o grupo NADYA¹⁴ relatou permanência no programa de tratamento superior a dois anos; no estudo de Naves & Tronchin,¹⁷ a média de duração foi um pouco menor que o encontrado no presente estudo, aproximadamente 15,4 semanas. O maior tempo de tratamento relatado pelo grupo espanhol é justificado pela estrutura da TNED no país, sendo que essa modalidade terapêutica é regulamentada por lei e financiada por sistema público.¹⁹

Em estudos europeus,^{12,16} a via de inserção da sonda prevalente foi a sonda nasogástrica; já em um trabalho nacional,¹⁷ a maior parte (51,4%) dos pacientes utilizava gastrostomia. Identificamos como via de acesso prevalente a sonda nasoentérica. Há recomendações para considerar vias de acesso de longa duração, como gastrostomia e jejunostomia, quando há necessidade de tratamento superior a quatro semanas,²⁰ caso do presente estudo e de outros trabalhos citados.

Apesar do elevado percentual de diarreia encontrado, é importante ressaltar que a duração foi menor que duas semanas, como expresso na ANSG. Além disso, mesmo apresentando percentual menor (3,3%), a diarreia também foi a complicação referente ao uso da TNED com maior prevalência no trabalho realizado por De Luis et al.¹⁶ A ocorrência desse efeito adverso pode ser explicada pela escolha predominante da via de administração da dieta por meio de sonda nasoentérica. Sabe-se que os indivíduos estudados utilizavam a administração intermitente

da dieta e que o município fornecia uma fórmula padrão, sem adaptações específicas, o que pode ter proporcionado carga osmótica elevada e favorecido a ocorrência da diarreia.²¹ Soma-se a esses fatores a excessiva manipulação da dieta artesanal, que aumenta o risco de contaminações e favorece a instabilidade química e física.²²

O percentual de reinternação hospitalar de outro estudo¹⁶ foi de apenas 3,7%. Tal discrepância, em relação aos nossos resultados (31,6%), pode ter origem nas características do estudo citado, que exigia: início da NE ainda no hospital e boa tolerância por um período de cinco dias, treinamento para cuidadores ou o próprio paciente sobre uso da terapia, ambiente doméstico seguro para instituição da TNED e acompanhamento sistemático dos pacientes por equipe especializada. Estes resultados sugerem a necessidade de cuidados específicos no manejo do paciente em TNED, a fim de diminuir ou evitar complicações mais graves, como a aspiração pulmonar, que irão interferir no estado de saúde geral do paciente.

O município no qual foi realizado o estudo possuía um programa de fornecimento de fórmulas industrializadas para nutrição enteral, o que possivelmente explica por que a maior parcela da amostra utiliza apenas esse tipo de formulação. Em outro estudo,¹⁷ houve maior prevalência do uso da dieta semiartesanal, seguida por artesanal e industrializada. Sabe-se que fórmulas artesanais são mais propensas às contaminações microbiológicas e dificultam o alcance das recomendações calóricas e de nutrientes.⁴ Adicionalmente, Zaban & Novaes³ ressaltam que o tratamento domiciliar reduz custos de manutenção, além de contribuir para a inclusão social e atendimento humanizado do paciente. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de programas e legislações para fomentar a TNED no país.

É importante ressaltar que 94,7% dos pacientes que acompanhamos utilizavam medicamentos via sonda, dados corroborados pelo estudo de Naves e Tronchin,¹⁷ que mostra que 94,6% dos pacientes também utilizavam essa via para administração dos medicamentos. Esses resultados apontam para a necessidade de capacitação dos cuidadores no que se refere à administração dos medicamentos, de forma a evitar complicações como obstrução da sonda e interação entre nutrientes e medicamento.

O baixo conhecimento do real estado de saúde dos pacientes por parte de seus cuidadores e a falta de equipamentos adequados para que profissionais realizem uma avaliação nutricional satisfatória dificultam a identificação e categorização do grau de perda de peso de pacientes em TNED, como foi possível observar no presente trabalho. Paccagnella¹² et al. identificaram média de perda de peso de 22,9% em indivíduos com tratamento semelhante. Tal definição foi possível porque os dados antropométricos dos pacientes, antes e após o tratamento, eram registrados em arquivos eletrônicos.

Discordando de outros dados,^{12,16} a via oral foi muito pouco indicada e estimulada. Adicionalmente, a grande maioria dos participantes, assim como em outro trabalho,¹⁴ requer ajuda devido às limitações funcionais. Dessa forma, mais uma vez a necessidade de capacitação e instalação de sistemas de apoio constantes para os cuidadores é evidenciada.

Os resultados expressos na tabela 3 evidenciam a prevalência de desnutrição no grupo estudado. Talvez, se houvesse maior estímulo via oral, os resultados pudessem ser diferentes, pois De Luis et al.,¹⁶ avaliando um grupo de pacientes tratados com suplementação oral e outro com NE, observaram que os valores de peso, prega cutânea tricipital e circunferência do braço foram maiores no primeiro grupo.

Em relação à categorização final da ANSG, Azank et al.,²³ avaliando indicadores do estado nutricional de pacientes em uso de nutrição enteral por gastrostomia e sonda nasoenteral, encontraram percentuais elevados de desnutrição, principalmente entre aqueles em uso de sonda nasoentérica, corroborando os dados apresentados. O elevado percentual de pacientes desnutridos é justificável diante da realidade encontrada no presente estudo: deficiente sistema de referência dos pacientes para a continuidade dos cuidados, alto grau de dependência requerido pelas doenças neurológicas, carência de estímulos para a alimentação por via oral e falta de capacitação para familiares e/ou cuidadores em relação ao manejo dos pacientes em TNED.

Conclusão

Conclui-se, sobre o perfil dos usuários de TNED estudados, que há grande variação entre a indicação, idade, tempo de uso e tipo de orientação recebida para o tratamento domiciliar. Trata-se de um grupo que requer cuidados especializados de saúde; há, ainda, carência de informação demonstrada por familiares e cuidadores. A necessidade do desenvolvimento de políticas, ou no mínimo protocolos para sistematizar o atendimento desses pacientes, é evidente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 63 de 06 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial da União 7 jul. 2000.
2. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no distrito federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. *Comun. Ciências Saúde* 2009; 20(2):143-150.

3. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Nutrição enteral domiciliar: um novo modelo de gestão econômica no Sistema Único de Saúde [Dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, UNB; 2009.
4. Amaral Felício B, et al. Food and nutritional safety of hospitalized patients under treatment with enteral nutrition therapy in Jequitinhonha Valley, Brazil. *Nutr. Hosp.* 2012; 27(6):2122-2129.
5. Zotti M. Sistematização do atendimento nutricional em assistência domiciliar. In: São Paulo Internações Domiciliares. Grupo Mais. Prata da Casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. São Paulo: Oboré; 2009. p. 108-111.
6. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12(5):721-726.
7. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
8. Detsky AS, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J. Parenter. Enteral Nutr.* 1987; 11(1):8-13.
9. Frisancho AR. *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. University of Michigan Press; 1990.
10. Burr ML, Phillips KM. Anthropometric norms in the elderly. *Br. J. Nutr.* 1984; 51:165-169.
11. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Med. Clin. North Am.* 1979; 63(5):11103-11115.
12. Paccagnella A, Baruffi C, Pizzolato D, Favaro V, Marcon ML, Morello M et al. Home enteral nutrition in adults: a five-year (2001-2005) epidemiological analysis. *Clin Nutr.* 2008; 27(3): 378-385.
13. Moreira SPL, Galvão NRL, Fortes RC, Zaban ALRS. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. *Comun. Ciências Saúde* 2010; 21(4):309-318.
14. Frías L, Puiggròs C, Calañas A, Cuerda C, García-Luna PP, Camarero E et al. Nutrición enteral domiciliar em Espanha: registro NADYA del año 2010. *Nutr Hosp* 2012; 27(1):266-269.
15. Schieferdecker MEM, Kuretzki CH, Campos ACL, Malafaia O, Pinto JSP, Nascimento NC. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional domiciliar. *Arq. Bras. Cir. Dig.* 2013; 26(3):195-199.
16. De Luis DA, Aller R, Izaola O, Terroba MC, Cabezas G, Cuellar LA. Experience of 6 years with home enteral nutrition in an área of Spain. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2006; 60(4):553-557.
17. Naves LK, Tronchin DMR. Incidência de extubação gástrica dos usuários em um programa de assistência domiciliar de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(3):1-8.
18. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(3):3579-3586.
19. Moreno Villares JM. La práctica de la nutrición artificial domiciliar em Europa. *Nutr. Hosp.* 2004; 19(2):56-67.
20. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J et al. A.S.P.E.N. Enteral Nutrition Practice Recommendations. *J Parenter Enteral Nutr* 2009; 33(2):122-167.

21. Cuppari L. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: nutrição clínica no adulto. Manole: São Paulo; 2005.
22. Borghi R, Dutra Araujo T, Airoidi Vieira RI, Theodoro de Souza T, Waitzberg DL. ILSI Task Force on enteral nutrition; estimated composition and costs of blenderized diets. *Nutr. Hosp.* 2013; 28(6):2033-2038.
23. Azank AT, Leandro-Merhi VA, poliselli C, Oliveira MRM. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de “Home Care”. *ACM Arq. Catarin. Med.* 2009; 38(4):11-18.

Recebido: 15/4/2014

Revisado: 05/5/2014

Aprovado: 23/6/2014