

Aline Luiza Führ¹
Érika Marafon Ciachi²

¹Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

²Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Curso de Saúde Coletiva. Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

Correspondência

Aline Luiza Führ
alineluizafuhr@gmail.com

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

Possibilities and limitations of enteral nutritional therapy based on the perspective of caregivers and professionals from a public health network in a border region

Resumo

Objetivo: Analisar possibilidades, limites e desafios da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública de saúde e o perfil nutricional de pacientes pós-alta hospitalar de Foz do Iguaçu, PR. *Métodos:* Estudo de delineamento transversal e quanti-qualitativo. Participaram do estudo 12 indivíduos usuários de nutrição enteral domiciliar (com e sem acompanhamento nutricional); 12 cuidadores e oito profissionais de saúde. Na coleta de dados, utilizaram-se anamnese nutricional (usuários) e entrevistas (profissionais e cuidadores). As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas na perspectiva teórica de Bardin; para o perfil nutricional, utilizaram-se fita inelástica e adipômetro, comparando-se os resultados às recomendações. *Resultados e discussão:* Houve predomínio do gênero feminino e de adultos para cuidadores e profissionais, enquanto entre

os indivíduos em nutrição enteral, de idosos e mulheres. Sete destes estavam sob dieta manipulada; a frequência de complicações foi maior no grupo sem acompanhamento nutricional, assim como de óbitos e perfil antropométrico menos satisfatório. Os cuidadores mostraram-se desorientados e inseguros em relação à condução da nutrição enteral no domicílio, sobretudo no grupo desassistido por nutricionista. Profissionais e cuidadores apontaram a importância de acompanhamento profissional após a alta hospitalar e de oferta de dietas; fragilidades na rede pela ausência de fluxo, orientações padronizadas e encaminhamentos; com indicação de protocolo em rede para a condução da terapia de nutrição enteral domiciliar. *Conclusões:* Estes resultados mostram a notoriedade de formação dos cuidadores, equipe multiprofissional e intervenção gestora no cuidado domiciliar.

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

Abstract

Objective: Analyzing the possibilities, limitations and challenges of home enteral nutrition therapy in the public health network and the nutritional profile of post-hospital patients living in Foz do Iguaçu County, Paraná State, Brazil. *Methodology:* Cross-sectional and qualitative-quantitative study. Sample: 12 individuals subjected to home enteral nutrition (with, and without, nutritional monitoring); 12 caregivers and 8 health professionals. Data collection was based on nutritional anamnesis (users) and on interviews with health professionals and caregivers. Interviews were recorded, transcribed and analyzed based on the theoretical perspective by Bardin. Inelastic tape and body fat caliper were used to generate patients' nutritional profile; results were compared to recommendations. *Results and discussion:* There was prevalence of female and adult individuals among caregivers and health professionals, whereas elderly and female individuals prevailed among enteral nutrition patients. Seven patients fed on manipulated diet; the group without nutritional follow-up presented higher frequency of complications and deaths, as well as less satisfactory anthropometric profile. Caregivers were disoriented and insecure about how to apply enteral nutrition at home, mainly to patients who did not have nutritional follow-up. Health professionals and caregivers pointed out the importance of performing professional follow-up and of providing



diets to patients after hospital discharge; weaknesses in the network due to lack of flow, standardized guidelines and referrals with network protocols about the application of home enteral nutrition therapy. *Conclusions:* Results showed the significant need of training caregivers, multi-professional and intervention teams in home care.

Keywords: Enteral nutrition. Home care. Network of continued health care.

INTRODUÇÃO

Com o crescimento das taxas de doenças crônicas, de acidentes e da população idosa no país, aumentam também os números de internações hospitalares, óbitos e altas para o cuidado domiciliar, muitos destes com suas necessidades fisiológicas alimentares sendo mantidas pela nutrição enteral.¹²

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

No âmbito da casa, existe a possibilidade de a terapia nutricional domiciliar (TND), por meio de assistência nutricional e clínica ao indivíduo que recebe a alta hospitalar, por exemplo. Ela pode ser realizada por via oral, enteral ou parenteral, visando recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade do usuário, como uma continuação do atendimento iniciado já no âmbito hospitalar.⁴

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

Considerando a variedade de dietas e preparos para administração via nutrição enteral, são apontados benefícios quanto à administração de dietas industrializadas com fór-

mulas definidas, sem a necessidade de manipulação secundária. Entretanto, elas são de difícil custeio para a rede pública de saúde, uma vez que não há financiamento específico para a nutrição enteral domiciliar e esta normalmente tem custo elevado, o que também dificulta a adesão pela população. Cabe à maioria dos municípios realizar um planejamento próprio, mesmo a alimentação sendo um direito constitucional.^{1,3} Somado a isso, aponta-se também para a carência de protocolos em nutrição enteral domiciliar universalmente aceitos e padronizados,⁷ bem como de estudos relacionados a este tipo de terapia, normalmente restritos a determinadas regiões⁷⁻⁹

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

MÉTODOS

Este trabalho possui delineamento transversal e foi conduzido de março a dezembro de 2017. Embora o estudo trate da análise dos fatos e eventos no contexto de vida de usuários submetidos a uma intervenção clínico-nutricional, por meio da utilização de terapia enteral domiciliar, com avaliação também de alguns aspectos quantitativos, como dados antropométricos e nutricionais em uma análise comparativa, o mesmo tem enfoque predominantemente qualitativo. Algumas variáveis quantitativas vêm colaborar para uma análise mais amplificada sobre o processo de cuidado nutricional associado a fatores ligados à historicidade das relações entre profissionais, cuidadores e sujeitos submetidos à nutrição enteral, situando o problema em um contexto complexo, não estático; ao contrário disso, ele é profundamente dinâmico, e inclusive estabelece as contradições possíveis.

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

A fins de conhecimento, Foz do Iguaçu é considerada a maior cidade de fronteira do Brasil e localiza-se no extremo oeste paranaense, em região de tríplice fronteira e turística, com visíveis desigualdades sociais. Moradores fronteiriços se deslocam entre estas cidades, especialmente a partir da década de 1970, criando variadas formas de circulação e



fluxos transfronteiriços na região. Por conseguinte, este fenômeno também repercute no sistema de saúde de Foz do Iguaçu, onde os fluxos migratórios e turísticos têm produzido aumento significativo de uma “população flutuante”, a qual tem utilizado o sistema público de saúde (imigrantes nacionais e internacionais, turistas, estudantes de outros estados e países, a população fronteiriça do Paraguai e, em menor quantidade, da Argentina).^{11,12}

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

Esses distritos contam com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sendo que apenas o Norte, o Nordeste e o Leste apresentam tal estrutura, totalizando três núcleos na modalidade 1 no município, mas nenhum dispõe ainda de equipe multiprofissional completa. Dentre os profissionais integrantes, listam-se fisioterapeutas, assistente social, psicólogo e nutricionistas. Estas últimas compõem as equipes dos três NASF e relatam ter encontrado dificuldades de cobertura dos próprios distritos, em decorrência da falta de recursos humanos e da característica do trabalho local a ser desenvolvido por esses núcleos. Salienta-se a inexistência de nutricionistas para o atendimento pelo serviço público, para além do NASF. Ainda, o município também conta com um Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) em expansão composto por enfermeira e técnica de enfermagem, o qual se soma às estratégias da saúde da família para o atendimento domiciliar.

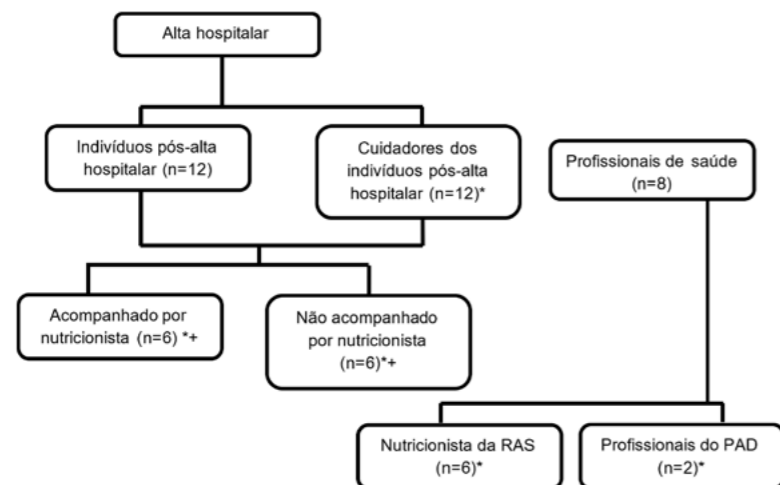
O hospital municipal possui 210 leitos, divididos em enfermarias, pediatria, ortopedia, psiquiatria, clínica médica, clínica cirúrgica, urgência e emergência e unidade de terapia intensiva. Conta atualmente com três nutricionistas contratadas para o atendimento clínico dos pacientes, que dividem as responsabilidades entre os distintos setores. A alimentação durante a internação é acompanhada pelas nutricionistas e preparada pelo setor de nutrição terceirizada. As dietas enterais oferecidas são industrializadas, e quando necessário, são adicionados módulos. Com a alta hospitalar, são dadas orientações para o cuidado domiciliar por meio dos diferentes profissionais de saúde do local, de acordo com as especificidades e necessidades do paciente. Para o recebimento de dietas enterais industrializadas, é necessário que a família busque auxílio judicial, o que normalmente exige um importante período de tempo e processos burocráticos que muitas vezes não são de conhecimento da população e dos profissionais de saúde.

Considerando tais aspectos, os informantes deste estudo foram divididos em três grupos: 12 usuários que estiveram internados no hospital municipal e que receberam alta com prescrição de terapia nutricional enteral domiciliar; 12 cuidadores dos referidos usuá-

rios; e profissionais de saúde – três nutricionistas NASF, três do hospital municipal e dois profissionais do Programa de Atendimento Domiciliar. O grupo de usuários foi subdividido em duas categorias, sendo um sem acompanhamento nutricional após alta hospitalar e outro com acompanhamento de nutricionista do NASF. Cada um destes grupos contou igualmente com seis usuários.

A coleta dos dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com os cuidadores e profissionais, e da avaliação nutricional domiciliar dos sujeitos submetidos a terapia enteral que não foram entrevistados por não apresentarem condições no momento da pesquisa para comunicação verbal (figura 1). Foram elaborados anamnese nutricional e questionários diferenciados para profissionais e cuidadores.

Figura 1. Fluxograma referente à coleta de dados qualitativos e quantitativos da pesquisa. Foz do Iguaçu, Paraná, 2018.



* Realizadas entrevista e coleta de dados qualitativos; + Aplicadas anamnese e coleta de dados quantitativos. RAS (rede de Atenção à Saúde); PAD (Programa de Atendimento Domiciliar).

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

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

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

Para a avaliação antropométrica, foram utilizados peso (Kg), estatura (cm), circunferência do braço (CB), da panturrilha (CP), prega cutânea tricipital (PCT), bíceps (PCB), subescapular (PCSE), suprailíaca (PCSI) e altura do joelho (AJ). As circunferências foram verificadas com fita métrica inelástica e as pregas por meio de plicômetro científico Cescorf. Neste grupo, todos os sujeitos sob terapia enteral encontraram-se impossibilitados para a aferição de peso e/ou estatura, sendo estes estimados a partir de equações de acordo com gênero, raça e idade do usuário.^{13,14} Foi calculado o índice de massa corporal (IMC) e classificado de acordo com recomendações para idade.^{15,16} A massa muscular foi avaliada a partir da circunferência muscular do braço (CMB) e sua adequação estimada de acordo com sexo e idade;¹⁷ e por meio da CP classificada segundo Chumlea et al.¹⁸ O percentual de gordura corporal (GC) foi estabelecido segundo estimativa proposta por Durnin & Womersley,¹⁹ sendo classificado conforme Lohman.²⁰

Em relação ao tipo de dieta enteral, foi considerada dieta artesanal aquela feita apenas com alimentos *in natura*; modular quando feita com módulos de nutrientes; com fórmula definida quando ofertada fórmula industrializada completa; e mista na junção da artesanal e modular.³ Também foram coletadas informações quanto a complicações relacionadas à referida terapia. Para isso, estas foram divididas em três categorias (mecânicas, metabólicas e gastrointestinais), somadas à frequência das distintas complicações observadas em cada grupo. Dessa forma, para cada categoria houve mais do que um tipo de complicação manifestada nos usuários.

As entrevistas realizadas foram gravadas e imediatamente transcritas para serem organizadas a partir de um sistema de categorização dos dados sustentado na análise de conteúdo de Bardin,²¹ com a finalidade de expor as ideias centrais e mais recorrentes nas falas, para formar categorias aglutinadas com temas semelhantes ou exaustivamente emergidos.

Todos os dados foram organizados com o *Microsoft Excel*®. As análises descritivas foram desenvolvidas com este mesmo programa por meio de médias, percentuais e desvio padrão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o protocolo Nº 66931217.6.0000.0107, respeitados os critérios éticos da pesquisa

com seres humanos conforme a Resolução CNS nº 466/2012. Os cuidadores e profissionais de saúde forneceram os depoimentos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, zelando pelo anonimato dos informantes, sendo que o grupo de cuidadores autorizou a realização da avaliação antropométrica nos usuários em terapia nutricional enteral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados permitiu a estruturação de duas categorias: 1) Alta hospitalar e o manejo da nutrição enteral domiciliar, desvelando a complexidade da operacionalização do cuidado nutricional domiciliar realizada, na grande maioria das vezes por um cuidador da família; e 2) *"Eu tô perdido!" - Os descaminhos nos fluxos de informação e encaminhamentos*, que aponta a necessidade de uma comunicação mais efetiva para a continuidade do cuidado nutricional enteral domiciliar, envolvendo a necessidade de diálogos bem articulados na instância da atenção primária. Estas categorias temáticas são complementadas pelos dados quantitativos relacionados a avaliação do perfil nutricional e complicações decorrentes do uso da terapia enteral.

Dos 12 participantes submetidos à terapia, dez eram idosos e do gênero feminino, com predominância de cuidadores adultos e mulheres (tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo. Foz do Iguaçu, Paraná, 2018.

Grupo	Faixa etária				Gênero		
	Adulto	Idoso	Idade Média	DP Idade	Feminino	Masculino	
Indivíduos sob TNED	n	1	5	73,50	9,38	3	3
	%	16,67	83,33				
	n	1	5	71,83	11,89	5	1
	%	16,67	83,33				
Cuidadores	n	6	0	39,67	11,10	5	1
	%	100,00	0,00				
	n	5	1	37,83	12,20	2	4
	%	83,33	16,67				
Profissionais nutricionistas	n	1	1	58,50	3,50	2	0
	%	50,00	50,00				
	n	6	0	32,50	4,96	6	0
	%	100,00	0,00				

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Os cuidadores eram, na maior parte, parentes dos pacientes deste grupo, e todos foram orientados sobre a terapia de nutrição enteral na alta hospitalar pelo nutricionista do local. Com relação aos profissionais de saúde, todos os participantes eram mulheres e um profissional do Programa de Atendimento Domiciliar, idoso (tabela 1).

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

O acompanhamento, após a alta hospitalar, de usuários e cuidadores com e sem a supervisão de nutricionista, permitiu o encontro de realidades muito distintas referentes à segurança do cuidador para a realização da prática alimentar via sonda no cotidiano do domicílio e à ocorrência de complicações durante a evolução do estado de saúde. Neste grupo, sete usuários estavam em uso de dieta manipulada, sendo dois em uso completamente artesanal e cinco com dieta artesanal complementada com suplementos de caráter energético. Os demais usuários estavam em uso de dietas industrializadas adquiridas por recursos próprios.

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

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

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

A partir das experiências que vivenciaram, os cuidadores localizados em áreas sem o acompanhamento de nutricionista manifestaram a necessidade de orientações desse profissional, além de mencionarem a importância da presença da equipe multiprofissional. A alimentação enteral foi apontada como a principal dificuldade durante a adaptação à nova rotina, como observado na fala de dois cuidadores:

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

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

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

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

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

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

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

[...] eu acho que significa tudo, é lógico que tudo! É a melhor coisa, porque tem coisas assim que você não tem muita noção, você fica em dúvida, você quer saber certo, daí você pensa: será que pode, será que não pode, o quê que eu vou fazer certo? Você viu que eu fiz muitas perguntas pra vocês né, então quando eu tenho dúvida eu gosto de perguntar. Então eu acho que se você for fazer, tudo que você faz, já fazer a pergunta, tudo certinho [...] (Cuidadora 10, 39a., com acompanhamento).



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

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

É fundamental a aproximação do cuidador à equipe de referência, considerando suas potencialidades e dificuldades no processo do cuidado nutricional enteral domiciliar, bem como a carga de afazeres que comumente é dada a essa pessoa.² A dificuldade acentuada relacionada à dieta e à ausência de assistência profissional também se soma a um índice de complicações relacionadas à terapia enteral, superior neste grupo, verificado nas falas dos cuidadores, e também na classificação da natureza dessas complicações.

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

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

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

Tabela 2. Frequência de complicações por categoria relacionadas à TNED nos grupos acompanhados. Foz do Iguaçu, Paraná, 2018.

Complicação relacionada à TNED	Com acompanhamento		Sem acompanhamento	
	n	%	n	%
Mecânicas	7	50,00	12	38,71
Metabólicas	2	14,29	8	25,81
Gastrointestinais	5	35,71	11	35,48
Total	14	100,00	31	100,00
Frequência total de complicações (%)	31,11		68,89	

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

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

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

Em nosso estudo, também houve a ocorrência de óbitos, em ambos os grupos, mas com taxa duas vezes maior naquele sem acompanhamento nutricional. Também foram observadas distinções no estado nutricional com os valores médios, considerando o desvio padrão, de índice de massa corporal; % de gordura corporal, massa muscular, adequação da circunferência muscular do braço e circunferência da panturrilha, mostrando-se menos adequados no grupo sem acompanhamento (tabela 3).

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

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

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

Destaca-se que quatro sujeitos apresentaram baixo peso pelo índice de massa corporal com circunferência da panturrilha, indicando desnutrição em todos do grupo sem acompanhamento, além da presença de desnutrição grave em dois deles, constatada pela circunferência muscular do braço e percentual de gordura corporal e massa magra inferiores.

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

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

Pacientes que não foram acompanhados por nutricionista não têm essa supervisão da dieta, o que é que acontece, perde peso, as úlceras por pressão não têm evolução. Estacionam. Você vê nitidamente a coloração da ferida. Muda tudo. (Enfermeira do Programa de Atendimento Domiciliar, 62a.).

[...] daí ele vai ficando debilitado, debilitado, debilitado. Aí vai dando mais doença, mais coisa e acaba morrendo. Por falta de alimento... De nutrição. (Técnica de Enfermagem do Programa de Atendimento Domiciliar, 55a.).

Segurança né. [...] o que eu não quero é que ele volte de novo pro hospital. [...] (Cuidadora 6, 52a., com acompanhamento).

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

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

Autores debatem aspectos também encontrados aqui, relacionados à dificuldade para execução dos procedimentos associados à nutrição enteral, bem como de recursos financeiros para as dietas; orientações distintas e complexas em relação à alimentação e nutrição; bem como insegurança e medo por parte de cuidadores para a administração da nutrição enteral.⁹

Assim, a apresentação das inúmeras complicações, de ordem biológica, emocional, socioeconômica oriundas da terapia nutricional enteral domiciliar apontam a necessidade de organização e de legislações locais e nacionais para ordenamento do serviço de cuidado domiciliar.⁹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[...] veio a enfermeira, a nutricionista...e só. [...] informação uma em cima da outra e não captava assim. Foi amontoando, amontoando. E aí

a gente teve que dividir depois. Relembrando assim. (Cuidador 11, 61a, sem acompanhamento).

Autores observaram em pesquisa que apenas 31,6% dos usuários recebiam instrumentos de referência e contrarreferência como encaminhamentos para uma unidade de atenção primária ou de cuidado domiciliar. Isso reforça a necessidade de se estabelecer uma efetiva integração entre diferentes níveis de atenção à saúde e de outros estudos sobre o perfil da nutrição enteral domiciliar no país.⁹ Orientações do Ministério da Saúde alertam que a atenção nutricional faz parte do cuidado integral nas redes de atenção à saúde e deve estar associada às distintas ações na rede, a fim de qualificar e organizar o processo de cuidado da nutrição enteral do hospital até o domicílio.²

A complexidade da terapia nutricional enteral requer um cuidado coletivo, sendo que todos os pacientes sob esta intervenção devem ser assistidos por uma equipe multiprofissional especializada, contando com, minimamente, a equipe proposta pelos NASFs, em seu quadro completo. Além disso, um familiar deve acompanhar o paciente durante o tratamento, sobretudo para reportar à equipe de saúde potenciais problemas causados pela terapia. Usuários e cuidadores devem receber um protocolo de assistência que inclua um programa de monitoramento, estando habilitados para o manuseio da terapia orientados por um manual de informações no qual cada profissional envolvido possa comunicar temas relevantes para um prognóstico satisfatório.³¹

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

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

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

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



Então, como é a gente que tá indo, eles [as equipes] acham que não precisam ir. Mas os pacientes continuam sendo deles, da área deles. (Enfermeira do Programa de Atendimento Domiciliar, 62a.).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral,³³ é fundamental que o cuidador sinta-se competente e parte do processo de cuidado. Para isso, é necessário haver adequada formação, implicando redução de medos e inseguranças. Para tanto, é primordial oferecer orientações assertivas e programadas pelo hospital, reiteradas pelas equipes que entram em contato após a alta hospitalar.

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

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

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

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

Outro aspecto citado se refere ao fornecimento das dietas alimentares industrializadas para a terapia enteral, na visão de cuidadores de ambos os grupos e profissionais de saúde. Salienta-se que este processo ainda é subsidiado por poucos municípios no país e comumente o investimento para a aquisição dos suplementos é familiar, onerando o orça-

mento doméstico, comprometendo a segurança alimentar e nutricional da família como um todo e violando o Direito Humano à Alimentação Adequada. Este e outros aspectos justificam a urgência do estabelecimento de critérios para o fornecimento desta alimentação.²⁶

Os participantes sugerem uma padronização e um protocolo em rede para ordenação da terapia nutricional enteral domiciliar, para dentre outros aspectos, reduzir ruídos que dificultam o entendimento da população e facilitam o diálogo entre profissionais. O Ministério da Saúde recomenda a elaboração de cartilhas que orientam cuidados no domicílio em relação a terapia enteral, ressaltando experiências exitosas³⁴⁻³⁶ existindo experiência de protocolos locais o uso prioritário de fórmulas com alimentos.²

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

O desenvolvimento de um programa de georreferenciamento pode ser útil na comunicação e localização de equipes de saúde e usuários na rede local para um cuidado continuado. Ademais, observa-se a necessidade de uma política nacional que regulamente



de maneira mais específica, dadas as orientações quanto à gestão desta terapêutica nos municípios, pois são tímidas as experiências exitosas, considerando o território nacional.

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

1. Souza L, Will K. Fortalecendo a rede de atenção às necessidades alimentares especiais: uma experiência com fórmulas enterais semiartesanais, em Piraquara-PR. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde: Alimentação, Nutrição & Saúde. 2017; 12(3):767-779.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidados em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Teixeira Neto F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
4. Sociedade Brasileira Nutrição Parenteral e Enteral. Terapia nutricional domiciliar. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(4):408-411.
5. Jansen AK, Generoso SV, Miranda LAVO, Guedes EG, Henriques GS. Avaliação química de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais utilizadas em terapia nutricional domiciliar no sistema único de saúde. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde: Alimentação, Nutrição & Saúde. 2014; 9(1):249-267.
6. Barbosa JAG. O que pensam os pacientes sobre o uso de sondas para se alimentar. Revista Tecer. 2012; 5(9):1-15.
7. Moreira SPL, Galvão NRL, Fortes RC, Zaban ALRS. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. Com Ciências Saúde. 2010; 21(4):309-318.
8. Cutchma G, Eurich Mazur C, Thieme RD, França RM, Madalozzo Schieferdecker ME. Fórmulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar. Nutr Clín Diet Hosp. 2016; 36(2):45-54.
9. Silva AC; Silveira SA. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde: Alimentação, Nutrição & Saúde. 2014; 9(3):783-794.
10. Trivinos AWS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1987.

11. Albuquerque JLC. A dinâmica das fronteiras: deslocamento e circulação dos “brasiguaios” entre os limites nacionais. *Horizontes Antropológicos*. 2009; 15(31):137-166.
12. Albuquerque JLC. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiro: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). *Geopolítica(s)*. 2012; 3(2):185-205.
13. Chumlea WC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *J Am Diet Assoc*. 1994; 94(12):1385-1388.
14. Lee RD, Nieman DC. *Nutritional assessment*. 2ª ed. St Louis: Mosby; 1995.
15. World Health Organization. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization; 1995. Technical Report Series, 854.
16. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21:55-67.
17. Blackburn GL, Thornton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Med Clin North Am*. 1979; 63:1103-1115.
18. Chumlea WC, Guo SS, Vellas B, Guigoz Y: Techniques of assessing muscle mass and function (Sarcopenia) for epidemiological studies of the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1995; 50(Special Issue):45-51
19. Durnin JV, Womersley J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *Br J Nutr*. 1974; 32(1):77-97.
20. Lohman TG. *Advances in body composition assessment*. Illinois: Human Kinetics Publishers; 1992.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
22. Ferreira RS, Pereira LR, Teles MAB, Oliveira KCF, Barbosa-Medeiros MR. Percepção de cuidadores sobre a assistência a pacientes em nutrição enteral no âmbito domiciliar. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11(1):303-308.
23. Werner C, Gomes JS, Rosanelli CSP, Pettenon MK, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Nutrição enteral no domicílio: percepções do cuidador/familiar. *Jornada Internacional de Enfermagem*; 2011; Santa Maria-RS: UNIFRA; 2011. v. 1. p. 1-3.
24. Dengo DC, Benincá SC, Mazur CE, Valduga L. Terapia nutricional domiciliar: perfil nutricional dos usuários e qualidade microbiológica na preparação das fórmulas. *Revista UNINGÁ Review*. 2016; 25(3):18-24.
25. Martins AS, Rezende NA, Torres HOG. Sobrevida e complicações em idosos com doenças neuro-

- lógicas em nutrição enteral. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(6):691-697.
26. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SA, Schieferdecke MEM. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2014; 9(3):757-769.
 27. Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cournot M, Nourhashémi F, Reynish W, Rivière D, et al. Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51(8):1120-1124.
 28. Landi F, Onder G, Russo A, Liperoti R, Tosato M, Martone AM, et al. Calf circumference, frailty and physical performance among older adults living in the community. *Clin Nutr*. 2014; 33(3):539-544.
 29. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):345-350.
 30. Camargo PF, André LD, Lamari NM. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2016; 23(3):38-43.
 31. Rusticali DB, Gili DL, Addis DA, Braga M, Contaldo F, Lorenzo A, et al. *Linee guida sulla nutrizione artificiale domiciliare*. Roma: Tipografia F. Marchesini; 2006.
 32. Sidoli O. La nutrizione artificiale domiciliare. *L'infermiere*. 2008; 23(5):30-32.
 33. Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral. *Terapia nutricional domiciliar*. Revista da Associação Médica Brasileira. 2012. 58(4):408-411.
 34. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, Coimbra JR, Rodrigues MTG, Rodrigues AMS, et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar: promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2014; 9(1):233-247.
 35. Dias AMG, Beck SK, Kutz NA, Furgencio GK, Salgueiro MMHO. Acesso à dieta enteral via SUS no estado de São Paulo. *EFDeportes.com* [Internet]. 2015; 20(211). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd211/acesso-a-dieta-ental-via-sus.htm>
 36. Schieferdecker MEM, Kuretzki CE, Campos ACL, Malafaia O, Pinto JSP, Nascimento NC. Criação de protocolo eletrônico para terapia nutricional enteral domiciliar. *ABCD, Arq Bras Cir Dig*. 2013; 26(3):195-199.

Colaboradores

Führ AL participou do desenho do estudo, da concepção e da análise e interpretação dos dados, da redação do artigo e da sua revisão final; Ciacchi EM participou do desenho do estudo, da concepção e da análise e interpretação dos dados, da redação do artigo e da sua revisão final.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 28 de agosto de 2018

Revisado: 08 de outubro, 2018

Aceito: 12 de outubro de 2018