

# Eficácia da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal – DF

*Efficacy of home enteral nutrition therapy in the public health system in Distrito Federal, Brazil*

Nathália Raquel Lopes Galvão<sup>1</sup>  
Sílvia da Penha de Lima Moreira<sup>1</sup>  
Renata Costa Fortes<sup>2</sup>  
Ana Lúcia Ribeiro Salomon Zaban<sup>3</sup>

## Unitermos:

Assistência domiciliar. Nutrição enteral. Desnutrição.

## Key words:

Home nursing. Enteral nutrition. Malnutrition.

## Endereço para Correspondência

Nathália Raquel Lopes Galvão  
QRSW 05, Bloco B7, apto 105 –  
Sudoeste – Brasília, DF, Brasil – CEP 70675-527  
E-mail: lopes.nath@gmail.com

## Submissão

24/10/2011

## Aceito para publicação

6/2/2012

## RESUMO

**Introdução:** A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNE) visa promover melhora da qualidade de vida do paciente e diminuição do risco de infecção, da morbimortalidade, do tempo de internação e dos custos hospitalares. Os dados dos usuários da TNE permitem coordenar os recursos que contribuirão para a adequação da assistência. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do programa de TNE na rede pública do Distrito Federal em relação à evolução do estado nutricional dos pacientes atendidos. **Método:** Estudo do tipo observacional, retrospectivo e analítico, que analisou as variáveis: idade, gênero, doença de base, estado nutricional do paciente no início e no decorrer da TNE, vias de acesso e doenças intercorrentes durante o Programa. **Resultados:** Avaliaram-se 600 pacientes (46% do sexo feminino e 54% do sexo masculino). As doenças predominantes foram: 45,9% doenças neurológicas e 31,1% doenças do trato gastrointestinal. A via de acesso oral foi a mais prevalente, seguida pelas sondas nasoentéricas (27,4%). A desnutrição foi marcante entre crianças (68,2%) e idosos (74,5%). Foi evidenciado que 25% das crianças recuperaram o estado nutricional, assim como 2,8% dos adultos e 14,3% dos idosos. Em todos os resultados obteve-se significância estatística. **Conclusão:** Os resultados apontam benefícios com o uso da TNE. Dessa forma, é fundamental definir critérios para avaliar a eficácia dessa terapia e estabelecer leis nacionais que desenvolvam esse serviço, a fim de disseminar os benefícios da TNE para todos os usuários dos serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Home Enteral Nutrition Therapy (HENT) aims to promote improved quality of life of patients and to reduce the risk of infection, morbidity and mortality, length of stay and hospital costs. HENT patients data allow to coordinate resources that will contribute to the appropriateness of care. **Objective:** To evaluate the effectiveness of HENT Program in public health in Federal District regarding the nutritional status of patients. **Methods:** This observational, retrospective and analytical study analyzed the following variables: age, gender, underlying disease, nutritional status of the patient at the beginning and throughout HENT, routes of access and intercurrent illness during the program. **Results:** We evaluated 600 patients (46% female and 54% male). The most prevalent diseases were neurological diseases (45.9%) and gastrointestinal tract disease (31.1%). The oral route of access was the most prevalent, followed by nasogastric tube feeding (27.4%). Malnutrition among children was remarkable (68.2%) as well as in elderly (74.5%). It was shown that 25% of children improved their nutritional status as well as 2.8% of adults and 14.3% of elderly. In all results statistical significance were shown. **Conclusion:** The results show benefits with the use of HENT. Thus, it is essential to define criteria for assessing the effectiveness of this therapy and to establish national legislation to develop this service in order to spread the benefits of HENT for all users of health services.

1. Nutricionista, Brasília, DF, Brasil.  
2. Doutor em Nutrição, Brasília, DF, Brasil.  
3. Mestre em Nutrição, Brasília, DF, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral refere-se a um conjunto de procedimentos que visam reconstituir ou manter o estado nutricional de um indivíduo por meio de oferta de alimentos ou nutrientes para fins especiais. A terapia nutricional é uma prática multiprofissional especializada, empregada em quase todos os tipos de doentes, sejam hospitalizados, ambulatoriais ou domiciliares<sup>1</sup>.

A TNE hospitalar é corriqueiramente utilizada e já está bastante difundida nesse meio. Também pode ser feita seguramente no domicílio, denominada Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), como forma de dar continuidade à intervenção iniciada no hospital, além de proporcionar diversos outros benefícios, como redução do estresse causado pelo ambiente e rotina hospitalar, maior estabilidade emocional e vínculo familiar, diminuição do risco de infecção hospitalar e outros<sup>2</sup>.

A avaliação nutricional é fundamental na definição da conduta e da adequação da terapia nutricional, que contribui para melhora de resposta ao estresse metabólico, redução da incidência de infecção e tempo de hospitalização<sup>3</sup>.

A prescrição de terapia nutricional é um processo complexo, que implica em conhecimento preciso das necessidades de energia, avaliação de doença de base e, portanto, deve respeitar as limitações impostas pelas doenças, assim como a disponibilidade de pessoal e financeira do serviço<sup>4</sup>.

Quando bem indicada e aplicada, a terapia nutricional promove melhoras nos indicadores nutricionais, favorecendo redução das taxas de morbimortalidade, diminuição dos riscos de complicações, menor tempo de internação e redução dos custos hospitalares<sup>5</sup>.

No Brasil, existem poucos dados publicados sobre a TNED, reduzindo-se a grupos isolados, com grande lacuna de conhecimento quanto ao número de atendimentos, bem como quanto à eficiência dos serviços prestados nessa modalidade de atendimento.

As informações dos pacientes que estão recebendo nutrição enteral no domicílio permitem coordenar mais adequadamente os recursos para saúde e realizar uma análise crítica construtiva dos dados, contribuindo para uma melhora da assistência<sup>6</sup>.

O conhecimento do perfil da população em TNED faz-se necessário para que políticas públicas sejam elaboradas no sentido de haver uma intervenção com maior eficácia e precisão nestes casos, possibilitando que a terapia nutricional utilizada no hospital possa ser continuada com a mesma qualidade no domicílio.

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia do programa de TNED na rede pública do Distrito Federal em relação à evolução do estado nutricional dos pacientes atendidos.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Este estudo é do tipo observacional, retrospectivo e analítico.

### Organização do programa de TNED no DF

O Regulamento do programa TNED-DF contempla pacientes que recebem alta hospitalar com nutrição enteral ou pacientes ambulatoriais que necessitam dessa terapia, mediante a indicação de uma equipe multidisciplinar que avalia o estado clínico e nutricional dos pacientes, prescreve a terapia nutricional e promove um treinamento junto aos pacientes e seus familiares sobre os procedimentos a respeito da nutrição enteral domiciliar. O Regulamento também estabelece que os pacientes devem ser acompanhados pelos nutricionistas a cada 3 meses, para reavaliação de seu estado nutricional, verificar aceitação da fórmula prescrita e ocorrência de complicações ou doenças intercorrentes, e pelo médico a cada 6 meses, para reavaliação clínica. A eficácia do programa de TNED-DF em relação à evolução do estado nutricional foi avaliada a partir dessas reavaliações nutricionais periódicas a que os pacientes eram submetidos.

### Coleta de Dados

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, doença de base, estado nutricional do paciente no início e no decorrer da TNED, vias de acesso prescritas e doenças intercorrentes.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2010 a agosto de 2010, pelas pesquisadoras residentes em Nutrição Clínica, a partir dos arquivos dos pacientes inscritos no período de 2005 a 2010, no Programa de Fornecimento de Fórmulas para Fins Especiais para Atendimento Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Do total aproximado de 2.500 pacientes cadastrados no Programa, foram selecionados por sorteio aleatório 600 pacientes, representando 24% da amostra total.

Em relação às faixas etárias, os pacientes foram categorizados em: crianças e adolescentes  $\leq 19$  anos; adultos 20 a 59 anos e idosos  $\geq 60$  anos (OMS, 1963).

Para fins de análise, as doenças de base que levaram à necessidade de utilização da TNED foram agrupadas da seguinte maneira: doenças neurológicas, doenças do trato gastrointestinal, neoplasias, erros inatos do metabolismo, epidermólise bolhosa congênita e outras.

## Avaliação Nutricional

O diagnóstico nutricional foi determinado pelos nutricionistas prescritores cadastrados no programa de TNED do DF, para todas as faixas etárias seguiu os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/MS<sup>7</sup>, que recomenda a utilização dos seguintes parâmetros de acordo com a faixa etária:

- Crianças: classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), quanto aos parâmetros: peso para idade, estatura para idade, peso para estatura e IMC para Idade;
- Adolescentes: classificação da OMS quanto aos parâmetros: IMC para idade e estatura para idade;
- Adultos: classificação do IMC em conformidade à OMS;
- Idosos: classificação do IMC em conformidade a Lipschitz<sup>8</sup>.

Além desses critérios, para alguns casos foram aplicados instrumentos de avaliação subjetiva conforme abaixo:

- Crianças e adolescentes: escore de risco nutricional segundo Sermet–Gaudelus et al.<sup>9</sup>
- Adultos: Avaliação Subjetiva Global (ASG) segundo Detsky et al.<sup>10</sup>;
- Idosos: Mini Avaliação Nutricional (MAN), segundo Guigoz & Vellas<sup>11</sup>.

Foram considerados como parâmetros para avaliar a evolução nutricional, a manutenção da adequação para os pacientes cujo estado nutricional foi classificado como desejável; em recuperação os que estavam desnutridos e apresentaram melhora dos parâmetros antropométricos e/ou cicatrização de feridas e/ou melhora da capacidade funcional; e recuperados os pacientes que alcançaram o objetivo nutricional.

## Aspectos Éticos

Esta pesquisa não envolveu entrevista direta com os grupos vulneráveis (crianças) ou seus responsáveis, ou ainda quaisquer outros pacientes, referindo-se apenas à análise dos arquivos de relatórios preenchidos pelos profissionais de saúde responsáveis por seu seguimento clínico, segundo as diretrizes do Programa de Fornecimento de Fórmulas para Fins Especiais para Atendimento Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sob o protocolo n° 425/2009.

## Análise de Dados

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel e importados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão PASW 18.0, para posterior análise estatística. Utilizou-se o teste exato de Qui-quadrado, por se tratar de variáveis dicotômicas independentes e para os casos em que não foi possível utilizar o teste exato, utilizou-se Monte Carlo. A significância estatística aceita foi de 5 %.

## RESULTADOS

Foram avaliados 600 pacientes, sendo 46% do sexo feminino e 54% do sexo masculino. A distribuição dos pacientes do Programa de TNED da SES-DF, conforme categorias etárias, foi de: 41,4% crianças, 22% adultos e 36,6% idosos. Quanto ao gênero, houve maior prevalência do sexo masculino entre crianças e adultos (51,2% e 69%, respectivamente), enquanto entre o sexo feminino houve predominância dos idosos (52%)  $p < 0,0001$ .

As doenças foram agrupadas de acordo com a etiologia, e as mais frequentes foram: 45,9% doenças neurológicas e 31,1% doenças do trato gastrointestinal (Tabela 1). Entre as mulheres, houve maior prevalência de cardiopatias congênitas e doenças neurológicas e, entre os homens, de neoplasias e erro inato do metabolismo (Tabela 2).

Considerando a faixa etária dos pacientes e o grupo de doenças de base, observou-se, entre as crianças, predomínio de enfermidades do trato gastrointestinal (66,5%) e, entre os adultos e idosos, de doenças neurológicas (45% e 68,5%, respectivamente),  $p < 0,0001$  (Tabela 2).

Em relação ao diagnóstico, a via de acesso mais indicada foi a via oral para portadores de erro inato do metabolismo (100%), seguida de pacientes com doenças do trato gastrointestinal (90,3%),  $p < 0,0001$  (Tabela 2).

Entre as vias de acesso, a mais utilizada foi a via oral (39,%), seguida pelas sondas nasoentéricas (27,4%) e gastrostomias (22,5%). As sondas nasogástricas e a jejunostomia tiveram prevalência de 9% e 2,35%, respectivamente. Ao estratificar os acessos enterais por faixa etária, averiguou-se um predomínio da via oral (73%), em crianças, da gastrostomia (33,3%), em adultos, e da sonda nasoentérica (52,1%), em idosos,  $p = 0,0001$  (Tabela 3).

Ao avaliar a classificação do estado nutricional na admissão dos pacientes, observou-se predomínio de desnutrição em todos os grupos etários, sendo mais evidente entre crianças e idosos (68,2% e 74,5%, respectivamente)  $p = 0,0001$ . Em relação à classificação do estado nutricional no término da coleta de dados para crianças, adultos e idosos 59,9%, 52,2% e 43,9%, respectivamente, recuperaram o estado nutricional ou mantiveram a adequação do estado nutricional,  $p = 0,004$ .

**Tabela 1** – Doenças mais prevalentes na TNED na rede pública do Distrito Federal (n=600).

	n	%
Epidermólise bolhosa congênita	5	0,8%;
Erro Inato do Metabolismo	7	1,2%;
Outras doenças	39	6,5%
Neoplasias	87	14,5%
Doenças do Trato Gastrointestinal	186	31,1%
Doenças Neurológicas	276	45,9%

**Tabela 2** – Características gerais dos pacientes em TNED na rede pública do Distrito Federal – DF em relação às doenças de base (n=599).

	DN	DD	Neo	CC	EIM	EBC	Ou- tras
<b>Gênero</b>							
Fem	51,3%	48,4%	20,7%	66,7%	42,9%		47,2%
Masc	48,7%	51,6%	79,3%	33,1%	57,1%	-	52,8%
<b>Faixa etária</b>							
Crianças	26,2%	66,5%	-	1,2%	2,8%	1,2%	2,0%
Adultos	45,0%	13,7%	28,2%	-	-	1,5%	11,5%
Idosos	68,50%	1,4%	22,8%	-	-	-	7,3%
<b>Vias de acesso</b>							
Sonda nasogástrica	13,0%	5,9%	4,6%	-	-	-	8,30%
Sonda nasoentérica	38,9%	1,1%	50,6%	-	-	20,0%	25,0%
Gastrostomia	34,2%	1,6%	26,4%	66,7%	-	-	25,0%
Jejunostomia	7,0%	-	10,3%	-	-	-	8,3%
Via oral	12,0%	90,3%	8,0%	33,3%	100,0%	80,0%	33,3%

p &lt; 0,0001

DN=doenças neurológicas, DD=doenças digestivas, Neo=neoplasias, CC=cardiopatia congênita, EIM=erro inato do metabolismo, EBC= Epidermólise bolhosa congênita

**Tabela 3** – Frequência de vias de acesso por faixa etária dos pacientes em TNED na rede pública do Distrito Federal (n = 599).

Faixa etária	Via de acesso				
	SNG	SNE	GGT	JT	VO
Crianças	10,9%	4,8%	13,7%	-	73%
Adultos	6,1%	28%	33,3%	4,5%	26,5%
Idosos	8,7%	52,1%	23,7%	3,7%	11,4%

p &lt; 0,0001

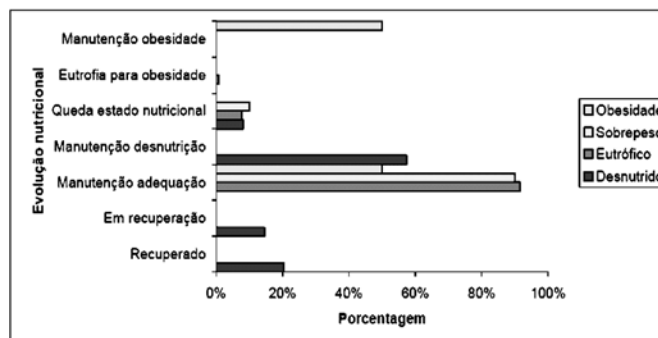
SNG=sonda nasogástrica, SNE=sonda nasoentérica, GGT=gastrostomia, JT=jejunostomia, VO=via oral

**Tabela 4** – Classificação dos pacientes em TNED de acordo com o estado nutricional na admissão versus estado nutricional final da coleta de dados versus faixa etária (n=406).

	Recuperado	Em recuperação	Manutenção da adequação	Manutenção da desnutrição	Queda do estado nutricional	Sobrepeso	Manutenção da obesidade
<b>Crianças* Dn</b>	25%	21%	-	50%	4%	-	-
<b>Eu</b>	-	-	92%	2%	4%	2%	-
<b>Sp</b>	-	-	100%	-	-	-	-
<b>Adultos*Dn</b>	20,8%	5,7%	-	67,9%	5,70%	-	-
<b>Eu</b>	-	-	87,9%	-	12,10%	-	-
<b>Sp</b>	-	-	100%	-	-	-	-
<b>Ob</b>	-	-	100%*	-	-	-	-
<b>Idosos*Dn</b>	14,3%	11,2%	-	60,2%	14,3%	-	-
<b>Eu</b>	-	-	91,4%	-	8,6%	-	-
<b>Sp</b>	-	-	80%	-	20%	-	-
<b>Ob</b>	-	-	-	-	-	-	100%

\*p &lt; 0,0001

Dn=desnutrição, Eu=eutrofia, Sp=sobrepeso, Ob=obesidade.

**Figura 1** – Relação entre o estado nutricional na admissão do programa e no final da coleta de dados todos os pacientes (n=460): p<0,0001

Tanto para homens (71,1%), quanto para mulheres (64,7%), a desnutrição foi o diagnóstico nutricional inicial predominante, seguido pela eutrofia: 31,3% das mulheres e 26,7% dos homens ( $p = 0,081$ ).

Ao analisar a relação entre a classificação do estado nutricional na admissão no programa de TNED e no término da coleta de dados de acordo com a faixa etária entre os pacientes desnutridos na admissão, observou-se, entre as crianças, que 25% recuperaram o estado nutricional e 50% mantiveram a desnutrição, 20,8% dos adultos recuperaram o estado nutricional e 67,9% mantiveram a desnutrição, 14,3% dos idosos recuperaram o estado nutricional e 60,2% mantiveram o processo de desnutrição,  $p < 0,0001$  (Tabela 4). Em relação à comparação entre a avaliação nutricional inicial e final para todos os pacientes, observou-se relação estatisticamente significativa:  $p < 0,0001$  (Figura 1).

Não houve diferença estatística, entre os resultados obtidos na avaliação final (em termos de recuperação nutricional) e o número de avaliações ( $p = 0,332$ ,  $n = 407$ ).

## DISCUSSÃO

A literatura especializada no que se refere à nutrição enteral domiciliar é escassa. Os estudos realizados são comumente multicêntricos, com perfis variados, que evidenciam realidades diferentes. De acordo com Paccagnella et al.<sup>12</sup>, a literatura mundial referente à incidência e à prevalência de TNED é limitada e quase sempre se refere a trabalhos conduzidos em centros específicos.

Na presente pesquisa, a análise da prevalência de usuários que fazem uso da TNED no Distrito Federal permitiu observar que, apesar das singularidades regionais apontadas em cada estudo, existem pontos de convergência entre os perfis, tornando-os semelhantes em alguns aspectos. A vida média masculina é comparativamente menor em todas as regiões do Brasil. No país, em 2001, 7,8% do total de homens estavam na faixa etária igual a 60 e mais anos e 0,9% tinham no mínimo 80 anos; para as mulheres, esses valores foram maiores, respectivamente, iguais a 9,3% e 1,3%. É de se destacar que a proporção de idosos é menor entre os homens, dado constatado na presente pesquisa com indivíduos que fazem uso da TNED no Distrito Federal, cuja predominância feminina foi 52%. A transição epidemiológica, após a demográfica, caracteriza-se pelo decréscimo da mortalidade infantil, em decorrência da queda acentuada das doenças infecciosas e, pela elevação dos casos por doenças não infecciosas, cardiovasculares, neoplasias malignas e diabetes<sup>13</sup>.

Várias doenças acometem mais os homens, traduzindo-se por maior mortalidade desse gênero. De fato, em geral, há mais programas de saúde que contemplam a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. A maior presença feminina observada na demanda aos serviços de saúde, muito provavelmente, está associada a fatores culturais ou sociais<sup>14</sup>.

Em pesquisa realizada com pacientes em uso da TNED, no Distrito Federal, entre 2000 e 2005, que analisou o perfil epidemiológico de seus usuários e custos da terapia nutricional enteral domiciliar, Zaban & Novaes<sup>15</sup> demonstraram que, em 2005, registrava-se maior número de adultos e idosos (19 % e 35%, respectivamente) do que crianças (46%). Na pesquisa atual realizada com o mesmo Programa de TNED da SES-DF, porém com portaria modificada, incluindo pacientes que necessitem de assistência nutricional domiciliar com suplementação por via oral, a distribuição dos pacientes manteve o perfil com adultos e idosos totalizando 59% dos pacientes (22% e 37%, respectivamente), seguido das crianças, em 41%, ambos do sexo masculino.

Em estudo descritivo analítico quanti-qualitativo, realizado por Mendes e Tchakmakian<sup>16</sup>, que visou demonstrar a importância do diagnóstico nutricional e intervenção

precoce em idosos com disfagia, na tentativa de melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida para diminuição das complicações na saúde em um grupo de participantes de um Programa de Assistência Domiciliar no município de São Paulo, observou-se que dos 53 prontuários dos idosos que foram acompanhados no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005, 23 idosos (43,5%) apresentavam após avaliação nutricional, o diagnóstico de subnutrição, 16 (30%) idosos eutrofia e 14 (26,5%) idosos obesidade. Ao avaliar a classificação do estado nutricional inicial dos pacientes na pesquisa no Distrito Federal, observou-se predomínio de desnutrição mais evidente em idosos em 74,5% destacadamente do sexo masculino.

No presente estudo, as doenças de base mais frequentes mantiveram-se em acordo com os dados do estudo de Zaban & Novaes<sup>15</sup>, predominando em 45,9% doenças neurológicas e 31,1% doenças do trato gastrointestinal. Entre as mulheres, as doenças mais prevalentes foram: cardiopatias congênitas e as doenças neurológicas, enquanto neoplasias e EIM predominaram entre os homens. As doenças de base com maior frequência entre as crianças foram doenças do trato gastrointestinal (66,5%), e entre os adultos e idosos, foram as doenças neurológicas (45% e 68,5%, respectivamente). Isso reforça a justificativa de preferência e alta prevalência pela via oral no grupo infantil, possivelmente por quadro de fibrose cística e alergias alimentares e o uso de sondas nasoentéricas pelos idosos comumente por quadro de acidente vascular cerebral (AVC).

Na Europa, entre os anos de 1980 a 2000, os pacientes submetidos à TNED eram principalmente afetados por neoplasias malignas. Entretanto, nas últimas duas décadas, os portadores de outras enfermidades (neurológicas, traumas, dentre outras) têm aumentado, ultrapassando as doenças neoplásicas<sup>12</sup>. Em estudo italiano realizado para avaliar a prevalência de casos da TNED em 16 das 20 regiões administrativas do país, na qual a via oral como forma de administração não foi contemplada, do total de indivíduos que usufruíram do serviço de nutrição domiciliar, 83,9% o faziam por nutrição enteral. Dos 288 adultos, 58% tinham doença neurológica e 30% eram pacientes oncológicos, e dos 79 pacientes pediátricos, 41% tinham doença neurológica. A maior prevalência de pacientes neurológicos foi observada tanto em adultos como em pediátricos<sup>17</sup>.

Observou-se, neste estudo, que as vias de acesso mais disponibilizadas foram a via oral seguida pela sonda nasoentérica e gastrostomias. A grande frequência de via oral está associada com o grupo das crianças, possivelmente devido à fibrose cística e alergia alimentar, doenças comumente encontradas na infância. O acesso via oral é recomendado para pacientes que não possuem fator fisiológico impeditivo para uso de cavidade orofaríngea e demais frações do trato gastrointestinal<sup>9</sup>.



As sondas nasoentéricas foram a segunda forma de acesso mais utilizada, pelo número de idosos assistidos no serviço domiciliar, que apresentam por quadro de senilidade e doenças neurológicas, disfagia. O prejuízo na ingestão alimentar e diminuição do apetite podem causar comprometimento do estado nutricional e aumento na frequência de doenças, resultando em sério comprometimento do estado geral do idoso<sup>16</sup>.

Apesar de ser a segunda forma de acesso mais utilizada, a via mais adequada e preferencial para acesso de longo prazo são as ostomias, esta via deve ser aplicada em casos de necessidade de sonda por mais de seis semanas, por causa de complicações associadas com o uso de sondas nasogástricas/enterais. É importante considerar que a TNE geralmente é utilizada para um período de longa duração (superior a 6 semanas), especialmente quando se considera o tempo de sua instalação desde o período de permanência hospitalar<sup>18</sup>.

Em estudo descritivo por Mendes e Tchakmakian<sup>16</sup>, após a avaliação fonoaudiológica, um terço (35,8%) da amostra dos pacientes idosos participantes de um grupo de um Programa de Assistência Domiciliar não apresentava risco para a disfagia. O restante da amostra (64,2%) evidenciou algum risco para disfagia, entre eles: 20,8% risco quando há ingestão de líquidos (com e sem sabor), 1,9% respectivamente para os indivíduos com ingestão de alimentos com dupla consistência, com dificuldade mastigatória e com presença de refluxo, os 37,7% dos idosos restantes apresentavam riscos diversos para a disfagia, tais como: diminuição da força mastigatória, uso de medicação que pode causar xerostomia, espessamento da saliva, ausência de dentes e/ou prótese não ajustada, hipotonia facial, resíduo alimentar na cavidade oral, o que aumenta o risco para pneumonia aspirativa e afetam significativamente o desempenho da mastigação e deglutição<sup>16</sup>.

Mendes e Tchakmakian<sup>16</sup> também descrevem que, após a intervenção da equipe interdisciplinar, houve melhora no estado nutricional em especial dos indivíduos subnutridos (43,5% para 37,5%), manutenção na proporção dos indivíduos obesos (26,5%) e um aumento após intervenção de indivíduos eutróficos de 30% para 35,8%. Observou-se, na presente pesquisa realizada no Distrito Federal, que 14,3% dos idosos recuperaram o estado nutricional e 60,2% mantiveram a desnutrição.

O número de pacientes com subnutrição associado à doença de base é maior no âmbito domiciliar (40%) do que no de assistência em saúde (ambulatorios, clínicas, entre outros) (13%), simplesmente porque este é o local onde muitas vezes não se têm condições adequadas de assistência<sup>16</sup>.

O segundo maior grupo participante do Programa TNE no Distrito Federal, o das crianças, evidenciou manutenção da desnutrição em 50% dos casos, havendo recuperação do estado nutricional em 25% e apenas 2,8% dos adultos

recuperaram o estado nutricional mantendo-se os 67,9% restantes em desnutrição, conforme evidenciado nos dados registrados na Tabela 4.

No presente estudo, apesar de todos os pacientes terem tido acesso a uma fórmula especializada, o índice de recuperação ficou aquém de 50% nos grupos. Acredita-se que, o estado nutricional dos pacientes possa ter sido influenciado por diversos fatores, tais como: doença de base, estado nutricional prévio, sexo e idade. Porém, cabe ressaltar que, a indisponibilidade dos produtos utilizados no Programa de TNE do DF no período podem ter influenciado o diagnóstico nutricional final observado ao término da coleta dos dados, assim como a dificuldade característica do idoso em se refazer metabolicamente diante de adversidades fisiológicas e recuperar seu estado nutricional comumente já fragilizado. É necessário que se verifique a possibilidade de associação a outras formas terapêuticas nutricionais e interdisciplinares para melhor adequação e eficácia de tratamento. O tempo disponível para tal foi interrompido em alguns momentos por intercorrências no local, como a falta de pessoal no programa e desorganização dos arquivos. Os dados em vários documentos de cadastro encontravam-se incompletos e algumas avaliações nutricionais continham diagnóstico de fidedignidade duvidosa, por falta de coerência com avaliações anteriores e método utilizado sem clareza.

## CONCLUSÃO

A TNE traz inúmeros benefícios não só para o paciente, mas também para a sociedade com a redução do tempo de hospitalização e da incidência de complicações por longos períodos de hospitalização, gerando a maior disponibilidade de leitos hospitalares e a redução dos gastos em saúde.

Os resultados apontam eficácia com o uso da TNE em termos de recuperação nutricional, apesar das limitações impostas por algumas doenças. Dessa forma, é fundamental estabelecer leis nacionais que desenvolvam esse serviço, a fim de disseminar os benefícios da TNE para todos os usuários dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Baxter YC, Waitzberg DL. Custos do tratamento de pacientes recebendo terapia nutricional: da prescrição à alta. *Nutr Pauta*. 2004;(67):18-30.
2. Villar Taibo R, Martínez Olmos MA, Rodríguez Iglesias MJ, Fernández Rodríguez E, Prieto Tenreiro A. Home artificial nutrition in a sanitary area of Galicia (Spain): descriptive study and proposals for the future. *Nutr. Hosp*. 2008;23(5):433-8.
3. McClave SA, Snider HL, Spain DA. Preoperative issues in clinical nutrition. *Chest*. 1999;115(5 suppl.):64S-70S.
4. Nonino-Borges CB, Rabito EI, Silva K, Ferraz CA, Chiarello PG, Santos JS, et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. *Rev Nutr*. 2006;19(3):349-56.

5. Zeghbi ALD. Terapia nutricional domiciliar: perfil de pacientes usuários das unidades de saúde do município de Curitiba/Paraná [Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Nutrição Clínica, do Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2008.
6. Planas M, Lecha M, García Luna PP, Pares RM, Chamorro J, Martí E, et al. Registro nacional de la nutrición enteral domiciliar del año 2003. *Nutr Hosp.* 2006; 21(1):71-4.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; 2008.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21(1):55-67.
9. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, Brusset MC, Mosser F, Berrier F, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(1):64-70.
10. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13.
11. Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestlé Nutrition Workshop Series – Clinical & Performance Programme* 1999; 1: 3-12.
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):378-85.
13. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* (online) 2005; 10(1):71-80.
14. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* (online) 2005;10(1):35-46.
15. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Impact of the home enteral nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. *e-SPEN.* 2009;4(4):e193-8.
16. Mendes FS, Tchakmakian LA. Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia. *O Mundo da Saúde, São Paulo* 2009;33(3):320-8.
17. Pironi L, Candusso M, Biondo A, Bosco A, Castaldi P, Contaldo F, et al. Prevalence of home artificial nutrition in Italy in 2005: a survey by the Italian Society for Parenteral and Enteral Nutrition (SINPE). *Clin Nutr.* 2007;26(1):123-32.
18. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Perfil demográfico, epidemiológico y nutricional de ancianos en terapia nutricional enteral domiciliar en Distrito Federal, Brazil. *Invest Clin* 2009; 50(2): 347 – 357.

---

**Local de realização do trabalho:** Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.