

Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual

Brazilian Survey on Home Nutrition Therapy: current overview

Encuesta brasileña sobre terapia nutricional domiciliar: panorama actual

Denise Philomene Joseph van Aanholt¹, Luciana Mitsue Sakano Niwa², Mariana Borges Dias³, Diogo Toletto⁴, Suely Itsuko Ciosak⁵

Como citar: Aanholt DPJV, Niwa LMS, Dias MB, Toletto D, Ciosak SI. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. REVISA. 2021; 10(1): 127-38. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9342-7454>

3. Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1009-6416>

4. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7375-2583>

5. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 16/12/2020

RESUMO

Objetivo: descrever como a terapêutica nutricional domiciliar é realizada no Programa Melhor em casa do Ministério da Saúde e na Saúde suplementar. **Método:** Estudo transversal, com dados secundários, onde foram selecionados os perfis de profissionais atuantes em atenção domiciliar no Brasil. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2018, depois de submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** Dos 289 brasileiros, 74% eram profissionais atuantes na Assistência domiciliar. O tipo de Terapia Nutricional realizada foi 67% enteral exclusiva seguida de 33% terapia mista. A prescrição realizada de dieta exclusiva artesanal foi de 9% e de dieta enteral mista 55%. A maioria recebe dieta por gravidade intermitente, seguida de administração em "bolus", gravitacional contínua e controle do gotejamento através da bomba de infusão. **Conclusão:** Os achados nos dão uma visão panorâmica da terapia nutricional enteral domiciliar no Brasil. Aumento da terapia nutricional domiciliar se faz necessária especialmente pelo aumento da população idosa e consequentemente de maior presença das doenças crônicas que podem levar a incapacidade, dependência, maior tempo de hospitalização e custos para o sistema de saúde. É fundamental a presença da equipe interdisciplinar, de boas práticas e do acompanhamento das famílias nos domicílios.

Descritores: Terapia nutricional; Nutrição enteral; Nutrição parenteral; Serviços de assistência domiciliar.

ABSTRACT

Objective: To learn how home nutritional therapy is carried out in the Ministry of Health's Better Home Program and in Supplementary Health. **Method:** Cross-sectional study, with secondary data, in which the profiles of professionals working in home care in Brazil were selected. Data collection took place from March to June 2018, after being submitted and approved by the Ethics and Research Committee. **Results:** Of the 289 Brazilians, 74% were professionals working in home care. The type of nutritional therapy performed was 67% exclusive enteral followed by 33% mixed therapy. The prescription of an exclusive handmade diet was 9% and a mixed enteral diet 55%. Most receive intermittent gravity diet, followed by bolus administration, continuous gravitational and drip control through the infusion pump. **Conclusion:** The findings give us a panoramic view of home enteral nutritional therapy in Brazil. The increase in home nutritional therapy is necessary especially because of the increase in the elderly population and, consequently, the greater presence of chronic diseases that can lead to disability, dependence, longer hospitalization and costs for the health system. The presence of an interdisciplinary team, good practices and monitoring of families at home is essential.

Descriptors: Nutrition therapy; Enteral nutrition; Home parenteral nutrition; Home care service.

RESUMEN

Objetivo: Conocer cómo se lleva a cabo la terapia nutricional domiciliar en el Programa Mejor Hogar del Ministerio de Salud y en Salud Complementaria. **Método:** Estudio transversal, con datos secundarios, en el que se seleccionaron los perfiles de los profesionales que trabajan en la atención domiciliar en Brasil. La recolección de datos tuvo lugar de marzo a junio de 2018, luego de ser presentados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación. **Resultados:** De los 289 brasileños, el 74% eran profesionales que trabajaban en la atención domiciliar. El tipo de terapia nutricional realizada fue 67% enteral exclusiva seguida de 33% terapia mixta. La prescripción de una dieta exclusiva artesanal fue del 9% y una dieta enteral mixta del 55%. La mayoría recibe una dieta de gravedad intermitente, seguida de administración de bolo, control gravitacional continuo y de goteo a través de la bomba de infusión. **Conclusión:** Los hallazgos nos brindan una visión panorámica de la terapia nutricional enteral domiciliar en Brasil. El aumento de la terapia nutricional domiciliar es necesario sobre todo por el aumento de la población anciana y, en consecuencia, la mayor presencia de enfermedades crónicas que pueden derivar en discapacidad, dependencia, mayor internación y costos para el sistema de salud. La presencia de un equipo interdisciplinario, buenas prácticas y seguimiento de las familias en el hogar es fundamental.

Descriptores: Terapia nutricional; Nutrición enteral; Nutrición parenteral; Servicios de atención a la salud domiciliario

ORIGINAL

Introdução

A terapia nutricional domiciliar (TND) se tornou uma modalidade integrada na atenção domiciliar (AD) com crescente expansão na atualidade. A TND pode ser definida como uma assistência nutricional e clínica ao paciente em seu domicílio, com objetivo de recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade. Ela compreende desde terapia nutricional oral, mediante utilização de suplementos e complementos nutricionais, a terapia nutricional enteral (TNE) e a terapia nutricional parenteral (TNP).¹⁻²

Considerando as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), é possível dizer que a TND contribui para a garantia de direito à alimentação adequada e saudável a aqueles com necessidades especiais, apesar de ainda não ser uma realidade aos indivíduos em terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) de baixo poder aquisitivo.³⁻⁴

Entende-se que a prática de uma alimentação adequada e segura deve ser realizada por uma equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN), seguindo sua normatização. A EMTN deve prescrever uma Terapia Nutricional (TN) individualizada, com a inclusão de educação e aconselhamento nutricional de dieta pela via oral ou, de dietas consideradas como alta complexidade, a TNE e TNP⁴⁻⁵, terapias que estão contempladas na PNAN dentre as Necessidades Alimentares Especiais (NAE)³:

“As necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causa mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral)”.

Portanto, indivíduos portadores de NAE, considerando os direitos humanos à alimentação adequada (DHAA), que envolve dentre diferentes situações, a garantia do acesso a alimentos para fins especiais, o respeito ao hábito individual e familiar e o cuidado integral a saúde, devem ser incluídos.⁵

As publicações científicas tem focado mais o setor terciário da saúde, com relatos de que uma alimentação inadequada associada a subnutrição são problemas de saúde pública que afetam, tanto performances sociais quanto econômicas, solicitando demandas da saúde para melhorar os desfechos clínicos finais. Os índices de complicações em indivíduos desnutridos são elevados e apresentam alto custo financeiro no setor saúde, relacionadas desde terapias adjuvantes, maior uso de medicamentos e dias de internação e reinternações, entre outros. A alta incidência de desnutrição intra-hospitalar se mantém elevada, mesmo após quase 20 anos do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional hospitalar-IBRANUTRI.⁶⁻⁷

Pesquisas sobre estado nutricional em pacientes atendidos no domicílio são escassos na nossa literatura, principalmente com dados brasileiros. Alguns estudos com TNED, principalmente em idosos, refletem a alta incidência de desnutrição e melhora do quadro, quando recebem a TNE com orientação nutricional e acompanhamento multiprofissional.⁸⁻⁹

Desta forma, a realização de intervenções nutricionais adequadas, praticadas por uma equipe multiprofissional capacitada, mediante bons planos terapêuticos de TN, podem reverter as situações desfavoráveis, melhorando desfechos clínicos e nutricionais, bem como a qualidade de vida dos indivíduos, além de redução de custos com a saúde.¹⁰

Neste contexto, as ações relacionadas as NAE tem sido pautada pela agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que é estruturada de forma intersetorial e com ampla participação social. Suas demandas são estabelecidas pelos Planos Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), que a partir de 2014, após a revisão da Câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional, inseriu uma nova meta direcionando o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial no âmbito domiciliar.

Desta forma, indivíduo em TN pode ser acompanhado por diversos pontos da RAS, a depender do seu estado clínico e a capacidade resolutive dos pontos de atenção. Seus cuidados devem estar inseridos nas linhas de cuidado integral baseadas nas necessidades dos indivíduos, reduzindo a fragmentação da assistência, mantendo a atenção nutricional adequada, de acordo com o preconizado pela PNAN.⁵

Dentre as políticas públicas, é importante ressaltar que a NAE, atende ao princípio da equidade, um dos três princípios do SUS e, também um dos princípios da PNAN, apesar de ainda, encontrarmos muitos desafios a serem enfrentados para operacionalização dos cuidados a estes indivíduos pela RAS, especificamente na AD.⁵

A AD é uma modalidade de atendimento em saúde, substitutiva ou complementar à assistência hospitalar, que envolve ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças além de reabilitação dos indivíduos no ambiente domiciliar, com garantia de continuidade dos cuidados e integrada as redes de atenção à saúde. Desta forma ela possibilita a desospitalização para os pacientes crônicos, estáveis clinicamente e que necessitam manter um acompanhamento multiprofissional de forma humanizada. Para que esta prática ocorra com humanização, se faz necessário uma boa estratégia de alta hospitalar.¹¹⁻¹³

Uma alta hospitalar pode ocorrer mesmo quando não há a total recuperação do estado nutricional ou capacidade plena de se alimentar normalmente pela via oral e ter uma absorção adequada de todos os nutrientes. Assim, a promoção de uma melhor qualidade de vida para os indivíduos com necessidades alimentares especiais após alta hospitalar, deve considerar os aspectos que envolvam não só a alimentação, mas considerar os aspectos clínicos, nutricionais, sociais, culturais e afetivos relacionados ao estado de saúde do indivíduo, envolvendo a família e toda a equipe multiprofissional de saúde.¹⁴

No âmbito do SUS a AD foi efetivada a partir Portaria 2029, de 2011, a qual veio promover a instituição do programa Melhor em Casa em novembro de 2011 e, sofreu sucessivas adequações até a normativa atualmente vigente, inserida na Portaria de Consolidação número 1, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017. Segundo dados da coordenação do programa Melhor em Casa do MS, em abril de 2020 este programa contava com Serviços em 583 municípios brasileiros em 26 estados cobrindo potencialmente 37% da população brasileira, por meio da atuação de 1458 equipes multiprofissionais.^{5,15}

Considerando este cenário que envolve a TND, o direito à alimentação adequada com respaldo das políticas públicas e das doenças crônicas, que aumentam com o envelhecimento populacional, as NAE e a falta de publicações referente a TND, principalmente no SUS, foi objetivo do Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar (CAND) da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN-SBNPE), realizar um segundo inquérito de TND para conhecer como esta prática é realizada no Programa Melhor em Casa do MS e, também, na saúde suplementar.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi descrever como a terapêutica nutricional domiciliar é realizada no Programa Melhor em casa do Ministério da Saúde e na Saúde suplementar.

Método

Estudo epidemiológico, observacional e transversal, realizado no Brasil com dados secundários do banco de dados da BRASPEN, contidas no inquérito Latino-americano de TND, realizado com países membros da Federação Latino-americana de Terapia Nutricional Parenteral e Enteral (FELANPE), através da aplicação de um questionário elaborado pelo CAND composto por 15 perguntas de múltipla escolha, por meio da ferramenta Survey Monkey (<http://www.surveymonkey.com/>), enviado para as sociedades de nutrição parenteral e enteral dos países membros da FELANPE. O período da coleta ocorreu de março a junho de 2018, incluindo 17 países da América Latina mais a Espanha.

A partir deste banco, foram selecionadas informações dos dados brasileiros, considerando apenas de profissionais atuantes na atenção domiciliar, tanto do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, representando o setor público, como do setor privado, os perfis de profissionais atuantes em atenção domiciliar, incluindo a coordenação do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, além de empresas de AD com auxílio do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) e de indústrias farmacêuticas de nutrição.

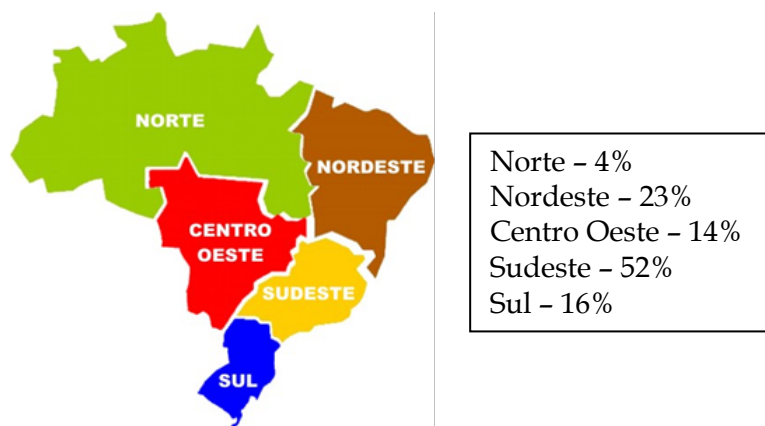
Atendendo a Resolução 466 de 2012, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o N° 3.995.405

Resultados

Do total de 289 respondentes brasileiros, 74% (214) eram profissionais atuantes na AD e destes, 84% (180) eram do setor público, junto ao programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. Dentre os profissionais encontramos 41% de nutricionistas, 34% de enfermeiros, 8% de médicos e 17% de outros profissionais da área de saúde.

Todas as regiões brasileiras foram contempladas no inquérito, com maior participação da região Sudeste (52%) seguido pela região Nordeste (23%) conforme se observa na Figura 1.

Figura 1- Distribuição percentual das respostas ao inquérito de TND recebidas das diferentes regiões brasileiras



Fonte: Inquérito de terapia nutricional domiciliar FELANPE 2018

Foi observado que a maioria (79,0%) dos pacientes atendidos na AD são idosos, em todas as condições clínicas observadas e 82,7% dos agravos recai sobre a doença neurológica, sendo que os idosos detêm 67,8% (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da faixa etária e tipo de condição clínica dos pacientes atendidos no domicílio, segundo inquérito de TND, Brasil 2018

Tipo de condição clínica	Faixa etária (anos)			Total N(%)
	< 18 N.(%)	18 a 60 N.(%)	> 60 N.(%)	
Neurológico	9(4,2)	23(10,7)	145(67,8)	177(82,7)
Oncológico	0 (0)	7(3,3)	12(5,6)	19(8,9)
Cirúrgico	0(0)	0(0)	2(0,9)	2(0,9)
Outros	1(0,5)	5(2,3)	10(4,7)	16(7,5)
Total	10(4,7)	35(16,3)	168(79)	214(100)

Fonte: Inquérito de terapia nutricional domiciliar FELANPE

Analisando o tipo de TN realizada, a maioria das empresas prestadoras de cuidado domiciliar (CD) atende paciente, principalmente, em TNE exclusiva (67%), seguida de 33% de TN mista, podendo além de TNE ter TNP e uso de suplementos por via oral.

Em relação a TNPD, esta vem ganhando espaço dentre o CD, sendo relatado por 50% dos profissionais que responderam ao inquérito e a porcentagem nos últimos 12 meses, varia de 10% a mais de 30% dos pacientes atendidos. Esta prática tem sido adotada tanto nos serviços públicos, como no privado, porém com mais adeptos no primeiro grupo, que também, atendem porcentagem maior de pacientes (Tabela 2).

Tabela 2- Porcentagem de pacientes em TNPD atendidos, nos últimos 12 meses. Brasil, 2018.

Pacientes TNPD	Tipo de Serviço		Total %
	Serv. Público%	Serv. Privado%	
< 10%	12,1	6,1	18,2
10 a 30%	18,7	1,4	20,1
> 30%	10,3	1,4	11,7
Nenhum	43,0	7,0	50,0
Total	84,1	15,9	100

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE 2018

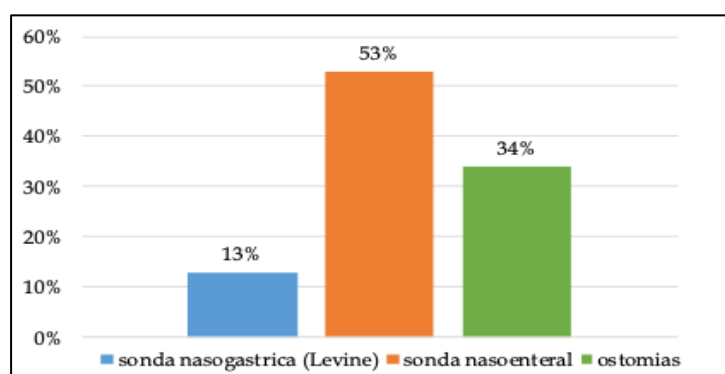
Neste inquérito, ao analisar a TNED, considerando tipo de prescrição realizada pelos profissionais de saúde, verificou-se baixa prática no uso de dieta artesanal exclusiva (9%) e a maior frequência foi no uso de dieta enteral mista (55%), principalmente no serviço público, já a dieta industrializada, apesar de representar 36% das dietas prescritas, foi mais frequente no setor privado (Tabela 3). A mesma tabela mostra ainda, que a frequência do uso de dietas artesanais é igual tanto no setor público, como no privado.

Tabela 3- Tipo de dieta de nutrição enteral prescrita pelos profissionais de saúde brasileiros, atuantes na AD. Brasil, 2018.

Prescrição NE	Tipo de Serviço		Total n. (%)
	Serv. Público n(%)	Serv. Privado n (%)	
Dieta industrializada	57(32)	17(50)	74(36)
Dieta artesanal	16(9)	3(9)	19(9)
Dieta Mista	107(59)	14(41)	121(55)
Total	180(100)	34(100)	214(100)

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE 2018

A via de acesso mais utilizada para administração da TNED é a sonda nasoenteral (53%), apesar da maioria dos pacientes serem neurológicos, a gastrostomia foi menos utilizada (34%). A sonda nasogástrica de Levine infelizmente é uma realidade no setor público e foi referido como via de acesso em 13% dos casos, como podemos acompanhar pela Figura 2.

Figura 2 - Distribuição do tipo de vias de acesso utilizado na TNED. Brasil, 2018.

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE

Considerando a forma de administração de TNED observou-se que a maioria (61,7%) recebeu NE por gravidade de forma intermitente, principalmente no serviço público (64%), porém é adotado, também, por 50% dos serviços privados. A administração em “bolus” é a segunda forma mais empregada (24,7%), com maior uso no setor privado (38,2% X 22,1%). Verificou-se que apenas 3,9% dos pacientes recebem a dieta por bomba de infusão, sendo mais frequente nos serviços privados (8,8%). O gotejamento contínuo sem uso de bomba de infusão, apesar de ainda ser uma prática nova em nosso meio, com maior adesão no serviço público (11% X 3%) (Tabela 4).

Tabela 4- Forma de administração da nutrição enteral utilizada pela TNED. Brasil,2018

Forma de Administração NE	Tipo de Serviço		Total n (%)
	Público n(%)	Privado n (%)	
Bomba de Infusão	5(2,9)	3(8,8)	8(3,9)
Gotejamento intermitente	110(64)	17(50)	127(61,7)
Gotejamento Contínuo	19(11)	1(3)	20(9,7)
Bolus	38(22,1)	13(38,2)	51(24,7)
Total	172(100)	34(100)	206(100)

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE

Os dados encontrados revelam ainda que, a TND precisa de maior adesão e investimentos dos serviços, seja público ou privado, assim como dos profissionais de saúde envolvidos.

Discussão

Os resultados obtidos neste inquérito são importantes para entendermos como é realizada a TNED em nosso país, principalmente na AD junto ao programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e nortear novas buscas na TNED, além de refletirmos sobre esta prática frente as políticas públicas de alimentação e ao DHAA, que permitirá analisarmos como as diretrizes de TND estão auxiliando os profissionais de saúde da AD a realizarem uma prática adequada aos indivíduos com indicação a TND.

Ainda são tímidos os relatos de literatura brasileira, referente a AD, em especial a prática de TND, o que pode ser justificado pela falta de critérios em registrar a sua implementação, monitoramento e avaliação em um sistema único, para facilitar uma análise sistemática e permanente, como existem em outros países. A Espanha é um exemplo neste sentido, no qual os dados sociodemográficos dos pacientes domiciliares são atualizados frequentemente, facilitado por apresentar a AD regulamentada.¹⁶

É fato que estamos mudando nossa pirâmide demográfica, com aumento gradual de idosos e conseqüentemente de maior presença das doenças crônicas e, por mais incentivo a promoção e prevenção da saúde com foco no envelhecimento saudável e ativo, se verificou que na AD os idosos representaram a maioria dos atendimentos deste inquérito, acompanhado de doenças neurológicas, como aponta tanto a literatura brasileira, como a internacional.¹⁷⁻¹⁹

Considerando que o objetivo de TND é manter ou recuperar estado nutricional dos pacientes no âmbito domiciliar, a prescrição de TNE é importante, mas tida como um componente encarecedor dentre os cuidados domiciliares, sendo prática comum, a solicitação por parte de gestores a utilização de dietas artesanais. Na contramão destas informações, nosso estudo revelou baixa indicação de prescrição de dieta artesanal exclusiva, ainda que a maioria dos respondedores fossem do setor público.

O uso de mais de um terço de dietas industrializadas que somadas ao uso de dietas mistas, como mostrou este inquérito, correspondem a quase totalidade das indicações, o que sugere uma preocupação em manter um fornecimento controlado de nutrientes por parte dos prescritores. Talvez seja esta a tendência dos nossos serviços, como demonstrado em uma pesquisa recente, em a totalidade dos pacientes de um serviço público, recebiam dieta industrializada ou mista.²⁰

A dieta mista tem uma indicação elevada neste estudo, tanto no setor público como na saúde suplementar, realidade esta, também, encontrada na literatura internacional, principalmente em pediatria e em indivíduos com intolerância alimentar, no entanto são bem relatado os critérios para indicação desta prescrição, sendo elas: a estabilidade clínica do paciente, ter sondas com calibre maior do que 14 Fr a pelo menos por seis meses e realizar a transição da dieta de forma lenta para melhor adaptação.²¹

No Brasil, um estudo econômico clássico considerando a TNED, foi o realizado por Baxter e col (2005), que fortaleceu a formação do AD do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde através de um estudo controlado, de modelo hospitalar integrado em comparação com um modelo exclusivamente hospitalar, foi concluído que houve uma redução de custos, benefícios nutricionais, com menor tempo de permanência hospitalar no grupo da AD, além de promover maior rotatividade entre os leitos cirúrgicos do hospital.²²

Vários autores tem mostrado que a orientação de TNED é essencial e deve considerar aspectos nutricionais e econômicos, sendo importante que cada serviço tenha critérios de elegibilidade para seleção de tipo de orientação a ser prescrita, mantendo um equilíbrio entre custo-efetividade, assim como a prevenção de perda peso e desnutrição, a melhora na qualidade de vida dos usuários, seja ele, oncológico ou idoso²³, considerando ainda, a presença da equipe de saúde capacitada e o monitoramento, que fazem parte da eficiência do atendimento a pacientes em TNED.^{8,20}

No Brasil existe esta preocupação pelo setor público, visto que o programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde, teve grandes avanços nos últimos anos e muitas publicações referentes a cuidados domiciliares e um específico, que aborda os cuidados compartilhados da TND, desde avaliação inicial, recomendações nutricionais, indicação, prescrição, cuidados na manipulação de fórmulas enterais cuidados na administração e monitoramento do paciente em TND, auxiliando os profissionais atuantes da AD na elaboração de seus protocolos de atendimento e CD.^{17,24}

A TNP é uma alternativa terapêutica quando o indivíduo não pode ou não consegue utilizar o trato gastrointestinal como via de alimentação. Ela pode ser na forma exclusiva ou complementar a depender da situação clínico-nutricional do paciente.¹³ No Brasil, apesar da TNPD, ter sido a primeira forma de TND adotada²⁵ ainda é pouco realizada, em parte, por depender de uma equipe

capacitada em acompanhar pacientes desta complexidade e também, por se tratar de uma terapia de maior custo e seguindo a legislação vigente em nosso país, com necessidade de ter equipe de enfermagem especializada no domicílio, durante todo o período em que se administra a TNP.

No entanto, neste inquérito foi observado que 50% dos profissionais participantes tiveram pacientes em TNPD nos últimos 12 meses e é, interessante observar que, no setor público houve mais pacientes com esta terapia nutricional comparada ao setor privado, deixando claro que houve uma adequação na equipe de saúde para atender esta modalidade de nutrição, maior do que foi vista no primeiro inquérito brasileiro de TND, no qual a incidência de TNPD foi relatada em apenas 1% do total de respondedores.^{13,17}

Percebemos que, em outros países também, tem ocorrido um aumento progressivo no atendimento a pacientes em TNPD. O grupo de Nutrição Artificial Domiciliar e Ambulatorial da Sociedade Espanhola de Nutrição Clínica e Metabolismo observou um aumento de mais de 400% em 17 anos de registro (2000 a 2017) com aumento, principalmente nos últimos anos da TNPD, em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.¹⁶

Nosso Inquérito mostrou uma representação importante de idosos, neurológicos e em uso de sondas enterais, ainda que as recomendações para estes casos, indiquem o uso de estomas.¹⁷ Este fato decorre muitas vezes, da falta de acesso a este dispositivo, como mostrou um estudo recente, realizado por Domingues (2019) em nosso meio, com população semelhante.²⁰

Estudos europeus, mostram que o uso de ostomias também, não é necessariamente uma realidade na AD, sendo apontado o uso de sondas nasoenterais em até 73%, principalmente em idosos muito velhos (de 80 anos e mais), mesmo com uma média de 174 dias para TNED.²⁶⁻²⁷

Este inquérito mostrou ainda que, o uso da sonda de Levine, o qual tem indicação para drenagem, é uma realidade Nacional, talvez porque o universo de pacientes pertença a rede pública, onde a aquisição de insumos nem sempre são facilitados e que, necessariamente, não correspondendo a uma prática geral em AD.

Mostrou, também, que a forma de administração mais frequente foi o gotejamento gravitacional intermitente, pratica consagrada pela equipe de enfermagem, em todas as situações, considerada a mais fisiológica, principalmente, quando não dispõem de bombas de infusão e quando a dieta é artesanal e utilizam a sonda de Levine, situações presentes na amostra.²⁸⁻²⁹

Ainda referente ao tipo de administração, se observou em alguns estudos, uma maior tendência no uso de administração em “bolus”, principalmente quando a dieta prescrita é a denominada *blenderizada*, similar a nossa dieta mista, no qual a viscosidade é maior e dificilmente adequada para o gotejamento gravitacional. A maior indicação de ostomias também favorece a administração em “bolus”, apesar de estar descrito que este tem maior incidência de complicações gastrintestinais. Desta forma, pode-se sugerir que neste inquérito a menor indicação deste tipo de administração, pode estar relacionada a menor uso de dieta artesanal e menor presença de ostomias para TNED.³⁰

Este inquérito mostrou avanços em relação ao anterior, uma vez que os respondentes na sua maioria (74%) atuam diretamente na AD e trouxe dados principalmente do setor público, com mais de 80% de profissionais atuantes no programa Melhor em Casa do MS, no qual se percebeu uma tendência nos últimos três anos, do acompanhamento de pacientes de maior complexidade e

necessidade de TNPd, pouco relatado no primeiro inquérito de TND, onde a maioria dos participantes atuavam na saúde suplementar. Estes achados indicam uma organização da atenção primária da saúde, fortalecendo a atuação da equipe de saúde na AD. Ainda, comparando os dois inquéritos, foi observado menor indicação de dieta artesanal neste estudo, sugerindo uma evolução nas prescrições das dietas, com maior preocupação em ofertar quantidades conhecidas de nutrientes para o combate da desnutrição.

Conclusão

Ainda são poucos os estudos brasileiros relacionados a AD, principalmente, com dados epidemiológicos consistentes e poucos estudos longitudinais para entender como é a evolução do cuidado domiciliar, principalmente relativo a TND. Este é o segundo inquérito brasileiro sobre o tema, mais próximo à realidade, por apresentar dados de profissionais atuantes na AD e uma mostra de como são estes pacientes com necessidade de TND. Revela ainda, a importância do Programa Melhor em Casa, que ampliou o uso de TND, principalmente às populações mais necessitadas. Trouxe dados importantes a serem observados pelos profissionais atuantes na área, quando da implementação da TND, para maiores benefícios dos usuários e do Sistema (qual). No entanto, ainda são necessárias novas pesquisas neste contexto e que incluam outros dados importantes, como tempo de TND, evolução, complicações e desfechos referente ao uso de TND.

Estes resultados revelam um futuro promissor, onde podemos vislumbrar a crescente preocupação com a nutrição dos pacientes desospitalizados, precocemente ou não, considerando que o estado nutricional se reflete numa melhor resposta terapêutica, melhor qualidade de vida e conseqüentemente, maior sobrevida e menor taxa de reinternações, levando a uma redução dos custos com a saúde.

Agradecimentos

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Green S, Dinenage S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: organisation of services. *Nurs Older People*. 2013;25(4).
2. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SDA, Schieferdecker MEM. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: Interface Entre Direito Humano À Alimentação Adequada E Segurança Alimentar E Nutricional. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde*. 2014;9(3):757-70.
3. Saúde M da, Brasília. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição (PNAN). 2012.
4. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, dos Reis Coimbra J, Rodrigues MTG, dos Santos Rodrigues AM, et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar-promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde*. 2014;9:233-47.
5. Gabe K, Jaime P, Silva K. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas

- as necessidades alimentares especiais. In: Jaime PC, editor. Políticas públicas de alimentação e nutrição. primeira. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 145–54.
6. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7–8):573–80.
 7. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958–67.
 8. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27. Available from: <https://revista.nutricion.org/PDF/cutchma.pdf>
 9. Taibo RV, Olmos M-ÁM, Guerrero DB, Casariego AV, García RP, Sueiro AM, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: an approximation to reality. *Nutr Hosp*. 2018;35(3):511–8.
 10. Tyler RD, Guenter P. Identifying malnutrition: From acute care to discharge and beyond. *Nurse Pract*. 2017;42(4):18–24.
 11. Brasil. Portaria SES-DF No 287 de 02 de dezembro de 2016 - Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal. DODF; 2016.
 12. Rufino C, Carlini D, Alves M, Soo Jin Kim H. Como promover a desospitalização devido ao transplante de órgãos sólidos? Panorama atual no Brasil e profilaxia da infecção pelo citomegalovírus com valganciclovir. *JBES Brazilian J Heal Econ Bras Econ da Saúde*. 2016;8(1).
 13. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M, Campos A, Aguilar-Nascimento J. Diretriz TND. *BRASPEN J*. 2018;33:37–46.
 14. Brasil. Portaria No 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. 2013.
 15. Ministério da Saúde. Portaria No 2029, de 24 de agosto de 2011. Brasília; 2011. p. 1–7.
 16. Wanden-Berghe C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Maiz Jiménez MI, Gómez Candela C, et al. Home and ambulatory artificial nutrition (NADYA) report. home parenteral nutrition in Spain, 2017. *Nutr Hosp*. 2018 Nov 1;35(6):1491–6.
 17. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M, agu. 2017 Inquerito Brasileiro TND. *BRASPEN J*. 2017;32(3):214–20.
 18. Carnaúba CMD, Silva TDA e, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017 May;20(3):352–62.
 19. Villar Taibo R, Martínez Olmos MÁ, Bellido Guerrero D, Vidal Casariego A, Peinó García R, Martí Sueiro A, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: An approximation to reality. *Nutr Hosp*. 2018;35(3):511–8.
 20. Domingues EA. Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar. São Paulo: Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2019. p. 100p.
 21. Johnson TW, Sara Seegmiller RN, Epp L, Mundi MS. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. Vol. 34, *Nutrition in Clinical Practice*. John Wiley and Sons Inc.; 2019. p. 186–95.
 22. Baxter YC, Dias MCG, Maculevicius J, Cecconello I, Cotteleng B, Waitzberg DL. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *J Parenter*

Enter Nutr. 2005;29:S96-105.

23. Gavazzi C, Colatruglio S, Valoriani F, Mazzaferro V, Sabbatini A, Biffi R, et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: a multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016;64:107-12.
24. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar - Cuidados em Terapia Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Waitzberg DL, Ciosak SI, Borges VC, Cardim Filho E, Rodrigues JJG, Gama AH. Síndrome do intestino curto e nutrição parenteral domiciliar cíclica. Barcelona, Spain: 9th ESPEN Congress; 1987.
26. Orlandoni P, Peladic NJ, Di Rosa M, Venturini C, Fagnani D, Sparvoli D, et al. The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia. *Clin Nutr*. 2019 Aug 1;38(4):1871-6.
27. Wanden-Berghe C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Maiz Jiménez MI, Gómez Candela C, et al. Spanish home enteral nutrition registry of the year 2016 and 2017 from the NADYA-SENPE Group. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019;36(2):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.endien.2018.08.007>
28. Ciosak SI. Rotinas de monitoramento em home care na terapia nutricional. In: *Terapia Nutricional Enteral e Parenteral*. 1a ed. São Paulo: Martinare; 2014. p. 117-25.
29. Ciosak SI, Matsuba C. Cuidados de enfermagem na nutrição enteral. In: *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica*. 5a ed. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 1025-36.
30. Wanden-Berghe C, Patino-Alonso MC, Galindo-Villardón P, Sanz-Valero J. Complications associated with enteral nutrition: CAFANE study. *Nutrients*. 2019 Sep 1;11(9).

Autor de Correspondência

Denise Philomene Joseph van Aanholt
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419.
CEP: 05403-000. Cerqueira César. São
Paulo, São Paulo, Brasil.
lucianamsn@usp.br