

## Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica

Home enteral nutrition therapy: the major implications of this therapeutic modality

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

### RESUMO

**Introdução:** A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) tem a finalidade de melhorar ou manter o estado nutricional dos pacientes, com conseqüente impacto na qualidade de vida dos mesmos e redução de custos aos serviços de saúde.

**Objetivo:** Realizar, na literatura, revisão sistemática sobre a terapia nutricional enteral domiciliar no Brasil e no mundo, enfocando as principais implicações dessa modalidade terapêutica.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão da literatura, utilizando-se artigos científicos indexados nas bases de dados: Medline, Lilacs, Pubmed, Scielo, nos idiomas inglês, espanhol e português, com ênfase nos últimos 10 anos, além de livros, legislação e manual referentes ao tema.

**Resultados:** Foram revistas 39 publicações, onde observou-se escassez de literatura especializada referente a nutrição enteral domiciliar no Brasil. Não foram encontrados protocolos em TNED universalmente aceitos, somente aqueles elaborados para determinada localidade e por isso, limitados, o que dificulta a padronização do atendimento e assistência integral ao paciente. De acordo com estudos encontrados, a TNED tem grande prevalência e incidência em regiões da Europa e Estados Unidos, sendo atendidos pacientes com diversas patologias, destacando-se, as doenças neurológicas e neoplasias. Observou-se também redução de custos com este tipo de serviço.

**Conclusão:** No Brasil são poucos os estudos sobre a TNED, que não evidenciam dados diferentes dos relatados internacionalmente, mostrando ser uma técnica válida de suporte nutricional, destacando sua importância em assegurar a qualidade de vida do paciente e a humanização no atendimento. Dessa forma, propicia-se também o aumento de leitos disponíveis com conseqüentemente economia de recursos disponibilizados por paciente.

**Palavras-chave:** Assistência Domiciliar; Nutrição Enteral, Desnutrição.

<sup>1</sup>Programa de Residência em Nutrição  
Clínica, Hospital Regional da Asa Norte,  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito  
Federal, Brasília-DF, Brasil.  
<sup>2</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito  
Federal, Brasília-DF, Brasil.

**Correspondência**  
Renata Costa Fortes  
QI 14, Conjunto J, Casa 26, Guarã 1  
Brasília- DF, 71015-100, Brasil.  
renatacfortes@yahoo.com.br

Recebido em 04/outubro/2010  
Aprovado em 10/março/2011

## ABSTRACT

**Introduction:** Enteral Nutrition Therapy Homecare (TNED) aims to improve or maintain the nutritional status of the patients, with consequent impact on quality of life of themselves and lower costs to health service.

**Objective:** To realize a systematic review - about home enteral nutrition therapy in Brazil and abroad, focusing on the main implications of this therapeutic modality.

**Methods:** This is a literature review using scientific articles indexed in the databases: Medline, Lilacs, PubMed, SciELO, in English, Spanish and Portuguese, with emphasis in the last 10 years, besides books, legislation and manual concerning the topic.

**Results:** There were reviewed 39 publications where there was scarcity of literature on the subject home enteral nutrition in Brazil. Were not found universally accepted protocols about TNED, only those prepared for a specific locality and therefore limited, which hinders the standardization of care and whole assistance to patients. According to the studies found, TNED has high prevalence and incidence in regions of Europe and the United States, being served patients with varied diseases, especially, neurological diseases and neoplasms. There was also cost savings with this type of service.

**Conclusion:** In Brazil there are only few studies about TNED, which did not show different data from those reported internationally, being a valid technique of nutritional support, highlighting its importance in ensuring the quality of life of patients and the humanization of care. Thus, it provides also the increase of available beds with consequently saving resources available per patient.

**Key words:** Home Care; Enteral Nutrition; Malnutrition.

## INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral (TNE) é um conjunto de procedimentos cujo objetivo é manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente, por meio de via oral, sondas ou ostomias, através do fornecimento de energia e nutrientes<sup>1</sup>. Entre as possíveis definições da TNE, uma das mais abrangentes foi proposta pelo regulamento técnico para terapia nutricional enteral, a Resolução RDC n.º 63, de 2000<sup>2</sup>.

No âmbito domiciliar, a TNE, denominada Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) é a continuação da administração hospitalar de fórmulas enterais via sonda no ambiente domiciliar<sup>3</sup>. A TNED é um dos serviços prestados na assistência domiciliar, que compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente<sup>1</sup>.

Junto a uma equipe interdisciplinar, o nutricionista é o responsável por adequar a oferta dos alimentos por meio da prescrição dietética de cada paciente, respeitando 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, e conseqüentemente redução das taxas de morbimortalidade, diminuição dos riscos de complicações, menor tempo de internação e redução dos custos hospitalares<sup>5</sup>.

A indicação de TNED é similar à indicação da hospitalar e corresponde àqueles pacientes que não conseguem atingir suas necessidades nutricionais exclusivamente pela via oral, sendo utilizada principalmente em distúrbios de deglutição associados com fraturas, doenças neurológicas, câncer, gastroparesia e síndrome de má absorção, desnutrição e pós-operatório<sup>6</sup>.

A TNED proporciona um melhor aproveitamento dos recursos disponibilizados aos cuidados assistenciais, além de permitir a humanização durante a terapia; promove um ambiente familiar, confortável e seguro; reduz o tempo de internação e a exposição ao risco de infecções e, conseqüentemente, propicia uma melhor qualidade de vida ao paciente<sup>7</sup>.

No Brasil, não há dados disponíveis que permitem comparar as características dos pacientes atendidos com TNED pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém no Distrito Federal (DF) Zaban & Novaes<sup>8</sup> conduziram um estudo de prevalência, cujos dados referentes ao ano de 2005 revelaram uma prevalência de 175,64 casos por milhão de habitantes e uma incidência de 147,98 novos casos por milhão de habitantes por ano, dados estes que ainda se encontram bastante aquém aos dos Centros de Referência da Europa e Estados Unidos.

O objetivo do presente estudo foi realizar, na literatura, uma revisão sistematizada sobre a TNED no Brasil e no mundo, e as principais implicações dessa modalidade terapêutica.

## MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão da literatura sobre o tema, utilizando-se artigos científicos indexados nas bases de dados: Medline, Lilacs, Pubmed, Scielo, nos idiomas inglês, espanhol e

português, com ênfase nos últimos 10 anos, por meio dos seguintes descritores: assistência domiciliar, nutrição enteral, desnutrição. Foram selecionadas as pesquisas mais relevantes que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: artigos com abordagem sobre desnutrição hospitalar e principais repercussões, assistência domiciliar no Brasil e no mundo, terapia de nutrição enteral domiciliar, bem como estudos conduzidos em pacientes em terapia nutricional domiciliar, ou que continham pelo menos um dos descritores selecionados. Também foi pesquisada a legislação brasileira para se definirem os aspectos legais relacionados à assistência domiciliar e terapia nutricional enteral domiciliar. Além de livros e manuais referentes ao assunto, por se tratar de um tema que possui poucas publicações.

Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos em outros idiomas, excetuado português, inglês e espanhol; estudos que não tratavam especificamente do tema.

Ao todo foram selecionadas 39 publicações que incluíram 33 (84,6%) artigos, sendo 20 (60,6%) artigos que tratavam sobre os aspectos envolvidos no estabelecimento da terapia nutricional enteral domiciliar, englobando também a terapia de nutrição enteral; 5 (15,2%) artigos relacionados à assistência domiciliar; 8 (24,2%) artigos que discutiam sobre desnutrição e suas principais repercussões. E 3 (7,7%) legislações, 2 (5,1%) livros e 1 (2,6%) manual sobre o tema.

## Desnutrição hospitalar e principais repercussões

A desnutrição é uma síndrome carencial que reúne variadas manifestações clínicas, antropométricas e metabólicas, em função da intensidade e duração da deficiência alimentar, dos fatores patológicos (sobretudo infecções agregadas) e da fase do desenvolvimento biológico do ser humano<sup>9</sup>.

Enquanto alguns casos de desnutrição são conseqüentes a doenças, outros decorrem da ingestão inadequada, que pode ser mais facilmente detectada e corrigida<sup>10</sup>. O problema é agravado devido à falta de atenção dos pacientes e suas próprias famílias, assim como dos profissionais de saúde, levando à atenção insuficiente para o rastreamento da desnutrição e cuidados nutricionais. Cerca de metade dos casos de desnutrição ocorre fora dos hospitais, principalmente em idosos<sup>11</sup>.

A prevalência da desnutrição em ambiente hospitalar varia de 20% a 50% em diferentes estudos, conforme critérios utilizados. Alguns pacientes já são admitidos no hospital com desnutrição e outros a desenvolvem após a internação. A desnutrição hospitalar é um problema de saúde pública e está associada ao aumento significativo de morbidade e mortalidade<sup>12</sup>.

Segundo Waitzberg & Baxter<sup>1</sup>, quanto maior o tempo de hospitalização, maior a possibilidade do paciente se tornar desnutrido, e a desnutrição resultará em período de internação mais prolongado. Em um país com número insuficiente de leitos hospitalares, a desnutrição entre pacientes hospitalizados reduz a rotatividade dos leitos hospitalares, diminuindo o número de leitos vagos disponíveis para novos pacientes<sup>1</sup>.

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar - IBRANUTRI, realizado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), que avaliou em 1996, 4000 doentes internados, em todo o Brasil, na rede SUS, identificou 48,1% de desnutrição hospitalar, sendo que em menos de 20% dos doentes houve alguma referência, em prontuário, ao estado nutricional. Em termos de medida de peso, pouco mais de 15% tiveram alguma anotação em seu prontuário, seja ela referente ao peso da admissão, atual ou usual<sup>13</sup>.

Pacientes hospitalizados não se alimentam suficientemente para atingir suas necessidades calórico-protéicas devido aos mais variados fatores, como a doença de base, dor, náuseas, vômitos, ansiedade, inapetência, disfagia, depressão, incapacidade funcional, tratamentos agressivos como cirurgias, rádio e quimioterapia, e mesmo pelo ambiente hospitalar<sup>14</sup>. Em decorrência disso, o estado geral e a resposta aos tratamentos ficam comprometidos, quando comparados aos enfermos nutridos<sup>11</sup>.

A avaliação do estado nutricional é fundamental para o adequado diagnóstico da desnutrição ou para a identificação de fatores de risco, bem como para a instituição efetiva da terapia nutricional a fim de melhorar o estado nutricional dos pacientes<sup>15</sup>.

A triagem nutricional identifica fatores que, se presentes, colocam o paciente em risco de desnutrição e de apresentar complicações relacionadas a ela. Dessa forma, a triagem nutricional sinaliza, precocemente, pacientes que poderiam se benefi-

ciar de terapia nutricional. Nesse sentido, a triagem nutricional, deve ser um dos primeiros procedimentos executados pela equipe de saúde que realiza a admissão hospitalar<sup>16</sup>. Alguns autores têm proposto a utilização de ferramentas de avaliação de risco nutricional dos pacientes, prévio à instalação das alterações físicas impostas pelo processo de desnutrição<sup>17,18</sup>.

Sabe-se hoje que o uso de intervenções nutricionais específicas (tratamento com nutrição enteral e parenteral) pode reduzir o impacto da desnutrição que, frequentemente, acompanha doenças crônicas e estados hipermetabólicos, como os que resultam de trauma e cirurgia. A terapia nutricional é também usada para melhorar uma série de condições e doenças, já que os pacientes bem nutridos respondem melhor do que os desnutridos aos diversos tipos de tratamento, uma vez que o processo da desnutrição dificulta a cicatrização de feridas e expõe os pacientes ao risco de ocorrência de eventos adversos<sup>13</sup>.

Diagnosticar o problema da desnutrição e tratar corretamente os casos necessários se torna fundamental para reverter em internações mais curtas, menos complicações clínicas e, portanto, maior rotatividade dos leitos hospitalares e maior economia dos recursos em saúde, encontrando-se a Assistência Domiciliar como uma alternativa mais humana, segura e eficaz para contornar a escassez de recursos em saúde<sup>13</sup>.

### **Assistência domiciliar no mundo e no Brasil**

Entende-se por assistência domiciliar (AD) o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio<sup>19</sup> cujos principais objetivos são: reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral por meio de maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; favorecer o restabelecimento da independência e/ou preservar a autonomia do paciente; além de contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução de custos<sup>7</sup>.

A AD como extensão da hospitalar surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore, no Bronx (Estados Unidos), para promover a alta hospitalar precoce. A importância da assistência domiciliar nos Estados Unidos cresceu a partir da década de 1980 com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (SIDA). A mudança do perfil epidemiológico e a necessidade de encontrar maneiras mais efetivas em termos de humanização do tratamento, e de economia dos recursos em saúde levaram à exploração da assistência domiciliar também em outros países<sup>20</sup>.

Na Europa, a primeira experiência formal de AD aconteceu na França, onde, em 1957, se criou o *Santé Service*, que ainda hoje presta assistência a pacientes crônicos e em tratamentos paliativos<sup>8</sup>. Já, no Canadá, os serviços de AD, orientados para a alta precoce de pacientes cirúrgicos, funcionam desde os anos 60<sup>20</sup>.

Na Espanha, a primeira unidade de AD foi criada em 1981, e nos anos seguintes surgiram iniciativas parecidas em vários hospitais, com a existência de aproximadamente 40 unidades ativas atualmente<sup>20</sup>.

Posteriormente, em 1987, desenvolveu-se uma experiência piloto em três hospitais da área de Montreal para o atendimento a pacientes clínicos agudos, com especial atenção para a administração e controle de antibióticos parenterais no domicílio. A origem desses serviços, no país, é atribuída a três freiras que ao chegarem da França, em 1604, para prestar serviços de enfermagem à população que se formava em torno da nova colônia, abriram um hospital e passaram a oferecer cuidados a pessoas enfermas<sup>20</sup>.

Particularmente, no Brasil, a primeira forma organizada de assistência domiciliar foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949. A implantação da AD no Brasil como uma atividade planejada se iniciou pelo setor público, com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963<sup>20</sup>. Já no início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar, concentrado em empresas privadas, nos grandes centros urbanos<sup>21</sup>.

A crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro tem estimulado o desenvolvimento de alternativas que contribuam para a produção da integralidade na rede de serviços de saúde. Assim, mesmo sem haver uma política formal de financiamento de práticas assistenciais direcionadas à desospitalização, várias organizações de saúde vêm instituindo práticas baseadas na oferta de intervenções terapêuticas no interior do domicílio do usuário<sup>21</sup>.

No Brasil, muitos municípios têm implementado programas de assistência domiciliar entre os serviços oferecidos à população que faz uso do SUS. Esses serviços de assistência domiciliar visam cuidados clínicos de idosos e doentes crônicos, acamados e impossibilitados ou com dificuldades de locomoção, em suas residências. As equipes multidisciplinares desses serviços são normalmente compostas por enfermeiro, médico, fisioterapeuta, técnico e auxiliar de enfermagem, podendo ou não contar com nutricionista<sup>22,23</sup>.

A experiência brasileira com a AD é focada em situações específicas, e construída de acordo com as necessidades da clientela. A assistência vem sendo feita de forma fragmentada, pela iniciativa pública e privada, dividindo-se em AD, internação domiciliar e visita domiciliar, sendo ainda poucas as iniciativas hierarquizadas e regionalizadas para todo um território<sup>24</sup>.

Com relação à qualidade da assistência prestada na AD, um estudo realizado em Cuba comprovou que 88% dos casos assistidos evoluíram de forma satisfatória e 100% dos pacientes e familiares mostraram satisfação com este tipo de atenção. A partir daí observaram-se dois aspectos. O primeiro foi o predomínio da Assistência Domiciliar vinculada ao âmbito hospitalar. O segundo foi a ausência de uma política para a regulamentação desta modalidade de atenção<sup>20</sup>.

O primeiro passo na escolha do paciente a ser encaminhado para a AD é a avaliação de sua elegibilidade (conjunto de informações que permite avaliar o enquadramento do paciente na modalidade de AD). Posteriormente, classifica-se a complexidade do atendimento proposto. Isto denotará a necessária mobilização de recursos materiais e profissionais para o perfeito atendimento, junto à definição do custo do serviço. Um fator importante a ser considerado no desenvolvimento da AD é a possibilidade de avaliação periódica das intervenções, facilitando a revisão de todo o processo do atendimento domiciliar. Considerando que a avaliação como parte do processo de planejamento é uma ferramenta imprescindível para a assistência domiciliar, faz-se necessário que ocorra um acompanhamento conjunto pela equipe e família das ações planejadas, fazendo ajustes necessários e avaliando resultados<sup>22</sup>.

Cabe destacar a participação e a importância de todos os profissionais da área de saúde, envolvidos ativamente na AD, tais como: nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo<sup>19</sup>.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) disponibiliza de Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar com o objetivo de melhor visualização, esclarecimento e regulamentação da participação dos profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio<sup>19</sup>.

Um dos componentes da Assistência Domiciliar corresponde à Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar.

### **TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR**

A Nutrição Enteral (NE) é a ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para complementar e/ou substituir a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas<sup>2</sup>.

A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) é definida como os procedimentos relacionados à administração de nutrientes por meio da nutrição enteral, prestado no domicílio do paciente, com a finalidade de melhorar ou manter o estado nutricional. A TNED visa à melhoria da qualidade de vida do paciente e evita os riscos de reinternação, com menores custos aos serviços de saúde<sup>3</sup>.

Geralmente os pacientes em nutrição enteral mantêm esse tratamento por vários meses ou até anos, não sendo justificável, na maioria dos casos, a sua permanência no hospital<sup>25</sup>. A TNED proporciona melhor aproveitamento dos recursos disponibilizados aos cuidados assistenciais além, de permitir a humanização da terapia e melhor qualidade de vida<sup>26</sup>. Também significa que a TNED objetiva não somente a humanização do atendimento ao paciente, como também a melhoria e/ou manutenção de seu estado nutricional, a redução do estresse pós-operatório, a colaboração para a maior disponibilização de leitos hospitalares e redução dos gastos hospitalares, a melhor resposta ao tratamento cirúrgico e o menor risco de o paciente contrair infecções<sup>27</sup>.

Alguns requisitos para seleção dos pacientes candidatos a TNED são: a situação clínica do paciente

deve permitir a atenção a nível domiciliar; a família deve aceitar o tratamento domiciliar; a família ou cuidadores devem receber um treinamento adequado que permita que o tratamento seja seguido com segurança e os mesmos devem demonstrar capacidade de manejo do tratamento; as condições do domicílio relacionadas à higiene e armazenamento de produtos devem ser adequadas; é preferível que o paciente tolere o tratamento que será realizado no domicílio ainda no hospital; os benefícios da terapia nutricional domiciliar devem ser maiores que os riscos; a nutrição artificial domiciliar deve manter ou melhorar a qualidade de vida do paciente<sup>28</sup>.

A Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN) recomenda que a terapia nutricional domiciliar deva se reservar àqueles pacientes que não podem suprir suas necessidades energéticas por meio da ingestão oral e que não precisem de hospitalização, dando preferência à via enteral. Estes pacientes recebem os nutrientes por meio de sonda nasogástrica, sonda nasoentérica, ou ostomias<sup>29</sup>.

No Brasil, há escassez de publicações sobre a TNED, no entanto, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) publicou em 2009 a Portaria n.º 94 que define normas e critérios para o cadastramento de pacientes em uso de fórmulas para fins especiais em regime de atendimento domiciliar e dispensação das mesmas, onde o médico faz a indicação da TNE e prescrição de sua via de acesso e o nutricionista, a prescrição dietética e avaliação nutricional. Os pacientes são reavaliados a cada 3 meses. São incluídos no programa pacientes que recebem dieta enteral por sondas e por via oral, os portadores de: fibrose cística, epidermólise bolhosa, erros inatos do metabolismo, síndromes disabsortivas, alergia à proteínas heterólogas em pediatria, pacientes gravemente desnutridos portadores de Doença Renal Crônica (DRC), câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e idosos<sup>30</sup>.

É importante uma revisão nas condições familiares locais, pois condições inadequadas podem afetar o sucesso do suporte nutricional domiciliar. Fatores ambientais que podem afetar os resultados da terapia nutricional incluem ambiente domiciliar sem boas condições de infraestrutura e poucas condições higiênico-sanitárias e de moradia<sup>31</sup>. São necessárias condições de infraestrutura física e recursos humanos no domicílio para assistência domiciliar<sup>30, 19</sup>.

Ressalta-se, entretanto, ser imperativo o acompanhamento por profissionais especializados, no sentido de se prevenirem complicações, favorecendo a adesão do paciente e de seus familiares ao tratamento e proporcionando a recuperação do mesmo. Este grupo formal deve ser obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: nutricionista, médico, farmacêutico e enfermeiro, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional<sup>30</sup>.

### Estudos conduzidos em pacientes em uso de terapia nutricional domiciliar

Há escassez de literatura especializada no que se refere ao assunto nutrição enteral domiciliar. Porém, um grupo de trabalho em Nutrição Artificial Domiciliar e Ambulatorial (NADYA)<sup>32</sup> da Sociedade Espanhola de Nutrição Parenteral e Enteral (SENPE) foi desenvolvido com intuito de analisar os dados de registros de colaboradores (voluntários) sobre os pacientes em terapia nutricional e publicá-los anualmente. Observou-se que a prevalência inicial de pacientes assistidos por essa modalidade terapêutica era de 37 casos por milhão de habitantes, um número que aumentou para 74,6 casos, quando se considera o total de registros, incluindo o uso de nutrição enteral pela via oral. Esses dados são semelhantes aos relatados em algumas comunidades autônomas<sup>33</sup>.

Em relação à incidência de terapia nutricional domiciliar, o Registro Norte Americano de Pacientes em Terapia Enteral e Parenteral Domiciliar descreve, que em 1992, havia um total de 360 pacientes por milhão de habitantes/ano fazendo uso do recurso de terapia nutricional enteral em domicílio<sup>34</sup>.

Um estudo italiano foi realizado para avaliar a prevalência de casos da TNED em dezesseis das 20 regiões administrativas do país. A população e a extensão territorial destas 16 regiões representaram 79,5% e 84,6% do total do país, respectivamente. A prevalência média de TNED foi 152,6 casos por milhão de habitantes, na qual não foi incluído pacientes que utilizavam a via oral como forma de administração. No entanto, uma ampla faixa de valores foi encontrada entre as regiões, a partir de um mínimo de aproximadamente um quinto até um máximo de mais de três vezes a média prevalência<sup>35</sup>.

De acordo com Paccagnella et al.<sup>34</sup>, a literatura mundial referente à incidência e à prevalência de TNED é limitada e quase sempre se refere à trabalhos conduzidos em centros específicos.

Estudo coorte realizado na Espanha com o objetivo de analisar a incidência e as características de pacientes em TNED entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004 verificou a idade média dos pacientes em torno de 56 anos. As patologias se distribuíam da seguinte forma: 43,8% tinham neoplasia, 26,8% apresentavam infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, 9,6% tinham desordem neurológica (acidente vascular cerebral e/ou demência), 4,7% tinham doenças digestivas (fistulas, doença pancreática, doença inflamatória intestinal), os 15,1% restantes tinham tumores em locais diferentes, com anorexia, traumatismo craniano ou diversas outras doenças que induziam a disfagia e/ou anorexia. A TNED foi por via oral em 70,6% dos casos, por sonda nasointestinal em 26,1%, sonda nasogátrica em 2,5%, e jejunostomia em 0,8%. Durante o curso da TNED, 6,6% dos pacientes tiveram intercorrências como: diarreia, constipação, vômitos que não exigiram a interrupção da TNED<sup>36</sup>.

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 patologias (neurológicas, traumas, dentre outras) têm aumentado, ultrapassando as doenças neoplásicas<sup>34</sup>. Nos Estados Unidos, estudos evidenciam que o câncer de cabeça e pescoço tem incidência anual de mais de 41.000 casos, correspondendo à malignidade mais comum entre pacientes em NED, sendo que o problema mais comum associado à nutrição e resultante desse tipo de câncer e de seu tratamento é a disfagia. Relatam ainda a estimativa de que 10% dos portadores crônicos de câncer de cabeça e pescoço requerem a nutrição enteral permanente<sup>37</sup>.

Em estudo retrospectivo e controlado realizado com pacientes cirúrgicos no período pré ou no pós-operatório de cirurgia digestiva, Baxter et al.<sup>38</sup> compararam economicamente o modelo de TN domiciliar com o hospitalar. Os pacientes dos dois grupos conseguiram os mesmos benefícios nutricionais, com o modelo domiciliar tendo apresentado um custo três vezes menor quando comparado ao modelo hospitalar.

Em 2004 foi publicado na SES/DF, o primeiro regulamento técnico para fornecimento de nutrição enteral domiciliar, beneficiando a todos os pacientes usuários do sistema único de saúde no DF. Foi realizada pesquisa com pacientes em uso desse serviço entre 2000 e 2005, que realizou análise do perfil epidemiológico de seus usuários e custos da terapia nutricional enteral domiciliar, Zaban & Novaes<sup>8</sup> demonstraram que em 2005 registrava-se maior número de adultos e idosos (19,2 % e 34,9%, respectivamente) e crianças 45,9%. Ocorreu prevalência de doenças neurológicas, de trato gastrointestinal e, outras doenças e neoplasias. Evidenciou-se um custo 2,65 vezes menor da TNED em relação a terapia nutricional enteral hospitalar. O estudo evidenciou a necessidade do estabelecimento de leis nacionais que embasem e promovam o desenvolvimento deste serviço em território nacional afim de que se possa disseminar os benefícios dessa modalidade terapêutica.

Não foram encontrados na literatura pesquisada protocolos em TNED universalmente aceitos, somente aqueles elaborados para uso local e por isso com muitas limitações. Isso dificulta muito a padronização do atendimento e assistência integral ao paciente<sup>39</sup>.

## CONCLUSÃO

No Brasil, são poucos os estudos disponíveis sobre a prevalência e incidência de TNED, que de uma forma geral não evidenciaram dados diferentes dos relatados internacionalmente. Ao se analisar o cenário mundial, principalmente em países de primeiro mundo, observa-se grande tendência na adoção dessa forma de tratamento nutricional, enfatizando sua importância em assegurar a qualidade de vida do paciente e a humanização no atendimento, além de propiciar o aumento de leitos disponíveis e conseqüentemente da economia por paciente evidenciada em vários estudos.

A TNED é uma estratégia que proporciona benefícios significativos para pacientes que se utilizam desse serviço que concomitantemente acabam por reduzir os custos em todas as etapas do processo de atendimento do paciente na rede de saúde. Nesse sentido, torna-se imprescindível a atuação de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar constituída por nutricionistas, médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Waitzberg DL, Baxter YC. Custos do tratamento de pacientes recebendo terapia nutricional: da prescrição à alta. *Nutr Pauta*. 2004; (67): 18-30.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC, nº 63 de 6 de julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. *Diário Oficial - República Federativa do Brasil, Brasília-DF*, 6 de julho de 2000.
3. Villar TR, Martínez OMA, Rodríguez IMJ, Fernández RE, Prieto TA. Home artificial nutrition in a sanitary area of Galicia (Spain): descriptive study and proposals for the future. *Nutr Hosp*. 2008; 23(5): 433-438.
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): 349-356.
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. Delegge MH. Home enteral nutrition. Demographics and utilization in the United States. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme. 2005; 10:45-54; discussion 54-8. de Saúde, no âmbito do Distrito Federal Portaria N° 94, de 20 de Maio de 2009. Disponível em: < <http://www.buriti.df.gov.br>> Acesso em: 15/12/2009.
7. GonzálezRVJ, ValdiviesoMB, RuizGV. Hospitalización a domicilio. Méd Clin (Barc). 2002; (118): 659-664.
8. Zaban, ALRS, Novaes, MRCG. Impact of the Home Enteral Nutrition regulation issue in public hospital- sin Distrito Federal, Brazil. e-SPEN, the European e- Journal of Clinical Nutrition and Metabolism. 2009; 4(4): 193-198.
9. Freitas MCS. Agonia da fome. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
10. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol Med Sci. 2001; 56(6):366-72.
11. Arvanitakis M, Beck A, Coppens P, De Man F, Elia M, Hebuterne X, et al. Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22e23 November 2007)). Clin Nutr. 2008; (27): 481 e 488.
12. Sungurtekin H, Sungurtekin U, Hanci V, Erdem E. Comparison of two nutrition assessment techniques in hospitalized patients. Nutrition. 2004; 20(5):428-32.
13. 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.
14. Correia MITD. Repercussões da desnutrição sobre a morbi-mortalidade e custos em pacientes hospitalizados no Brasil. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP. 2000.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 343/GM. Institui mecanismos para a organização e implantação de Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 07 de Março de 2005.
16. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003; 22(4): 415-21.
17. Detsky AS, Mclaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson, RA., Jeejeebhoy, KN. What is subjective global assessment of nutritional status? Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, Silver Spring ME. 1987; 11 (1): 8-13.
18. Clare A. Symposium on 'Nutrition and surgical practice' Pre-operative nutritional assessment. Proceedings of the Nutrition Society. 1999; 58, 821-829.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC, n° 11 de 26 de janeiro de 2006. Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar- República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 26 de janeiro de 2006.
20. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc saúde coletiva. 2005; 10: 231-42.
21. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008; 24(3): 180-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. 2003.
23. Medina MM, Nascimento GGF, Oliveira MRM. Contaminação microbiológica de dietas enterais. Rev Bras Nutr Clin. 2008; 23 (4): 262-9.
24. Freitas IBA, Meneghel SN. Artefatos de cuidado como expressão de poder. Texto contexto - enferm. [online]. 2008; 17(2): 358-64.
25. Hebuterne X, Bozzetti F, Morenovillares JM., Pertkiewicz M, Shaffer J, Staun M, et al. Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey. Clin Nutr. 2003. 22 (3): 261-6.
26. Paccagnella A, Mauri A, Berto R, Falchero S, Baruffi C, Marcon ML, et al. Biopsychosocial approach to home enteral nutrition: measure of subjective satisfaction and quality of life. Minerva Med. 2007. 1 (98) : 5-17.

27. Baxter YC, Cecconello I. Nutrição enteral domiciliar. In: Pinotti, Henrique Walter. Nutrição enteral em cirurgia. São Paulo: Fundação BYK; 1997. p. 198-206.
28. Burgos R, Planas M. Organización de la nutrición artificial domiciliaria. *Endocrinol Nutr.* 2004; 4 (51): 179-82.
29. ASPEN. Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force: Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *J Parent Ent Nutr.* 2002; (26): 1SA-138SA.
30. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Definição de normas e critérios para o cadastramento de pacientes em uso de fórmulas para fins especiais em regime de atendimento domiciliar e para a dispensação ambulatorial destas fórmulas, por intermédio da Secretaria de Estado
31. Shronts EP. Bases da Terapia Nutricional domiciliaria. In: Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3ª Edição. Edit. Atheneu. São Paulo, Brasil. 2000. p. 949-975.
32. NADYA. Sociedade Espanhola de Nutrição Parenteral e Enteral. Disponível em: <<http://www.nadya-senpe.com>>. Acesso em 10/01/2010.
33. Planas M, Lecha M, García LPP, Pares RM, Chamorro J, Martí E, et al. Registro nacional de la nutrición enteral domiciliaria del año 2003. *Nutr Hosp.* 2006; 21(1): 71-4.
34. 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; 27:378-85.
35. 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; 26:123-32.
36. De Luis DA, Aller R, Izaola O, Terroba MC, Cabezas G, Cuellar LA. Experience of 6 years with home enteral nutrition in an area of Spain. *European journal of clinical nutrition.* 2006; (60): 553-557.
37. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, et al. Cancer statistics, 2004. *CA Cancer.* 2004; (54): 8-29.
38. 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 Enteral Nutr.* 2005; 29(1): 96-105.
39. Moreno Villares, J.M. La práctica de la nutrición artificial domiciliaria em Europa. *Nutr Hosp.* 2004; 2: 59-67.

---

Trabalho atribuído ao Programa de Residência em Nutrição Clínica do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF Baseado em Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) sob o tema **Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**, ano de defesa: 2010. Não há conflito de interesses.