# ANÁLISE DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PARTICIPANTES ASSISTIDOS NO PROGRAMA "MELHOR EM CASA" COM O USO DE DIETA ENTERAL INSDUSTRIALIZADA

Analyses of the nutritional assessment of participants assisted in the "Melhor em Casa" program with the use of enteral nutrition industrialized

**ORTEGA, Natália Conessa**
Centro Universitário Jaguariúna

**SANTOS, Dayane Rafaela**
Centro Universitário Jaguariúna

**DINIZ, Vanessa Cavalaro**
Centro Universitário Jaguariúna

**ZAMPRONIO, Jenifer Estefani Zerbinatti**
Centro Universitário Jaguariúna

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho foi mostrar através de estudos, e de análise de prontuários, a resposta evolutiva de pacientes clínicos em condições críticas de saúde, que são submetidos à terapia nutricional enteral exclusiva. Através da pesquisa descritiva, foi possível demonstrar a eficiência da terapia nutricional enteral industrializada, em todos os parâmetros que assegurem condições de qualidade de vida, segurança alimentar, manutenção metabólica, adequação de oferta energética, recuperação do estado nutricional ideal e consequentemente a redução de mortalidade por desnutrição. Destinou-se também esse projeto, a destacar a importância da implementação do programa "Melhor em Casa", que diagnostica através da avaliação de profissionais capacitados a necessidade de intervenções terapêuticas, que fazem do programa uma ferramenta de suma importância no tratamento de saúde da população por ele atendida. Na análise de prontuários, foram comparados informações como IMC e dobras cutâneas, das 2 últimas avaliações físicas dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa, totalizando o levantamento de 15 prontuários, sendo que os resultados mostraram um comprometimento nutricional elevado, devido ao hipercatabolismo, oriundos das patologias individuais de cada participante, assim não atribuindo os resultados apenas à alimentação enteral. Portanto, concluímos que programas de saúde com atendimento domiciliar, são parte de uma estratégia fundamental para assegurar a qualidade de vida dos pacientes, direcionando cuidados específicos que se fazem necessário em toda complexidade de uma patologia.

**Palavras-chave:** Terapia nutricional enteral; programa de saúde; avaliação física nutricional.

**Abstract:** The objective of this study was to show through studies, and analysis of records, the evolutionary response of clinical patients in critical health conditions, wich are undergoing enteral nutritional exclusive therapy. Through descriptive research, it was possible to demonstrate the efficiency industrialized enteral nutritional therapy, all the way that ensure quality of life conditions, food security,

metabolic maintenance, energy supply adequacy, ideal nutritional status recovery and consequently mortality reduction by malnutrition. This Project also intended to high light the importance of implement the “Melhor em Casa” Brazilian program, that diagnose, by the skilled professional assessment evaluation, the needed of intervention required, and the program is very important in the treatment. In the analysis of records was compared information, as BMI and skinfolds from the last two physical assessments of patients treated for the program “Melhor em Casa”, totaling a survey of 15 medical records, and the results showed a high nutritional impairment due to hypercatabolism from the individual diseases of each participant. Thus, we should not give the results only of enteral nutrition. So we conclude, that health home care programs, are part of a fundamental strategy to ensure the quality of life of patients by targeting specific care that are necessary throughout complexity of a pathology.

**Key-words:** Enteral nutrition therapy; health program; nutritional physical evaluation.

## INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é uma das principais preocupações discutidas no mundo atual, em suas diversas conotações, resume-se a esse termo melhorias ou alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, englobando aspectos de ordem econômica, social ou emocional. O termo é associado principalmente às condições de saúde, lazer, moradia, alimentação ou disposição para atividades, sendo todas as vias direcionadas a uma percepção de bem-estar, remetidas ao interesse pela vida. (Almeida, 2012).

No âmbito da saúde, programas de assistência domiciliar foram criados a partir da necessidade de implantar estratégias de condições melhores de vida, com o propósito de atuar em práticas substitutivas de cuidados em saúde, sendo incorporada como um sistema complementar de vida, principalmente estratégias de cuidado e recuperação, são aderidas práticas médicas voltadas para abordagem biológica e hospitalar, perfazendo o uso desmedido de recursos tecnológicos, gerando alto custo, e soluções insatisfatórias (Geus, 2011).

O programa Melhor em Casa foi fundado com o propósito de cuidar de pacientes, com uma percepção muito além de técnica e de instituição hospitalar, instituído a partir da Portaria 2029, de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela Portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito SUS, caracterizando tratamento a pacientes a partir de condições limitantes que dificultam o comparecimento de pacientes ao núcleo de atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Entende-se por assistência domiciliar (AD), ações de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, realizadas em domicílio, tendo como objetivo reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio, proporcionando assistência humanizada, e integral, estabelecendo um contato maior entre profissionais da saúde e família, ou cuidadores, respeitando a autonomia do paciente, e motivando o paciente na realização e colaboração do tratamento proposto, além de favorecer redução de custos hospitalares e a otimização de leitos (Moreira, 2010).

Suporte nutricional é uma das ferramentas de maior importância, entre os cuidados adotados no manejo de pacientes que são atendidos por esses programas, geralmente acompanhados de problemas mais graves, e complicações com resposta metabólica intensa, hipercatabolismo, e catabolismo proteíco, com risco relevante de inanição e depleção do estado nutricional, piorando ainda mais o quadro clínico (Cartolano,2009). A via utilizada para nutrição adequada dependerá de condições clínicas, que vão desde estado geral do paciente, até condições da deglutição, sendo que a nutrição enteral (NE), é a alternativa de alimentação mais indicada para um suporte nutricional adequado (Nogueira, 2011).

A utilização da dieta enteral é uma prática já estabelecida em pacientes pediátricos e adultos a fim de evitar problemas causados pela má alimentação. A utilização de sondas enterais está em vigor por volta de 3.500 anos, onde inicialmente era utilizada pelos gregos e egípcios, com o objetivo de atenuar distúrbios intestinais, através da aplicação de soluções com nutrientes no reto (White, 2014). A terapia nutricional enteral (TNE) são os procedimentos realizados para fornecer o aporte energético e nutricional necessário para manter e recuperar o estado nutricional do paciente, por via oral, sondas ou ostomias, sendo administradas pelo profissional nutricionista, de acordo com necessidades individuais de cada paciente.

Além das indicações de TNE para os problemas comuns de desnutrição, também são indicadas para estados avançados de anorexia, pacientes enfermos em estado crítico com complicações gastrointestinais e em situações de necessidades nutricionais específicas, fazendo da nutrição enteral uma alternativa ampla e relevante ao tratamento de pacientes. Visando a segurança microbiológica e nutricional de qualidade, recomenda-se o uso de dietas enterais industrializadas, que são divididas em várias fórmulas, que variam na composição de nutrientes, e

formas de apresentação (pó ou liquida), sendo elas padrão ou especializadas, cujos critérios de escolha, baseiam-se em dados clínicos, estado nutricional e metabólico, capacidade digestiva e metabólica, e de acordo com a necessidade nutricional de cada paciente (Cunha, 2011).

Há ainda o uso de dietas enterais artesanais, definidas pela preparação de dietas enterais por alimentos in natura ou produtos alimentícios com composição de macronutrientes e micronutrientes para suporte dietoterápico, de caráter não industrializado, desenvolvidas a partir da necessidade de minimizar custos, já que o uso de dietas industrializadas é de custo elevado durante o uso permanente. Porém, é de fundamental importância analisar aspectos de segurança, aceitação fisiológica entre características como osmolaridade. Para tal administração, a legislação de segurança alimentar disponibiliza o manual de Boas Práticas de Nutrição Enteral (BPNE), a fim de oferecer orientações para preparo adequado dessas dietas (Vasconcelos, 2013).

O presente estudo tem por objetivo demonstrar os benefícios da dieta enteral industrializada, através da coleta de dados de pacientes que a utilizam como alimentação exclusiva. Buscou-se através dos prontuários, os dados clínicos de melhora, dos participantes atendidos pelo Programa “Melhor em Casa” da cidade de Jaguariúna, município do Estado de São Paulo.

## Material e Método

A análise dos prontuários se iniciou, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável, e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Jaguariúna, protocolado sob o número 004/2015 no CEP- FAJ. CAAE: 45411215.1.0000.5409 com o número do parecer: 1.083.117. Este estudo está de acordo com a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, que regulamenta os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

O respectivo estudo foi conduzido com 15 participantes que utilizavam exclusivamente dieta enteral industrializada, com idades entre 18 a 100 anos, inclusos no Programa público de saúde Melhor em Casa, da cidade de Jaguariúna-SP entre os anos de 2014 e 2015.

Para a análise do perfil nutricional de cada participante utilizou-se informações contidas em prontuários individuais, como Índice de Massa Corpórea

(IMC), peso, altura, prega cutânea tricipital (PCT), circunferência braquial (CB) e circunferência muscular do braço (CMB), sendo que para a avaliação da resposta evolutiva foi feito uma análise comparativa entre a coleta de dados das 2 (duas) últimas avaliações contidas nos prontuários.

Foram selecionadas as duas últimas avaliações em prontuários partindo do critério de que assim é possível fazer um comparativo da resposta terapêutica com dieta enteral industrializada em um intervalo de tempo pré determinado, isso permite uma análise de forma mais precisa dos efeitos da dieta em diferentes usuários.

O índice de massa corporal (IMC) é um parâmetro para o estado nutricional, utilizado e conhecido mundialmente para pesquisas com idosos e adultos, tendo uma disponibilidade e relativa facilidade em obtenção de dados, onde se tem uma forte correlação com a mortalidade e a morbidade (MENEZES, 2010).

A prega cutânea tricipital (PCT) é utilizada para avaliar a reserva de tecido adiposo, onde é considerado o local mais representativo da camada subcutânea de gordura (PAZ et.al, 2012).

A circunferência braquial (CB) representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseo, muscular e gorduroso deste membro (PAZ et.al, 2012).

A circunferência muscular do braço (CMB) é uma medida derivada da circunferência do braço e da prega cutânea tricipital (PCT), sendo um bom indicador da reserva muscular, e consequentemente, das reservas proteicas que se torna de grande relevância para a avaliação do estado nutricional (MENEZES, 2010).

De acordo com as informações contidas nos prontuários, constatou-se que para a obtenção dos resultados de peso e altura foi utilizado a fórmula de Rabito et al.(2006), no qual estima os valores obtidos para ambos os pacientes, e se obtém resultados mais próximos do real por ser um método mais atual e preciso.

Para o IMC, no caso de adultos, foi classificado como desnutrição grau III IMC (<16), desnutrição grau II IMC (≥16 e ≤16,99), desnutrição grau I IMC (≥ 17 e ≤ 18,49), eutrofia IMC (≥18,5 e ≤24,99), sobrepeso IMC (≥25 e ≤29,99), Obesidade grau I IMC (≥30 e ≤34,99), obesidade grau II IMC (≥35 e ≤39,99) e obesidade grau III IMC (≥40), de acordo com WHO, 1998. Para idosos, foi classificado como baixo peso IMC (≤ 22), adequado ou eutrófico IMC (> 22 e < 27) e sobrepeso IMC (≥27), de acordo com *The NutritionScreeningInitiative*, 1994, *apud* Silveira, et. al., 2009.

Tanto para adultos, quanto para idosos, a classificação da CB, CMB e PCT se

obteve através da análise dos percentis Segundo Frisancho, 2011 e a classificação de acordo com Blackburn e Thornton, 1979 *apud* Cuppari, 2005.

Os dados colhidos foram analisados e apresentados através de tabelas obtidas pelo programa Excel, 2013, onde foi possível observar o comparativo entre os dados antropométricos das 2 (duas) últimas avaliações físicas dos pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa da cidade de Jaguariúna, divididos em duas tabelas para à devida distinção entre adultos e idosos, e diferenciado pelo sexo, com a finalidade de se comprovar os efeitos da utilização da dieta enteral industrializada.

## Resultado e Discussão

Os resultados foram analisados através das tabelas 1 e 2 de forma comparativa, verificando as variáveis, IMC, CMB, CB e PCT, divididas entre homens e mulheres adultos, homens e mulheres idosos.

Tabela 1. Resultados do levantamento de prontuários sobre o estado nutricional dos pacientes homens e mulheres adultos,segundo dados antropométricos.

| Variáveis | | 1º AVALIAÇÃO | | | | | | 2º AVALIAÇÃO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Homens | | Mulheres | | Total | | Homens | | Mulheres | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % |
| IMC | Obesidade grau II | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Obesidade grau I | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Sobrepeso | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 66,66 | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 33,33 |
| | Eutrofia | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33,33 | 1 | 100 | 1 | 50 | 2 | 66,66 |
| | Desnutrição leve | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Desnutrição moderada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Desnutrição grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CMB | Eutrofia | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 66,66 | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 66,66 |
| | Desnutrição leve | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33,33 |
| | Desnutrição moderada | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Desnutrição grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CB | Eutrofia | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 66,66 | 0 | 0 | 2 | 100 | 2 | 66,66 |
| | Desnutrição leve | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33,33 |
| | Desnutrição moderada | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Desnutrição grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Sobrepeso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PCT | Desnutrição grave | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Desnutrição leve | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Desnutrição moderada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 33,33 |
| | Eutrofia | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 33,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Sobrepeso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Obesidade | 0 | 0 | 1 | 50 | 1 | 33,33 | 1 | 100 | 1 | 50 | 2 | 66,66 |

**Legendas**: IMC (Índice de massa corporal), CMB (Circunferência muscular do braço),CB ( Circunferência do braço) e PCT (Prega cutânea tricipital).

Tabela 2. Resultados do levantamento de prontuários sobre o estado nutricional dos pacientes homens e mulheres idosos,segundo dados antropométricos.

| Variáveis | | 1º AVALIAÇÃO | | | | | | 2º AVALIAÇÃO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Homens | | Mulheres | | Total | | Homens | | Mulheres | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % |
| IMC | Magreza | 4 | 66,66 | 2 | 33,33 | 6 | 50 | 4 | 66,66 | 2 | 33,33 | 6 | 50 |
| | Eutrofia | 1 | 16,66 | 3 | 50 | 4 | 33,33 | 1 | 16,66 | 2 | 33,33 | 3 | 25 |
| | Excesso de peso | 1 | 16,66 | 1 | 16,66 | 2 | 16,66 | 1 | 16,66 | 2 | 33,33 | 3 | 25 |
| CMB | Eutrofia | 1 | 16,66 | 1 | 16,66 | 2 | 16,66 | 0 | 0 | 3 | 50 | 3 | 25 |
| | Desnutrição leve | 2 | 33,33 | 1 | 16,66 | 3 | 25 | 3 | 50 | 3 | 50 | 6 | 50 |
| | Desnutrição moderada | 3 | 50 | 4 | 66,66 | 7 | 58,33 | 3 | 50 | 0 | 0 | 3 | 25 |
| | Desnutrição grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CB | Eutrofia | 2 | 33,33 | 1 | 16,66 | 3 | 25 | 2 | 33,33 | 1 | 16,66 | 3 | 25 |
| | Desnutrição leve | 2 | 33,33 | 1 | 16,66 | 3 | 25 | 1 | 16,66 | 4 | 66,66 | 5 | 41,66 |
| | Desnutrição moderada | 2 | 33,33 | 2 | 33,33 | 4 | 33,33 | 2 | 33,33 | 0 | 0 | 2 | 16,66 |
| | Desnutrição grave | 0 | 0 | 1 | 16,66 | 1 | 8,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Sobrepeso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 16,66 | 1 | 8,33 |
| | Obesidade | 0 | 0 | 1 | 16,66 | 1 | 8,33 | 1 | 16,66 | 0 | 0 | 1 | 8,33 |
| PCT | Desnutrição grave | 1 | 16,66 | 2 | 33,33 | 3 | 25 | 0 | 0 | 2 | 33,33 | 2 | 16,66 |
| | Desnutrição leve | 0 | 0 | 1 | 16,66 | 1 | 8,33 | 1 | 16,66 | 0 | 0 | 1 | 8,33 |
| | Desnutrição moderada | 1 | 16,66 | 0 | 0 | 1 | 8,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Eutrofia | 0 | 0 | 1 | 16,66 | 1 | 8,33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Sobrepeso | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Obesidade | 4 | 66,66 | 2 | 33,33 | 6 | 50 | 5 | 83,33 | 4 | 66,66 | 9 | 75 |

**Legendas**: IMC (Índice de massa corporal), CMB (Circunferência muscular do braço),CB (Circunferência do braço) e PCT (Prega cutânea tricipital).

Dos participantes selecionados 14,28% são homens adultos e 85,71% são idosos, 25% mulheres adultas e 75% idosas. A distribuição dos pacientes do Programa Melhor em Casa de Jaguariúna, de acordo com categoria etária foi de 20% adultos e 80% idosos. Ao avaliar a classificação do estado nutricional geral, ou seja, uma média entre todos os parâmetros avaliados, inicialmente, observou-se a predominância de eutrofia sendo mais evidente no grupo das mulheres. Ao término da pesquisa os resultados encontrados foram eutrofia na maior parte dos avaliados, permanecendo mais acentuada no grupo das mulheres.

Caracterizando a amostra quanto às patologias, destacam-se Acidente

Vascular Encefálico, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, e Alzheimer, presente na maioria dos pacientes.

De acordo com IMC, 6 indivíduos apresentaram-se desnutridos, a adequação da CMB demonstrou o resultado de 4 indivíduos com desnutrição leve, sendo que 50 % deles eram homens, e 50% mulheres, e 4 com desnutrição moderada, sendo 100% homens, enquanto PCT obteve 5 desnutridos a partir do total. Ao analisar o percentual de perda de peso, 3 participantes perderam menos de 5% do seu peso dentro do período avaliado, 5 participantes perderam mais de 5% do seu peso inicial enquanto que 2 participantes mantiveram o peso inicial, e 5 participantes ganharam peso.

Sabe-se que exames bioquímicos associados à avaliação antropométrica permitem uma melhor determinação das condições metabólicas, ou seja, aquelas não podem ser notadas em um exame físico, porém, constou-se a ausência desse achado em prontuário.

As recomendações nutricionais foram propostas de acordo com Harris &Benedict, sendo que todas as prescrições energéticas encontraram-se adequadas às necessidades de cada paciente, tornando excludente a associação do mesmo com a condição nutricional encontrada.

Todos os pacientes avaliados fazem uso exclusivo da Dieta Enteral Industrializada, por se enquadrarem na condição de necessidades alimentares especiais, sendo considerados vulnerais às condições de segurança alimentar e nutricional, obedecendo aos critérios de uso segundo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na Resolução RDC n° 63, de 6 de julho de 2000. A TNE prescrita a partir das necessidades metabólicas individual de cada participante foi assegurada a partir do uso de dietas altamente especializadas, e de composição definidas.

Considerando o estado nutricional não satisfatório, em 40% dos pacientes estudados, a partir do IMC, faz-se necessário esclarecer que a condição nutricional frente a uma patologia não está pautada apenas na ingesta, mas também a uma série de desordens do organismo, que segundo a literatura trazem como consequência essa condição, caracterizada como estado de hipermetabolismo, ou seja, uma resposta a utilização metabólica onde há uma demanda energética elevada, maior consumo de massa corporal magra, síntese de uréia e perda de

nitrogênio através da urina. Pacientes graves estão sujeitos a maiores condições com potencial desnutrição, que podem se apresentar de forma acelerada e agressiva, agravante da própria condição clínica (Fujino, 2007).

Um estudo semelhante realizado por Nozaki e Peralta (2009) analisou as condições nutricionais de 62 pacientes com uso de dieta enteral, onde foi possível observar uma decrescente perda de massa protéica, caracterizada como depleção. Porém a maioria dos pacientes apresentou elevada proporção de pacientes desnutridos e valores decrescentes de AMB, IMC e PCT.

De acordo com as Diretrizes do Conselho Federal de Medicina, elaborado em 2011, é comum encontrar pacientes que são atendidos em domicílio desnutridos, ou que podem tornar-se desnutridos durante a atenção domiciliar. Além da avaliação nutricional completa, parâmetros como exames laboratoriais, utilização de muitas medicações, diminuição da capacidade funcional e sintomas de depressão são relevantes no momento da determinação do estado nutricional.

Maicá e Schweigert (2008) obtiveram a mesma conclusão, ao descreverem através da literatura, que há uma problemática na interpretação da avaliação nutricional de pacientes críticos, sofrida pelas interferências ocasionadas pela doença aguda ou medidas terapêuticas aplicadas, influenciando sobre os resultados. A presença de edemas e alterações inespecíficas de proteínas plasmáticas pode mascarar a avaliação nutricional, dificuldades para determinação das variantes de peso e altura nos pacientes acamados também desfavorecem os resultados, portanto, considerando as limitações à realização de alguns procedimentos antropométricos, recomenda-se a utilização de exames bioquímicos para uma interpretação mais fidedigna do verdadeiro estado do paciente.

Uma intervenção multiprofissional através da equipe de saúde, que por meio de seu trabalho oriente a administração de qualidade da TNE, considerando a particularidade e necessidade de cada indivíduo, associado à monitorização periódica e uso de ferramentas importantes evitam a piora do paciente, e oferecem segurança alimentar e nutricional, contudo, isso não significa que a terapia nutricional seja isenta de complicações, fazendo-se necessário o acompanhamento para prevenção da mesma (Azank , 2009).

Um estudo publicado por Cunha & Ferreira (2011), constatou que existem 80 fórmulas enterais industrializadas, com diferentes apresentações e composições

específicas, recomendadas de acordo com critérios clínicos, direcionadas à necessidade individual de cada usuário, considerando toda complexidade patológica possível, com a finalidade de reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes críticos.

Vasconcelos (2013) faz um breve comparativo entre dieta enteral industrializada e dieta enteral artesanal, relatando que ambas as alternativas podem comprometer a segurança alimentar quando não são administradas com a cautela que se deve ter, mas há uma vantagem quanto à dieta industrializada por ser menos manipulada, e mais completa, enquanto que a dieta enteral artesanal fica desfavorecida por possuir um pH mais ácido ou neutro, onde possibilita o desenvolvimento de micro-organismos por ser mais manipulada, e que os critérios que levam o paciente a escolher a opção menos segura está relacionado com o poder aquisitivo e viabilidade, que possui um menor custo .

Alvarenga e Marques (2014) fizeram uma relação de 45 artigos científicos, para descobrir qual o melhor tipo de terapia nutricional enteral recomendada na recuperação do estado nutricional de pacientes críticos, e chegaram as conclusões semelhantes às de Vasconcelos (2013), ao afirmar que a dieta enteral industrializada oferece uma segurança alimentar superior em relação à dieta enteral artesanal, em aspectos que além de envolverem à questão microbiológica, também apresentam uma diferença na composição nutricional. Percebeu-se que a dieta enteral artesanal, tem uma grande perda de nutrientes durante as técnicas e procedimentos adotados no preparo como tempo de cozimento, trituração e peneiração. No que diz respeito à composição, é calculada através das tabelas de composição nutricional de alimentos utilizados, que nem sempre é precisa e na avaliação de osmolalidade e viscosidade nem sempre são realizados nas dietas artesanais.

De acordo Moreira e Galvão (2010), há escassez em literaturas especializada sobre nutrição enteral domiciliar.

## Considerações Finais

Através da análise de prontuários dos participantes da pesquisa realizada entre homens e mulheres, sendo eles adultos e idosos com faixa etária pré fixada , pode se observar que pacientes com hipercatabolismo estão suscetíveis à um

comprometimento nutricional elevado, contudo, os resultados das avaliações realizadas demonstrou ser possível manter o estado nutricional dentro do perfil considerado seguro, ou seja, manter as condições de normalidade, condição denominada eutrofia , prevenindo a desnutrição na maioria dos pacientes, remetendo condições de saúde satisfatória. Para tal fez-se necessário não somente o uso das ferramentas adequadas, principalmente no que diz respeito à dieta mais eficaz, tal como demonstrou a dieta enteral industrializada, que não caracteriza um produto isento de complicações, mas demonstrou uma relevante eficácia, como também se fez indispensável o engajamento de uma equipe estruturada para dar o suporte necessário para que todas as condições ideais de saúde fossem alcançadas.

Portanto, conclui-se que programas de saúde com atendimento domiciliar, são, parte de uma estratégia fundamental para assegurar a qualidade de vida dos pacientes, direcionando cuidados específicos que se fazem necessário em toda complexidade de uma patologia.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. Qualidade De Vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades** - EACH/USP.2012. Disponível em :<http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf.> Acesso em: 08 de Maio de 2015.

ALVARENGA,C.;MARQUES, E.**Terapias Nutricionais em Dietas Enterais Artesanais e Industrializadas Sistema Aberto e Fechado.** 2014. 7 f. Tese- Curso de Terapia Intensiva Pela Sobrati, Amapá, 2014.

AZANK, A.T.; LEANDRO-MERHI, V.A.; POLISELLI, C.; OLIVEIRA, M.R.M. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de “Home Care”. **Arq. Catarinenses de Medicina***,* vol.38, n.4,2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 51 p. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 junho de 2015.

CARTOLANO,F.C.; CARUSO,L.; SORIANO,F.G.Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. **Rev. Bras. Ter. Intensiva,** São Paulo, v. 21, n. 4, p.376-383, 2009.

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica do Adulto**.2.ed.São Paulo: Manole,2005.

CUNHA, S.F.C.; FERREIRA, C.R.; BRAGA, C.B.M. Fórmulas enterais no mercado brasileiro: classificação e descrição da composição nutricional. **International Journal of Nutrology.** Catanduva-São Paulo, p. 71-86. dez. 2011.

FUJINO, V.; NOGUEIRA, L.A.B.N.S. Terapia nutricional enteral em pacientesgraves: revisão de literatura. **Arq. Ciênc. Saúde,** São Paulo, v. 14, n. 4, p.220-226, nov. 2007.

FÉLIX, L.N.; SOUZA, E.M.T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Revista de Nutrição,** Campinas, v. 22, n. 4, p.571-580, 2009.

GEUS, L.M.M.; et al. A importância na inserção do nutricionistana Estratégia Saúde daFamília. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 1, n.16, p.797-804, nov. 2011.

MOREIRA,S.P.L.;GALVÃO,N.R.L.;FORTES,R.C.;ZABAN,A.L.R.S.Terapia de Nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. **Com. Ciências Saúde***,* v.21, n.4,p.309-318,2010.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M.F.N. Avaliação antropométrica de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Fortaleza-CE. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.235-244, ago. 2010.

MAICÁ, A.O.; SCHWEIGERT, I.D. Avaliação nutricional em pacientes graves. **Rev. Bras. Ter. Intensiva,** São Paulo, v. 20, n. 3, p.286-295, 2008.

NOGUEIRA, S.C.J.; et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativadealimentação internados em um hospital geral. **Revista Cefac,** [s.l.], v. 15, n. 1, p.94-104, 2011.

NUTROLOGIA, **Sociedade Brasileira Nutrição Parenteral e Enteral AssociaçãoBrasileira deTerapia Nutricional Domiciliar:** Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2011.Disponível em:<http://www.projetodiretrizes.org.br/9_volume/terapia_nutricional_domiciliar.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

NOZAKI, V.T.; PERALTA, R.M. Adequação do suporte nutricional na terapia nutricional enteral: comparação em dois hospitais. **Revista de Nutrição,** Campinas, v. 22, n. 3, p.341-350, 2009.

PAZ, R. C.; FAZZIO, D.M.G.; SANTOS, A.L.B. Avaliação Nutricional em Idosos Institucionalizados. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires,** Goiás, v. 1, n. 1, p.9-18, jun. 2012.

RABITO, E.I.; et. al. Weight and height prediction of immobilized patients.**Rev. Nutr. Campinas,** Campinas, v.6, n.19, p.655-661, 2006.

SILVEIRA, E.A.; KAC, G.; BARBOSA, L.S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro,n.7, vol.25, jul. 2009.

VASCONCELOS, C.; et al.Comparação entre dieta industrializada e dieta caseira em relação aos custos e contaminações microbiológicas. **Rev. Saúde em Foco,** Teresina,n. 07, p.41-44, set. 2013.

WHITE, H.; LINSEY, K. Enteral feedingpumps: efficacy, safetyandpatientacceptability. **Dove pressjournal: Medical Devices: Evidence and Research,** Leeds, p. 291-298, ago. 2014.

WHO (World Health Organization). Obesity: preventing, andmanagingthe global epidemic. **Report of a WHO consultation on obesity,**Geneva, 1998.