

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E NUTRICIONAL DE PACIENTES INTERNADOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL

[Ciências da Saúde, Volume 28 – Edição 131/FEV 2024 SUMÁRIO / 13/02/2024](#)

CHARACTERIZATION OF THE CLINICAL AND NUTRITIONAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED TO A HOME CARE SERVICE IN THE FEDERAL DISTRICT/BRAZIL

REGISTRO DOI: 10.5281/zenodo.10654265

Pâmella Vieira Souza; Cristiane Souza da Silva; Amanda Santana dos Santos; Bruna de Abreu Flores Toscano; Caroline Soares Menezes.

RESUMO: Introdução: A atenção domiciliar é um modelo assistencial, elaborado por uma equipe multiprofissional de saúde. Essa categoria de assistência à saúde visa complementar as já existentes, e é definida por um grupo de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Com o intuito de diminuir a necessidade de atendimento hospitalar e/ou reduzir o tempo de internação, visa a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia e da qualidade de vida dos usuários. Objetivo: Conhecer o perfil clínico e nutricional dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar da Região Leste

de Saúde do Distrito Federal. Método: estudo transversal retrospectivo, observacional e descritivo. A coleta de dados foi realizada através da análise de prontuários dos registros clínicos e nutricionais, identificando variáveis demográficas, clínicas e nutricionais. Resultados: a amostra foi de 55 pacientes, a maioria idosos (56,36%), do sexo feminino (60%). O tempo médio de internação foi de 33 meses, o principal motivo para admissão no programa foram as doenças do aparelho circulatório (45,45%), sendo o AVE o diagnóstico mais prevalente (76%). A gastrostomia foi a principal via de alimentação (80%). Houve uma alta taxa de lesão por pressão (43,63%). O baixo peso foi o principal diagnóstico nutricional entre os idosos (58,06%) e a eutrofia entre os adultos (45,83%). A maioria dos pacientes seguiram internados (63%) e o desfecho clínico mais prevalente foi o óbito (27%). Conclusão: a literatura sobre atenção domiciliar ainda é escassa, fato que comprometeu a pesquisa. A maioria dos pacientes eram do sexo feminino, idosos, com doenças do aparelho circulatório, com gastrostomia e baixo peso.

Palavras-chave: Serviço de Atenção Domiciliar; Melhor em Casa; Perfil Clínico; Terapia Nutricional; Estado Nutricional;

ABSTRACT: Introduction: Home care is a healthcare model developed by a multidisciplinary health team. This category of healthcare aims to complement existing services and is defined by a group of actions for health promotion, disease prevention, treatment, and rehabilitation. With the intention of reducing the need for hospital care and/or decreasing the length of hospital stays, it aims for deinstitutionalization and the enhancement of users' autonomy and quality of life. Objective: To understand the clinical and nutritional profile of patients attended by the Home Care Service of the East Health Region of the Distrito Federal/Brazil. Method: A retrospective, observational, and descriptive cross-sectional study. Data collection was performed through the analysis of clinical and nutritional records, identifying Demographic, clinical, and nutritional variables. Results: The sample consisted of 55 patients, mostly elderly (56.36%), female (60%). The average length of hospital stay was 33 months,

with the main reason for program admission being circulatory system diseases (45.45%), with encephalic vascular accident being the most prevalent diagnosis (76%). Gastrostomy was the primary feeding route (80%). There was a high rate of pressure ulcers (43.63%). Low weight was the main nutritional diagnosis among the elderly (58.06%), while eutrophy was predominant among adults (45.83%). The majority of patients remained hospitalized (63%), with the most prevalent clinical outcome being death (27%). Conclusion: Literature on home care is still scarce, which compromised the research. Most patients were female, elderly, with circulatory system diseases, gastrostomy, and low weight.

Keywords: Home Care Service; Recovery at Home; Clinical Profile; Nutritional Therapy; Nutritional Status.

INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar é um modelo assistencial, elaborado por uma equipe multiprofissional de saúde. Essa categoria de assistência à saúde visa complementar as já existentes, e é definida por um grupo de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. Com o intuito de diminuir a necessidade de atendimento hospitalar e/ou reduzir o tempo de internação, visa a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia e da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2011).

Existem três modalidades de atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): baixa complexidade (AD1), média complexidade (AD2) e alta complexidade (AD3). Os AD1 são os usuários com problemas de saúde dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já os pacientes AD2 e AD3 são atendidos pelo serviço de atenção domiciliar (SAD) (BRASIL, 2016).

No Brasil o SAD é ofertado em todo território nacional pelo programa “Melhor em Casa”. A assistência oferecida pelo SAD é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e da equipe multiprofissional de apoio (EMAP). A EMAD é composta por médicos,

enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social. E a EMAP deve ter, no mínimo, 3 profissionais de nível superior dentre as seguintes categorias: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico, e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2011).

A literatura mostra que a maioria dos pacientes da atenção domiciliar com indicação de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) são desnutridos ou em risco nutricional (FOOG, 2006; VAN AANHOLT et al., 2011) e a Sonda Naso Enteral (SNE) é a via de alimentação mais prevalente. A população predominante é de idosos, com doenças crônico-degenerativas, sobretudo com distúrbios neurológicos (AZANK et al., 2009; NAVES; TRONCHIN, 2017; MENEZES; FORTES, 2019).

A TNED visa dar continuidade ao tratamento nutricional, e leva em conta a qualidade de vida desses indivíduos. Desse modo, a oferta de cuidados deve ir além do suporte nutricional, visto que a utilização de via alternativa de alimentação e o conjunto de restrições alimentares, interfere em diferentes graus de intensidade, no convívio social, na capacidade produtiva, nos hábitos de vida e rotina do indivíduo e sua família, dentre outros fatores (BRASIL, 2015). O SAD é um método assistencial de grande importância que visa a qualidade de vida do paciente e dos cuidadores, porém a literatura sobre o assunto ainda é escassa no Brasil. Assim, este trabalho tem como objetivo conhecer o perfil clínico e nutricional dos pacientes que são atendidos por um SAD da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

MÉTODO

Estudo transversal retrospectivo, observacional e descritivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 62038322.6.0000.5553 e parecer número 6.060.099.

Os critérios de inclusão foram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos atendidos pelo SAD da Região Leste da SES-DF, que engloba as Regiões Administrativas (RAs) Paranoá e São Sebastião, durante o período de 14/10/22 a 30/06/2023. Foram coletados dados de sexo, idade, diagnósticos clínicos (doença que levou à admissão no SAD e comorbidades), desfechos clínicos (presença de lesão por pressão-LP, tempo de internação no SAD, alta e óbito) e dados nutricionais (peso atual; altura; índice de massa corporal atual- IMC, diagnóstico nutricional e via de administração da dieta). Esses dados foram coletados através do sistema de prontuário eletrônico da instituição (InterSystems TrakCare®). Excluíram-se aqueles pacientes cujos os dados indispensáveis para esta pesquisa estavam ausentes.

As doenças responsáveis pela admissão dos pacientes no SAD foram divididas em grupos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (WELLS et al., 2011).

Para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), foi utilizada a fórmula de peso em quilogramas (kg), dividido pela altura em metros (m) elevada ao quadrado (kg/m^2). A classificação do estado nutricional para adultos foi realizada segundo o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS,1995) e, para idosos, o critério foi segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002).

Os dados foram digitados e armazenados no Microsoft Office Excel 2023 e as análises realizadas nos programas Stata® (versão 13.0). Para a análise descritiva foram calculadas medidas de frequência absoluta e relativa, de tendência central e dispersão.

Para as associações estatísticas foram usados os Teste Exato de Fisher e o Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear. Foram considerados significativos os testes que apresentaram p-valor inferior a 0,05.

RESULTADOS

Participaram do estudo 55 pacientes, destes 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Pode-se verificar uma maioria de pessoas idosas (56,36%), sendo 43,64% de adultos. A idade média foi de 60 anos, com registro da idade mínima de 23 anos e máxima de 91 anos.

Quanto ao perfil clínico dos pacientes, as principais patologias que levaram à admissão dos pacientes no SAD foram as do aparelho circulatório (45,45%) e do sistema nervoso (38,18%) (Tabela 1). Dentre as principais doenças do aparelho circulatório, o Acidente Vascular Encefálico (AVE), foi o diagnóstico mais prevalente, diagnosticado em 76% (n=19) dos pacientes. Já no sistema nervoso, destacaram-se as Síndromes Demenciais, presente em 52,38% dos pacientes (n=11), seguida da Paralisia Cerebral (PC) totalizando 28,57% (n=6).

As comorbidades identificadas com maior frequência foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (36,36%; n=20) e Diabetes Mellitus (DM) (20%; n=11). Havendo ainda prevalência de pacientes com multicomorbidades, perfazendo um total de 72,73%, correspondentes à soma dos percentuais do número de pessoas com duas ou mais comorbidades.

Tabela 01 – Principais doenças que levaram os pacientes à admissão em um serviço de atenção domiciliar do Distrito Federal, 2022-2023 (N=55)

Doenças	N	%
Doenças do aparelho circulatório	25	45,45
Doenças do sistema nervoso	21	38,18
Lesões envenenamento e algumas outras	6	10,90

consequências de causas externas		
Neoplasias	3	5,45

N: tamanho amostral; %: percentual

Em relação à via de administração de dieta, a gastrostomia correspondeu a 80% dos pacientes pesquisados (Tabela 2).

Tabela 02 – Via de administração de dieta de pacientes internados em um serviço de atenção domiciliar do Distrito Federal, 2022-2023 (N=55)

Via de administração de dieta	N	%
Via oral	9	16,36
Via oral e SNE	1	1,82
SNE	1	1,82
Gastrostomia	44	80,00

N: tamanho amostral; %: percentual

Quanto à classificação do estado nutricional, pelo IMC, a maioria dos idosos apresentaram baixo peso (58,06%) e nos adultos prevaleceu a eutrofia (45,83%) (Tabela 3).

Tabela 3: Estado Nutricional segundo o índice de massa corporal de pacientes internados em um serviço de atenção domiciliar do Distrito Federal, 2022-2023 (N=55)

Índice de Massa Corporal	Idoso (n=31) N (%)	Adulto (n=24) N (%)
---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Baixo Peso / Magreza	18 (58,06)	6 (25)
Eutrofia	5 (16,12)	11 (45,83)
Sobrepeso	3 (9,67)	6 (25)
Obesidade	5 (16,12)	1 (4,16)

N: tamanho amostral; %: percentual

Em relação aos desfechos clínicos observou-se presença de LP em 43,63% da amostra. Durante o período do estudo houveram 9,09% de alta, 27% de óbito e 63% dos pacientes seguindo internados no SAD. O tempo médio de internação foi de 33 meses, sendo que o período variou entre 1 mês a 12 anos de internação.

Ao associar o estado nutricional com os desfechos clínicos acima não houve associação estatística ($p>0,05$) entre as análises (Tabela 4). Contudo, os dados coletados expõem a importância do estado nutricional para a prevenção do óbito, na medida em que 86,67% dos pacientes que evoluíram a óbito estavam com estado nutricional inadequado.

Tabela 4: Associação entre estado nutricional e desfechos clínicos de pacientes internados em um serviço de atenção domiciliar do Distrito Federal, 2022-2023 (N=55)

Desfechos Clínicos	Estado Nutricional		P valor
	AdequadoN (%)	InadequadoN (%)	
Desfecho Final			
Seguem no programa	13 (32,50)	27 (67,50)	0,139
Óbito	2 (13,33)	13 (86,67)	

Tempo de Internação			
< 15 meses	1 (8,33)	11 (91,67)	0,092
≥ 15 meses e os que permanecem no programa	14 (32,56)	29 (67,44)	
Lesão por Pressão¹			
Não	9 (29,03)	22 (70,97)	0,739
Sim	6 (25,00)	18 (75,00)	

N: tamanho amostral; %: percentual. Teste Exato de Fisher. ¹Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear.

Estado Nutricional adequado = Eutrofia / Estado Nutricional Inadequado = Baixo peso, magreza, sobrepeso e obesidade
 $p < 0,05$ = significância estatística.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou que, a maioria dos pacientes atendidos pela equipe e elegíveis para a pesquisa, são de idosos e do sexo feminino. Quanto à específica análise demográfica do objeto da pesquisa, deve-se salientar que dados semelhantes foram citados na literatura, em que há prevalência feminina e de idosos nos pacientes em TNED (AZANK et al., 2009; NAVES; TRONCHIN, 2017; MENEZES; FORTES, 2019). Tais dados podem decorrer de um reflexo da situação demográfica nacional, que de acordo com o último Censo realizado em 2022 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população está em envelhecimento e possui 6,0 milhões de mulheres a mais do que homens (IBGE, 2022).

Quanto ao âmbito de análise do perfil clínico dos pacientes, o estudo indica a prevalência de multicomorbidades, perfazendo um total de 72,73%, destacando-se a HAS (36,36%) e a DM (20%). Tais resultados vão ao encontro de uma pesquisa realizada no norte de Minas Gerais (2022), que analisou a prevalência de multimorbidade em idosos comunitários, considerando duas ou mais e três ou mais doenças crônicas, com resultado de 67,8% e 43,4%, respectivamente. Evidenciou prevalência de 71% de HAS, valor superior ao encontrado no presente trabalho e 20,3% de pacientes com DM, resultado semelhante ao encontrado, o que pode ser atribuído ao aumento da expectativa de vida (GUSMÃO et al., 2022).

No tangente ao perfil clínico das multicomorbidades, que, como mencionado, apresentou prevalência de doenças do sistema nervoso, tal fato evidencia a existência de um grave risco de prejuízo para o estado nutricional dos pacientes decorrente das comuns consequências de tais comorbidades, como prejuízos motores, que afetam o autocuidado, as funções motoras do sistema digestório amplo, como disfunções de deglutição, sendo à principal delas a disfagia orofaríngea. Condição que põe em risco a segurança respiratória, gerando risco de aspiração, tornando a deglutição ineficaz, levando a nutrição e hidratação inadequada, sendo necessário em alguns casos a alimentação por via alternativa, com uso de SNE ou gastrostomia a depender período de utilização (BRASPEN, 2022).

Corroborando tal constatação, pode-se perceber que os riscos de tais condições para o estado nutricional são muito significativos. Em São Paulo, uma investigação realizada com pacientes atendidos pelo SAD de um hospital privado, constatou que as doenças que levam ao uso da TNED são predominantemente neurológicas, conforme os indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda em “Home Care”, com 83,3% dos pacientes apresentando problemas neurológicos (AZANK et al., 2009).

Quanto à via de administração da dieta, 80% da amostra tinha como via de alimentação a gastrostomia. A predominância do uso de gastrostomia diverge com outros trabalhos, onde a principal via alternativa de alimentação era a SNE (SILVA; SILVEIRA, 2014). A gastrostomia é recomendada quando o período de alimentação por via alternativa é maior que 1 mês, é indicada para pacientes que possuem problemas para realizar a deglutição, isto é, quando verifica-se a inacessibilidade da via oral, havendo, dentro dos principais motivos para a sua confecção, a existência de sequelas neurológicas e/ou disfagia causadas por doenças crônicas (MANSUR et al. 2010). O que se coaduna com a prevalência estatística da existência de pacientes com comorbidades do sistema nervoso e com o tempo médio de internação superior há 33 meses.

As doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do sistema nervoso foram as que mais levaram os pacientes à internação no SAD. Resultado semelhante ao do estudo realizado no SAD – Melhor em Casa, do município de Montes Claros, Minas Gerais, no qual os principais diagnósticos que levaram a internação no SAD também eram de doenças vasculares (42%) e neurológicas (27,5%). Outro dado semelhante foi o AVE como a principal doença vascular, presente em 26,7% da amostra. Na atual pesquisa o AVE também foi a doença mais prevalente, porém com um índice ainda maior, presente em 76% dos pacientes com doenças do aparelho circulatório (SILVA et al., 2019).

No que diz respeito ao estado nutricional, segundo o IMC, verificou-se alta prevalência de baixo peso entre os idosos (58,06%) e eutrofia entre os adultos (45,83%). Como na maioria de outros estudos com paciente em TNED, a maior parte dos dados antropométricos foram estimados, visto que a aferição de peso e altura nem sempre é possível de ser realizada (MAZUR et al., 2014; MENEZES; FORTES, 2019). O peso pode ser estimado por IMC visual ou pela utilização da circunferência do braço e altura do joelho, medidas usadas em fórmula validada para sugestão de peso (CHUMLEA; ROCHE; STEINBAUGH, 1988). Já para a estimativa da altura utiliza-se a altura do joelho, a idade em anos e o gênero (CHUMLEA;

ROCHE; STEINBAUGH, 1985). O IMC apresenta uma série de limitações, porém ainda é o método mais utilizado para classificação do estado nutricional em estudos clínicos e epidemiológicos (NAS; NIMF; MR, 2017).

Em estudo realizado com 42 pacientes (11 adultos e 29 idosos) em TNED em Curitiba, Paraná, a prevalência de baixo peso entre idosos foi ainda maior, 86,2%. Em relação aos adultos, diferente do encontrado na atual pesquisa, apenas 1 paciente era eutrófico e a maioria eram desnutridos (72,7%) (CUTCHMA et al., 2016). A alta taxa de baixo peso entre os idosos pode estar associada às modificações fisiológicas causadas pelo processo de envelhecimento. Dentre elas estão as alterações no paladar, alterações no sistema digestório, polifarmácia, redução da massa magra, aumento da massa gorda, condições ambientais como alimentação e hábitos de vida inadequados, fatores que contribuem para a desnutrição nesse público (SILVA et al., 2017).

Foi observada uma alta prevalência de LP, 43,63% da amostra, isso ocorre porque a presença de LP faz parte dos critérios para admissão no SAD (BRASIL, 2016). Resultados semelhantes aos encontrados na literatura. Em uma pesquisa realizada no SAD – Melhor em Casa, do município de Montes Claros, Minas Gerais, 45,8% dos 131 pacientes apresentavam LP (SILVA et al., 2019). São fatores intrínsecos contribuintes para o aparecimento de LP: imobilidade (pacientes acamados), alterações neuromusculares, problemas vasculares, cardíacos e respiratórios, desidratação, desnutrição, obesidade e alimentação inadequada (BRASPEN, 2020). Condições características da grande maioria dos pacientes atendidos pelo SAD, dentre elas destaca-se o estado nutricional inadequado, presente em 75% dos pacientes com LP.

Justificando os achados do presente estudo, tanto os pacientes obesos quanto aqueles com baixo peso podem ser considerados desnutridos, pois ambos os estados estão relacionados com o desequilíbrio de nutrientes (TAYLOR, 2017). Os efeitos adversos da desnutrição incluem disfunção orgânica, síntese de colágeno comprometida (que reduz a

elasticidade da pele), fraqueza do sistema imunológico, diminuição da atividade dos mecanismos antioxidantes (levando ao acúmulo de radicais livres) e aumento do risco de infecção, que podem estar relacionados com a presença de LP na amostra estudada, e levar a um comprometimento do processo de cicatrização (SAGHALEINI et al., 2018).

Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade, também vistos na presente pesquisa, podem afetar a mobilidade dos pacientes e dificultar as tentativas de aliviar a pressão, aumentando, assim, o risco de lesões. O aumento do peso corporal também reduz a circulação do sangue, o que diminui a capacidade de cura se houver LP já instaladas (TAYLOR, 2017).

Ainda em relação ao estado nutricional, observou-se, que o estado nutricional inadequado foi expressivo nos pacientes que evoluíram com óbito (86,87%) e naqueles que ficaram no programa por menos de 15 meses (91,67%). O que evidencia a importância do acompanhamento nutricional adequado, para manutenção/recuperação do estado nutricional e manejo da TNED. Respeitando a individualidade de cada paciente ao ajustar a dieta, levando em conta fatores como: idade, diagnósticos, classificação do estado nutricional, tolerância/aceitação da dieta, dentre outros (BRASIL, 2015).

Em relação aos desfecho clínicos, maior parte da amostra (63,64%) seguem internados no programa, 27% foram a óbito e 9,09% receberam alta, dentre os principais motivos de alta do programa estão a melhora clínica (alta para atenção básica) ou mudança de domicílio para fora do DF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2023). Desse quantitativo 78,18% estavam na internação domiciliar há mais de 15 meses, fato que ratifica a importância e eficiência do SAD para desospitalização e cuidado continuado no domicílio.

CONCLUSÃO

O perfil de pacientes do presente estudo apresentou características de uma população, majoritariamente idosa, do sexo feminino, com doença

do aparelho circulatório, sendo o diagnóstico mais comum o AVE e com a gastrostomia como via de alimentação predominante. Também foi prevalente a presença de multicomorbidades e LP. Já os indicadores antropométricos demonstraram uma alta prevalência de baixo peso entre os idosos e eutrofia entre os adultos .

Considerou-se como limitação para a pesquisa a escassez de publicações nessa temática de SAD, especificamente sobre o perfil nutricional, fato que comprometeu a comparação dos resultados. No entanto, espera-se que esse trabalho sirva de incentivo para impulsionar novos estudos sobre o tema, pois eles são necessários para direcionar os serviços de saúde, tendo em vista a importância do SAD na desospitalização, prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos pacientes domiciliares.

REFERÊNCIAS

ABD AZIZ NAS, TENG NIMF; ABDUL HAMID MR, ISMAIL NH. Assesing the nutritional status of hospitalized elderly. Clin Interv Aging. 2017 Oct 4; 12:1615-25. doi: 10.2147/CIA.S140859.

AZANK ADRIANA, T et al. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de “Home Care”. Associação Médica Brasileira. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, nº. 4, de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica – 2011. Manual instrutivo do Melhor em Casa 17 Páginas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar ; v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3)

BRASPEN, 2020, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diga não à lesão por pressão. Cartilha Educativa: Os cuidados com a pele e a importância da alimentação na prevenção e tratamento de lesões.

CHUMLEA C, GUO S, ROCHE A, STEINBAUGH M. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. J Am Diet Assoc. 1988 Oct;88(5):564-8. doi:10.1177/088453368800300513

CHUMLEA WC; ROCHE AF, STEINBAUGH ML. Estimating Stature from Knee Height for Persons 60 to 90 Years of Age. J Am Geriatr Soc. 1985 Feb;33 (2): 116-20. doi:10.1111/j.1532-5415.1985.tb02276.x.

CUTCHMA, GISLAINE, et al. Fórmulas alimentares: Influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar. Nutr, clín. diet. hosp. 2016; 36 (2):45-54. DOI: 10.12873/362cutchma

FOOG, L. Home enteral feeding part 1: an overview. British Journal of Community Nursing, [S.l.], v. 12, n. 6, p. 246-52, 2006

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N° 374, de 13 de Setembro de 2023. Aprova o Regulamento Técnico do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), no âmbito do Distrito Federal. Disponível em:

https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2188362ff9fa459abc83d5635704b5b8/Portaria_374_13_09_2023.html

GUSMÃO, MARIA SUELY FERNANDES et al. Multicomorbidades em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. Ver. Bras. Geriatr. Gerontol. 2022;25 (1): e220115. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.220115.pt>

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Censo demográfico 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos#:~:text=A%20idade%20mediana%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o,de%200%20a%2014%20anos> acesso em 14 de dezembro de 2023.

MAZUR E, SCHMIDT T, SCHIEFERDECKER M, ELIANA M. Nutritional diagnosis in enteral home nutrition therapy: a review. Nutr Clin y Diet Hosp. 2014 Jan; 34 (3):92-104. doi: 10.12873/343eurichmazur.

MENEZES CS, FORTES RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2019;27:e3198 DOI: 10.1590/1518-8345.2837.3198

NAVES LK, TRONCHIN DMR. Nutrição enteral domiciliar: perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0175. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0175>.

SANTANA MT, GÓMEZ-BATISTE X, SILVA LM, GUTIÉRREZ MG. Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa. einstein (São Paulo). 2020; 18:eAO5539. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5539

SILVA SCM, AIRES CN, FIGUEIRA YLV, BOGEA MRJ, MENDONÇA MJ.

Alterações fisiológicas do idoso e seu impacto na ingestão alimentar: uma revisão de literatura. Rev Eletr Acervo Saúde. 2017; 6:288-95.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL;
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Terapia nutricional domiciliar. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Julho, 2011.

VAN AANHOLT, D. P. J. et al. Terapia nutricional domiciliar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Diretrizes Brasileiras para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. v. 9. p. 3-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

MANSUR, G. R.; MELLO, G. F. S.; GARCIA, F. L.; SANTOS, T. B. Gastrostomia Endoscópica Percutânea (GEP). Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) Estadual do Rio de Janeiro, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana la Oficina Regional del Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo y conductas saludables. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

SAGHALEINI, S. H. et al. Pressure Ulcer and Nutrition. Indian Journal of Critical Care Medicine, v. 22, n. 4, p. 283-289, abr. 2018.

SILVA DVA, CARMO JR, CRUZ MÉA, RODRIGUES CAO, SANTANA ET, ARAÚJO DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. Enferm Foco. 2019;10(3):112-8.

TAYLOR, C. Importance of nutrition in preventing and treating pressure ulcers. Nursing Older People, v. 29, n. 6, p. 33-39, jun. 2017.

WELLS, R. H. C. et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.

[← Post anterior](#)

RevistaFT

A RevistaFT têm 28 anos. É uma **Revista Científica Eletrônica Multidisciplinar Indexada de Alto Impacto e Qualis “B2”**.

Periodicidade mensal e de acesso livre. Leia gratuitamente todos os artigos e publique o seu também [clikando aqui](#).



Contato

Queremos te ouvir.

WhatsApp RJ:

(21) 98159-7352

WhatsApp SP:

(11) 98597-3405

e-Mail:

contato@revistaf
t.com.br

ISSN: 1678-0817

CNPJ:

48.728.404/0001-
22

**FI= 5.397 (muito
alto)**

Fator de impacto
é um método

Conselho Editorial

Editores

Fundadores:

Dr. Oston de
Lacerda Mendes.
Dr. João Marcelo
Gigliotti.

Editor

Científico:

Dr. Oston de
Lacerda Mendes

Orientadoras:

Dra. Hevellyn
Andrade
Monteiro
Dra. Chimene
Kuhn Nobre

bibliométrico
para avaliar a
importância de
periódicos
científicos em
suas respectivas
áreas. Uma
medida que
reflete o número
médio de
citações de
artigos
científicos
publicados em
determinado
periódico, criado
por Eugene
Garfield, em que
os de maior FI
são considerados
mais
importantes.

Revisores:

Lista atualizada
periodicamente
em
revistaft.com.br/expediente Venha
fazer parte de
nosso time de
revisores
também!