

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO  
NORTE**

**CAROLINA DE LEMOS SANTOS CORTEZ**

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM NUTRIÇÃO ENTERAL  
ATENDIDOS POR UM *HOME CARE* DA CIDADE DE NATAL/RN**

**NATAL – RN  
2009**

CAROLINA DE LEMOS SANTOS CORTEZ

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM NUTRIÇÃO ENTERAL  
ATENDIDOS POR UM *HOME CARE* DA CIDADE DE NATAL/RN**

Monografia apresentada ao curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do grau de nutricionista.

Orientadora: Profa. Erika Alessandra Melo Costa (Esp.)

Co-orientadora: Roseli Alves de Souza Bay (Ms)

**NATAL – RN  
2009**

CAROLINA DE LEMOS SANTOS CORTEZ

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES EM NUTRIÇÃO ENTERAL  
ATENDIDOS POR UM *HOME CARE* DA CIDADE DE NATAL/RN**

Monografia apresentada ao curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do grau de nutricionista.

---

(1º MEMBRO)

Erika Alessandra Melo Costa (Esp.)

---

(2º MEMBRO)

Célia Regina Barbosa de Araújo

---

(3º MEMBRO)

Bruna Leal Lima Maciel (Ms)

*Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, pois sem Ele nada seria possível. Aos meus pais Tania e Lucrécio, por me incentivarem sempre na busca de novos conhecimentos; a minha avó Márcia, às minhas irmãs, Dany, Juliana e Maria Marina; a Leonardo meu namorado e grande amigo, pela compreensão, colaboração e principalmente por acreditar no meu sucesso; e a Roseli, nutricionista, amiga, estimulante deste trabalho e um exemplo a ser seguido como profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter feito com que eu estivesse aqui para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Fruto de estudo e dedicação, este trabalho contou com a colaboração de muitas pessoas, as quais eu dedico os meus agradecimentos especiais:

A minha mãe por todas as suas orações, apoio e dedicação;

Ao meu pai pelo exemplo e incentivo;

A minha avó, Maria Márcia, por todas as orações e incentivo a este trabalho;

As minhas irmãs, em especial a Danyelle, exemplo de paciência, dedicação e vida;

Ao meu namorado e grande amigo, Leo, por toda a ajuda no desenvolvimento desse trabalho, pelo companheirismo e incentivo nos momentos difíceis;

A Neo Hospitalar, empresa que me permitiu realizar este trabalho, a Maria Clara Fulco, nutricionista e colaboradora, por ter me auxiliado na coleta de dados, em especial a Roseli, nutricionista, co-orientadora e eterna amiga, por toda a sua colaboração neste trabalho;

A minha orientadora Erika Melo, pelos valiosos momentos de discussão e conhecimentos compartilhados.

À banca, pelas contribuições a este trabalho.

“O que somos é um presente que a vida nos dá. O que seremos é um presente que daremos a vida.”

(Hebert de Souza)

## RESUMO

A Terapia Nutricional Enteral é empregada para manutenção/recuperação do estado nutricional do paciente. Os avanços deste tipo de terapia geraram uma expansão para além do hospital, surgindo assim a Terapia Nutricional em *home care*. Esta contribui para humanização do atendimento, melhora do estado de saúde geral e nutricional, diminuição do estresse e redução dos riscos de infecção hospitalar. O trabalho teve como objetivo analisar o estado nutricional de pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral de um *home care* da cidade de Natal/RN. O estudo foi feito no período de março à maio de 2009, com 23 pacientes. Para coleta de dados, um questionário foi elaborado baseado no questionário de Avaliação Subjetiva Global (AUGUSTO, 2004). Tal questionário abordava a presença de sintomas gastrointestinais, diagnóstico clínico, via de acesso da terapia nutricional, exame físico, presença de perda de peso e tipo de fórmulas utilizadas. Com relação ao exame físico, foi avaliada a perda de gordura subcutânea, perda de massa muscular e presença de edemas. Dos 23 pacientes, 70% eram do gênero feminino e 30% do gênero masculino, sendo a idade média dos pacientes de 77,7 anos. As doenças mais prevalentes foram o AVC (39%) e Alzheimer (26%). A via de acesso da dieta por gastrostomia foi encontrada em 98% dos pacientes. A perda de peso nos últimos seis meses, pela análise do questionário aplicado, foi de 48% nos pacientes e a fórmula enteral mais utilizada foi a polimérica (98%). Com relação à presença de desconforto gastrointestinal, 57% apresentaram sintomas relacionados de constipação, náuseas, e 43% não apresentaram nenhum destes sintomas. Considerando o exame físico, 22% dos pacientes apresentaram perda de gordura subcutânea e 9% apresentaram perda muscular. Com base nos dados, conclui-se que os pacientes encontraram-se com bom estado nutricional, apresentando-se em sua maioria sem comprometimento físico e sem perda de peso nos seis últimos meses. Pode-se afirmar assim, que o *home care* é uma modalidade capaz de oferecer recursos para recuperar e/ou manter o estado nutricional do paciente, proporcionando uma melhora gradativa no estado geral de saúde destes indivíduos.

**Palavras-chave:** Nutrição Enteral. Home Care. Perfil Nutricional.

## ABSTRACT

The Enteral Nutritional Therapy (ENT) is used for maintenance/recovery the patient's nutritional state. The advances of this therapy generated an expansion beyond the hospital, thus appearing the Nutritional Therapy in home care. It contributes to improve the attendance, improves general health and nutritional, reduction of stress and reduction the risks of hospital infection. This study aimed at analyzes the patients' nutritional state using Enteral Nutritional Therapy one home care of Natal/RN. The study it was made in the period of March to the May of 2009, with 23 patients. For collection of data, a questionnaire was elaborated based in the questionnaire of Global Subjective Evaluation (AUGUST, 2004), such questionnaire approached the gastritis symptoms, clinical diagnosis, access of the nutritional therapy, physical examination, presence of loss of weight and type of used formulas. With regard to the physical examination, it was evaluated the loss of subcutaneous fat, loss of muscular mass and presence of edemas. The 23 patients, 70% were the feminine sort and 30% the masculine sort, the average age to the patients were 77,7 years. The base illness was 39% Cerebral Vascular accident and 26% Alzheimer. The access way gastrostomy was found in 98% to the patients. The loss weight in the six months last, to the analysis of questionnaire, was 48% in the patients and the used enteral formula more was the polymeric with 98%. With regard to presence of gastritis discomfort 57% they had presented symptoms related to this (constipation, nauseas) and 43% had not presented none of these symptoms. Considering the physical examination, 22% of the patients had presented loss of subcutaneous fat and 9% had presented muscular loss. On data basis, concluded that the patients are in good nutritional condition, presenting itself in its majority without physical problems and without loss of weight in the six last months. It can be affirmed thus, that home care is a capable modality to offer resources to recoup and/or to keep the nutritional state of the patient providing a gradual improvement in the general state of health to these individuals.

**Keywords:** Enteral Nutrition. *Home Care*. Nutritional Profile.

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Gráfico 1</b> – Distribuição de gêneros dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.                                          | 27 |
| <b>Gráfico 2</b> – Diagnóstico clínico dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.                                              | 28 |
| <b>Gráfico 3</b> – Via de acesso dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.                                                    | 29 |
| <b>Gráfico 4</b> – Tipo de fórmula utilizada pelos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN                                       | 29 |
| <b>Gráfico 5</b> – Perda de peso nos últimos 6 meses dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.                                | 30 |
| <b>Gráfico 6</b> – Presença de sintomas gastrintestinais presentes a mais de 15 dias nos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN | 31 |
| <b>Gráfico 7</b> – Sintomas gastrintestinais nos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN                                         | 31 |
| <b>Gráfico 8</b> – Exame físico dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN                                                      | 32 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

NE – Nutrição Enteral

TNE – Terapia Nutricional Enteral

## SUMÁRIO

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                    | 13 |
| <b>2 OBJETIVOS</b>                                     | 15 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL                                     | 15 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS                              | 15 |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>                           | 16 |
| 3.1 HISTÓRICO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL           | 16 |
| 3.2 A NUTRIÇÃO ENTERAL ATUAL                           | 17 |
| 3.2.1 Indicações da TNE                                | 18 |
| 3.2.2 Seleção e via de acesso                          | 18 |
| 3.2.3 Métodos de Administração                         | 20 |
| 3.2.4 Seleção de fórmulas                              | 20 |
| <b>3.2.4.1 Fórmulas Enterais Artesanais</b>            | 21 |
| <b>3.2.4.2 Fórmulas Enterais Industrializadas</b>      | 21 |
| 3.3 NUTRIÇÃO ENTERAL E <i>HOME CARE</i>                | 22 |
| <b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>                   | 25 |
| 4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS                               | 25 |
| 4.2 TIPO E PERÍODO DE ESTUDO                           | 25 |
| 4.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA E COLETA DE DADOS | 25 |
| 4.4 AVALIAÇÃO CLÍNICA                                  | 25 |
| 4.5 TABULAÇÃO DE DADOS                                 | 26 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                        | 27 |
| <b>6 CONCLUSÕES</b>                                    | 33 |

CONSIDERAÇÕES FINAIS \_\_\_\_\_ 33

REFERENCIAS \_\_\_\_\_ 34

APÊNDICES

## 1 INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral (TNE) compreende a administração de nutrientes pelo trato gastrointestinal através de sondas. Este tipo de terapia teve início na Grécia através do uso de enemas que continham vinho, soro de leite, leite e caldo de cevada, com objetivo de fornecer nutrientes para o tratamento de pacientes com diarreia. Após este período, surgiu a alimentação retal, através do reto dos pacientes, caracterizada pela administração de extratos de carne, leite e uísque. Com a evolução dos tempos, a terapia evoluiu e foram utilizados tubos de prata passados do nariz ao esôfago para pacientes com tétano, e um tubo nasogástrico para pacientes com disfagia neurogênica.

Na década de 80, o Brasil já apresentava dietas enterais, para pacientes com trato digestório funcional. Com o passar dos anos, a nutrição enteral evoluiu e surgiram fórmulas enterais industrializadas. Hoje em dia a Nutrição Enteral é utilizada de acordo com as necessidades do paciente, podendo se enquadrar à sua patologia, faixa etária e situação clínica, fornecendo assim todos os nutrientes necessários ao indivíduo. A TNE deve ser indicada quando o paciente não apresentar uma ingestão oral adequada, não provendo de dois terços à três quartos das necessidades diárias nutricionais, com o paciente em risco de desnutrição. A TNE também deve ser indicada quando o trato gastrointestinal estiver funcionando totalmente ou parcialmente, e é contra indicada no caso de fístulas intestinais, vômitos persistentes e íleo paralítico.

Com base nos avanços da Terapia Nutricional Enteral houve uma expansão desse tipo de terapia para além do hospital, surgindo assim a Terapia Nutricional em domiciliar ou em *home care*, tratamento este que utiliza todos os recursos e tecnologia da Terapia Nutricional Enteral no hospital, com fórmulas, sondas, e a própria equipe multidisciplinar especializada, que realiza visitas frequentes ao paciente em domicílio contribuindo para a humanização do atendimento, melhora do estado nutricional e geral, diminuição do estresse e redução das infecções hospitalares.

As vias de acesso, para uso dessa terapia, podem ser no estômago, duodeno ou jejuno. As sondas podem ser nasoenterais ou ostomias. A primeira apresenta dois subtipos: nasogástrica ou nasojejunal, e a segunda pode ser a gastrostomia ou

jejunostomia. Todos estes aspectos estão relacionados com a exigência específica de cada paciente.

Existem dois tipos de fórmula de Nutrição Enteral: as fórmulas artesanais e as fórmulas industrializadas, esta última pode apresentar-se em diferentes tipos: dietas industrializadas em pó para reconstituição, dietas semi-prontas para uso e dietas prontas para uso.

Com base na importância e no avanço da TNE em *home care*, torna-se clara a importância de traçar um perfil dos pacientes submetidos a este tipo de terapia, que encontram-se sob os cuidados domiciliares.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o estado nutricional de pacientes em nutrição enteral atendidos em um *home care* de Natal/RN

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as doenças prevalentes nos pacientes em estudo;
- Descrever os sintomas gastrintestinais presentes nos pacientes;
- Caracterizar as dietas e vias de acesso da TNE utilizadas pela população estudada;
- Realizar avaliação nutricional nos pacientes de *home care*;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 HISTÓRICO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é um procedimento terapêutico empregado com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional de pacientes por meio de nutrição enteral (WAITZBERG, 2006).

Segundo a ANVISA (RDC, 2000, Pag. 23), nutrição enteral é:

“Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sondas, ou via oral, industrializadas ou não, utilizado exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção de tecidos, órgãos ou sistemas.”

A TNE pode ser usada como única fonte de nutrição ou como uma fonte suplementar para o paciente (GIBNEY et al, 2004) e apresenta-se como a via mais fisiológica quando comparada com a nutrição parenteral por manter a estrutura e a função do trato gastrointestinal, preservando a função imune, evitando a atrofia da mucosa intestinal e mantendo a função do sistema pancreaticobiliar, além de apresentar menos complicações infecciosas e metabólicas e maior facilidade de administração (SHILS; SHIKE; ROSS, 2003).

A Nutrição Enteral teve sua origem no mundo através dos gregos que usavam enemas de nutrientes para preservação da saúde geral introduzindo nutrientes no trato gastrointestinal, desviando-os da boca. Na Grécia, os médicos utilizavam tais enemas contendo vinho, soro de leite, leite e caldo de cevada com o objetivo de tratar diarreia e fornecer nutrientes. No século XVII, foi utilizado um pequeno tubo de prata passado pelo nariz ao esôfago para alimentar pacientes portadores de tétano, e paralelamente a este fato, médicos europeus começaram a administrar extratos de carne, leite e uísque através do reto dos pacientes, caracterizando a alimentação retal, que foi largamente utilizada até o século XX. No final do século XVIII foi implantado um tubo nasogástrico para pacientes com disfagia neurogênica. (SHILS; SHIKE; ROSS, 2003).

No Brasil, a TNE teve seu início em meados de 1960 (PINOTTI; RAIA; 1981), com dietas à base de caldo de carne bovina e frango, administradas via jejunostomia, as quais traziam como intercorrências comuns os sintomas de distensão abdominal, cólicas, diarreias e flatulência (FAINTUCH et al., 1983). No período de 1970 houve a criação da dieta enteral isosmolar, polimérica, artesanal à base de soja em grão (OLIVEIRA et al., 1981), que propiciou a realização de estudos determinantes para a evolução da Terapia Nutricional Enteral.

Na década de 1980, surgiram as dietas nacional enterais *Protein Plus*, *Nutrogast* e *Lipoprotein*. Tais dietas foram formuladas para pacientes com função gastrointestinal absorptiva e digestiva íntegra. Houve ótima aceitação da formulação, sem apresentar efeito colateral que obrigasse a suspensão do suporte, de modo que houve grandes vantagens, tais como: manutenção dos parâmetros antropométricos e elevação significativa dos níveis séricos de albumina e contagem de linfócitos. As dietas administradas eram liofilizadas, em pó para reconstituição em água e/ou outro veículo, eliminando uma série de etapas envolvidas no preparo da mesma (WAITZBERG, 2006).

Com o passar dos anos, estudos apontavam cada vez mais vantagens de se preferir o uso da nutrição enteral frente à parenteral, desse modo, as indicações e a operacionalização da terapia enteral passaram a obedecer a critérios melhor definidos para manipulação e preparo da dieta (WAITZBERG, 2006)

De acordo com sua evolução, a terapia nutricional enteral apresenta fórmulas enterais industrializadas podendo estas serem aplicadas tanto no tratamento a nível hospitalar tanto no tratamento em *home care* (SHILS, SHIKE, ROSS, 2003).

### 3.2 A NUTRIÇÃO ENTERAL ATUAL

A atual nutrição enteral é largamente utilizada em várias condições clínicas e em todas as idades, sempre objetivando uma melhora no estado fisiopatológico do paciente. O avanço deste tipo de suporte mostrou que a TNE apresenta-se com completa capacidade de fornecer nutrição diferenciada a indivíduos de diferentes faixas etárias e de acordo com a exigência de cada situação clínica (CUPPARI, 2005).

### 3.2.1 Indicações da TNE

Há duas ocasiões em que a terapia nutricional enteral deve ser indicada: a primeira é quando a ingestão oral do paciente for inadequada para prover de dois terços a três quartos das necessidades diárias nutricionais, havendo assim risco de desnutrição (CUPPARI, 2005). A outra situação que se faz necessário o uso da TNE é quando o trato digestivo estiver total ou parcialmente funcionante (WAITZBERG, 2006).

A seleção das soluções de alimentação apropriadas e do método de administração baseada em judiciosas considerações fisiopatológicas do trato gastrointestinal são essenciais para maximizar a digestão e absorção da alimentação enteral no trato gastrointestinal comprometido. Dentro das indicações citadas acima, existem indicações específicas de alimentação enteral, como: anorexia persistente, disfagia grave por obstrução ou disfunção da orofaringe ou esôfago, coma ou estado delirante, obstrução parcial do estômago ou intestino delgado, doenças ou distúrbios que exigem a administração de soluções específicas (SHILS, SHIKE, ROSS, 2003).

### 3.2.2 Seleção e via de acesso

Para selecionar a via de acesso enteral é necessário avaliar os seguintes fatores no paciente: duração prevista da alimentação enteral; grau de risco de aspiração da dieta ou deslocamento da sonda; presença ou ausência de digestão e absorção normais; planejamento de internação cirúrgica; viscosidade e volume da formula (MAHAN, ESCOTT-STUMP, 2005). O local de administração da dieta enteral, se intra-gástrica ou pós pilórica também é um dos fatores a ser considerado na seleção da via de acesso, como afirma Cuppari (2005).

As vias de acesso à nutrição enteral variam de acordo com a patologia e a necessidade de cada paciente. Deve-se ser considerada principalmente a duração esperada da alimentação e possíveis retardos no esvaziamento gástrico (GIBNEY et al, 2004). As vias de acesso podem estar dispostas no estômago, duodeno ou jejuno, conforme as facilidades técnicas, as rotinas de administração, bem como as alterações orgânicas e/ou funcionais a serem corrigidas (CUPPARI, 2005).

A sonda nasoenteral é aquela introduzida da cavidade nasal até o estômago, de onde podem migrar pelo piloro até o intestino delgado (GIBNEY et al., 2004), é

considerada a modalidade mais utilizada em TNE, e suas principais indicações são: neoplasias, pancreatite, má absorção, queimaduras, inflamação, trauma, depressão grave, acidentes cerebrovasculares, entre outras (WAITZBERG, 2006).

A sonda nasoenteral apresenta dois subtipos, são eles: a via nasogástrica, e a via nasoduodenal ou nasojejunal, ambas com duração curta, de 3 a 4 semanas. A primeira apresenta sua sonda passada através do nariz e esôfago, sendo inserida no estômago, é indicada para pacientes com função gastrointestinal preservada e sem risco de aspiração e refluxo gastroesofágico. Pode ser administrada por injeção em bolo ou infusão intermitente ou contínua. A segunda tem sua sonda passada através do nariz e esôfago e inserida no estômago, em que a ponteira da sonda migra até o intestino delgado por meio da atividade peristáltica (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2005), sendo indicada à pacientes com distúrbios de motilidade gástrica, refluxo esofágico ou náusea e vômito persistente. Nas duas vias citadas, o tipo de sonda utilizada pode ser macia, flexível, de poliuretano ou silicone, bem toleradas, de vários diâmetros, comprimentos e modelos, dependendo das características das fórmulas e das necessidades da alimentação (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2005).

As sondas de gastrostomias são indicadas para pacientes que necessitam de terapia por período longo, sendo ele indeterminado e que não apresentam riscos graves, como aspiração (SILVA; MURA, 2003). Este tipo de sonda pode ser posicionada através de cirurgia aberta ou por via percutânea, usando técnicas endoscópicas, radiológicas ou laparoscópicas. As principais indicações de terapia nutricional por meio de ostomia são: neoplasia de orofaringe, neoplasia gástrica, miastenia grave, desordens do SNC, neoplasia pancreática entre outras (WAITZBERG, 2006). Caso não haja contra-indicação, a administração de dieta no estômago é a via preferida dada a sua capacidade de reservatório, pela sua regulação osmótica e por preparar melhor o alimento para a posterior digestão e absorção (SILVA; MURA, 2003). O acesso por jejunostomia é obtido pelos mesmos métodos básicos da gastrostomia, com algumas modificações técnicas para acomodar a posição jejunal, por cirurgia convencional, endoscopia, videolaparoscopia ou fluoroscopia. As complicações mais freqüentes da jejunostomia, são os deslocamentos da sonda, a expiração e a oclusão, além disso, uma consequência incomum, porém crítica do uso de jejunostomia é a isquemia e necrose intestinal no período pós operatório imediato (WAITZBERG, 2006).

### 3.2.3 Métodos de Administração

As técnicas de administração de dieta enteral compreendem uma administração contínua ou intermitente, em bolo ou gravitacional (CUPPARI, 2005). A administração intermitente é aquela em que a dieta é administrada em períodos fracionados, podendo ser ainda intermitente gravitacional, quando é feita utilizando-se a força da gravidade e a em bolos quando utiliza-se uma seringa para infusão da formulação em um único bolo (SILVA; MURA, 2003). Quando possível o método em bolo é preferível porque leva menos tempo, dá ao paciente mais liberdade e é mais fácil de usar (SHILS, SHIKE, ROSS, 2003).

A administração contínua é quando a dieta é administrada, continuamente, por 12 ou 24 horas, utilizando-se de uma bomba de infusão (SILVA; MURA, 2003). A administração em bolo ou intermitente deve ser feita com o paciente sentado ou reclinado em 45° para prevenir a aspiração. Quando se utiliza a posição da sonda gástrica, dietas osmolar e hiperosmolares podem ser administradas, pelo fato de o piloro prevenir a passagem de grande quantidade de solução para o duodeno. As dietas isoosmolares são preferíveis para evitar a passagem de água da parede intestinal para o lúmen (GIBNEY et al., 2004).

### 3.2.4 Seleção de Fórmulas

Para a seleção de uma fórmula enteral é necessário conhecer e analisar as exigências específicas do paciente e a composição exata da fórmula. A dieta selecionada precisa ser nutricionalmente completa e adequada para uso em períodos curtos e longos de acordo com a fisiopatologia do paciente; precisa satisfazer as exigências nutricionais do paciente, ser bem tolerada de fácil preparação, econômica e deve ter por base a condição individual do organismo do paciente (CUPPARI, 2005). Deve-se ainda considerar as exigências de líquidos e energias, assim como a função renal e capacidade de absorção do organismo de cada paciente (GIBNEY; et al., 2004).

### **3.2.4.1 Fórmulas Enterais Artesanais**

As fórmulas artesanais ou chamadas não industrializadas são aquelas preparadas à base de alimentos “*in natura*” ou de mistura de produtos industrializados com naturais, liquidificadas e preparadas artesanalmente em cozinha dietética ou em domicílio (CUPPARI, 2005). As preparações artesanais variam quanto à sua composição e características, em função da forma com que os nutrientes são empregados, procedimentos e técnicas adotados entre outros (WAITZBERG, 2006).

Este tipo de preparação apresenta-se com composição estimada e requer certos tipos de suplementação de vitaminas e minerais, oligoelementos e outros nutrientes condicionalmente essenciais, como taurina e carnitina (WAITZBERG, 2006).

As fórmulas enterais artesanais apresentam como vantagens a individualização da fórmula quanto à composição nutricional, de modo que se pode ser acrescentado alimentos “*in natura*” ou outro elemento necessário ao paciente. O volume e custo desse tipo de dieta é aparentemente menor que o da dieta similar industrializada. As desvantagens compreendem a instabilidade bromatológica, microbiológica e organoléptica do produto final, além de que esse tipo de fórmula não apresenta composição nutricional bem definida (SILVA; MURA, 2003). Em outras palavras, a qualidade nutricional de preparações artesanais é imprecisa e insegura. Estas formulações apresentam sub-fornecimento de nutrientes necessários para a terapia nutricional, além da grande variabilidade da sua composição (WAITZBERG, 2006).

### **3.2.4.2 Fórmulas Enterais Industrializadas**

As fórmulas enterais industrializadas são aquelas que fornecem os elementos necessários ao organismo do indivíduo e são preparadas industrialmente (WAITZBERG, 2006). As dietas enterais industrializadas podem ser apresentadas em diferentes tipos: dietas industrializadas em pó para reconstituição, dietas semiprontas para uso e dietas prontas para uso. Essa classificação é de acordo com a forma de apresentação, características organolépticas e nutricionais, bem como da forma de preparo, (SILVA; MURA, 2003).

As dietas industrializadas em pó para constituição são aquelas que precisam ser reconstituídas em água ou em outro veículo líquido para poderem ser ingeridas. São

normalmente acondicionadas em pacotes hermeticamente fechados, e apresentam-se em porções individuais com 60 a 96g ou em latas com aproximadamente 400g. As vantagens se relacionam com a individualização da fórmula, menor manipulação que as dietas caseiras; maior estabilidade microbiológica e bromatológica; apresentam fornecimento adequado de micronutrientes e armazenamento facilitado devido ao pequeno volume. As dietas industrializadas em pó para reconstituição apresentam como desvantagens um maior tempo de preparo, maior custo operacional, área de preparo especializada e exigem uma manipulação maior que as dietas industrializadas líquidas (GIBNEY et al., 2004).

As dietas industrializadas líquidas semi-prontas para uso são dietas prontas que já vem em quantidades suficientes para um horário de dieta, apresentam-se em latas ou frascos de vidro 230 mL a 1L. As vantagens desse tipo de dieta compreendem: menor manipulação, alta praticidade e qualidade nutricional, maior estabilidade microbiológica e bromatológica. Apresentam desvantagens no tocante a contaminação, pois exigem manipulação prévia a administração (envase), necessitam de área de preparo, são dietas menos individualizadas, apresentam embalagens pesadas, de difícil armazenamento e transporte.

As dietas industrializadas prontas para uso são aquelas que já se apresentam envasadas, acondicionadas em frascos de vidro ou bolsas próprias com 500 e 1000ml, que são diretamente acopladas no equipo. As vantagens apresentam-se devido a facilidade de distribuição, garantia de controle microbiológico e bromatológico, falta de necessidade de manipulação, não necessitam de uma área para preparo. Porém as desvantagens compreendem um maior volume de infusão, equipos próprios, bombas de infusão e o alto custo que esse tipo de dieta apresenta.

### 3.3 NUTRIÇÃO ENTERAL E *HOME CARE*

Há décadas, a adoção da terapia nutricional enteral domiciliar (*home care*) vem sendo expandida a partir da deflagração dos programas de *home care*, e desde a década de 80 a comunidade científica tem direcionado esforços para a operacionalização de terapias nutricionais em esquema domiciliar (SILVA; MURA, 2003).

Com base nos tratamentos bem sucedidos na terapia nutricional enteral intra-hospitalar e almejando esse mesmo sucesso em domicílios, os recursos e a

tecnologia do tratamento intra-hospitalar para administração segura e efetiva da terapia enteral prolongada tornaram-se disponíveis para o cuidado domiciliar (Ireton-Jones, 1998 apud MAHAN; SCOTT-STUMP, 2005, p; 456).

Os objetivos da terapia nutricional enteral no *home care* compreendem além da humanização do atendimento do paciente, melhora e/ou manutenção do estado nutricional de pacientes clínicos e cirúrgicos, diminuição do estresse no pré operatório, colaboração para a maior disponibilidade dos leitos hospitalares, redução dos custos do tratamento hospitalar, pois os pacientes não seriam submetidos à internação apenas para a terapia e menor risco de infecções hospitalares (SILVA; MURA, 2003).

A indicação da terapia nutricional enteral no *home care* é realizada quando o trato gastrointestinal está mantendo suas funções e quando os requerimentos nutricionais não são alcançados pela via oral. Seu período de adaptação corresponde aos 14 primeiros dias, nesse período (assim como os subseqüentes) é necessário observar a ocorrência de diarreia, flatulência excessiva, saída da sonda, obstruções, entre outras complicações. Caso não haja uma adaptação adequada, é necessário rever a fórmula, a via de acesso e outros fatores que podem contribuir para a não adaptação (SILVA; MURA, 2003)

Para que a nutrição enteral em *home care* seja implementada de modo bem sucedido, é preciso que alguns critérios sejam seguidos, como escolha de regime de suporte nutricional adequado, treinamento do paciente e da família, realização de um plano para visitas de acompanhamentos médico e nutricional e administração da fórmula adequada ao paciente (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2005). Essas fórmulas podem ser caseiras ou industrializadas, e não diferente da terapia intra-hospitalar, o paciente deve receber nutrientes através de fórmulas, medicamentos, suprimentos, equipamentos e serviços clínicos profissionais em seu domicílio e de acordo com os padrões desenvolvidos por organizações profissionais, além de que há uma constante assistência por parte dos profissionais nesse esquema domiciliar, de modo que há um acompanhamento e orientação em seguimento clínico-nutricional por toda a equipe especializada a fim de garantir uma assistência boa e segura (MAHAN; SCOTT-STUMP, 2005).

Para que o tratamento domiciliar seja satisfatório, é preciso que haja orientações específicas ao paciente que está submetido ao tratamento e ao cuidador, de modo que tais orientações sejam explicadas detalhadamente, atentando-se para as etapas

que envolvem higienização e controles, como do tempo de gotejamento e da temperatura da formulação. Para que o paciente e o cuidador sejam bem orientados quanto as observações teóricas, há uma cartilha que deve ser entregue aos mesmos, que contém: anotações do alto cuidado, infusão da dieta, horários e quantidades, intercorrências e complicações. Todas essas orientações teóricas devem ser realizadas mostrando todos os procedimentos na prática, e a equipe deve analisar as habilidades manuais do cuidador em conduzir e realizar as etapas necessárias ao procedimento (SILVA; MURA, 2003).

Silva e Mura (2003) ainda declaram que é importante estabelecer um esquema do seguimento clínico-nutricional e metabólico destes enfermos que deverá determinar: a frequência das visitas domiciliar e/ou consultas ambulatoriais, a frequência da mensuração dos indicadores antropométricos e realização dos laboratoriais para fins de seguimento dos estados nutricionais e metabólicos; os critérios de alta nutricional e de reabilitação nutricional.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os pacientes incluídos no estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APENDICE 1), após receberem as informações detalhadas e exatas sobre os riscos e benefícios da pesquisa.

### 4.2 TIPO E PERÍODO DE ESTUDO

O presente estudo foi caracterizado por transversal descritivo, onde os dados foram coletados no período de março a maio de 2009, com os pacientes sob uso de SNE pertencentes a um *home care* da cidade de Natal/RN.

### 4.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA E COLETA DE DADOS

A amostra foi composta por 23 pacientes, de ambos os sexos, submetidos à nutrição enteral e pertencentes a um *home care* da cidade de Natal. A coleta de dados foi realizada através da visita domiciliar de rotina do *home care* no período de março a maio de 2009. Foram incluídos no estudo aqueles pacientes que encontravam-se sob uso de SNE a mais de 06 meses; foram excluídos do estudo aqueles pacientes cujos cuidadores não souberam responder com precisão o questionário aplicado. .

### 4.4 AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica deu-se através da aplicação de um questionário semi-estruturado elaborado a partir do questionário de Avaliação Subjetiva Global (ASG) de AUGUSTO (2004) (APÊNDICE 2). Neste foram coletados dados sobre perda de

peso, sintomas gastrintestinais, diagnóstico e exame físico. Além destes dados baseados na ASG, o questionário ainda apresentava campos de data de nascimento (para verificação de média de idade dos pacientes do estudo), gênero, fórmula utilizada e via de acesso da TNE

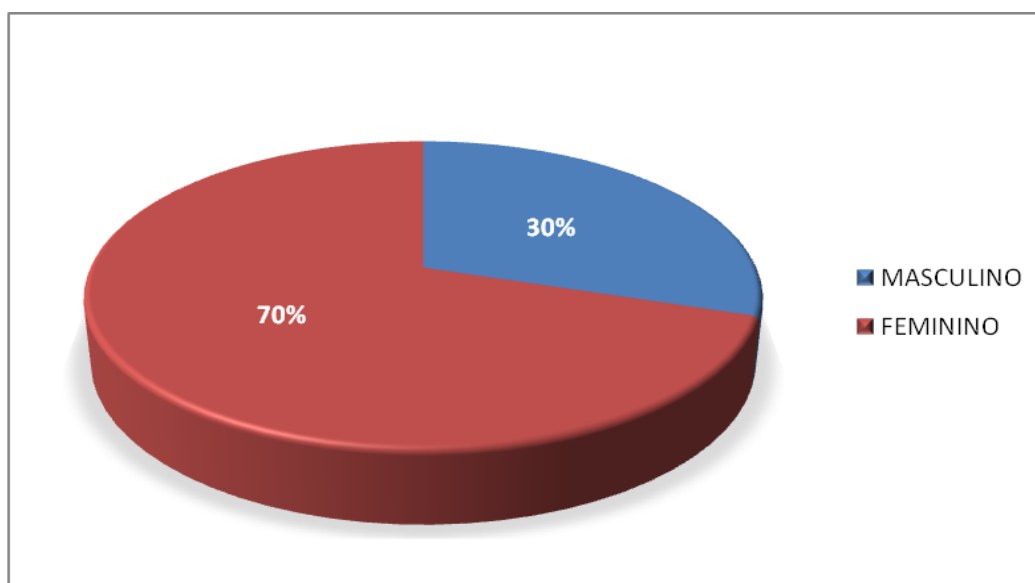
#### 4.5 TABULAÇÃO DE DADOS

Para a tabulação dos dados, foi utilizado o software Excel 5.0, para auxiliar na construção das tabelas e dos gráficos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes avaliados apresentaram uma média de idade de 77,7 anos. Marchini, Ferrioli e Moriguti (2004), afirmam que devido aos déficits funcionais que ocorrem com o avanço da idade, vem ocorrendo um aumento importante no número de pacientes idosos submetidos à internação hospitalar, mantidos em sistemas de *home care* ou seguidos em regime ambulatorial.

Em relação ao gênero (Gráfico 1), o gênero feminino apresentou-se com maior prevalência (70%) em relação ao percentual do gênero masculino. Este achado difere do estudo de Dantas et. al. (2006) que observaram em seus estudos uma prevalência do gênero masculino (80%).



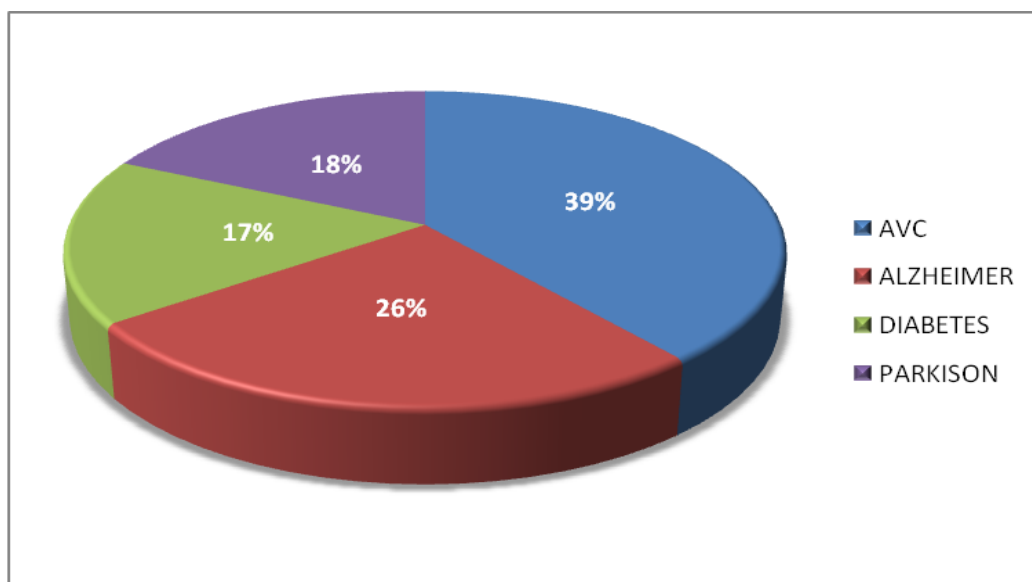
**Gráfico 1** – Distribuição de gêneros dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

No diagnóstico clínico (Gráfico 2), encontrou-se 39% dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguido pela doença de Alzheimer (26%). Os dados encontrados neste estudo são similares aos dados relatados no trabalho de Lamb, Schimdt e Vieira (2003), no qual as doenças mais frequentes para pacientes recebendo Suporte Nutricional Enteral são patologias neurológicas (23%). Para Machado, Frank e Soares (2006), essas desordens geram alterações fisiológicas proporcionando progressiva incapacidade para realização das atividades cotidianas, incluindo a procura de alimentos e o preparo das refeições. Em seus estudos,

Machado, Frank e Soares (2006) encontraram dados que corroboram com os dados do presente estudo, tais dados confirmam que as alterações neurológicas mais incidentes foram AVC (39%) e Alzheimer (26%).

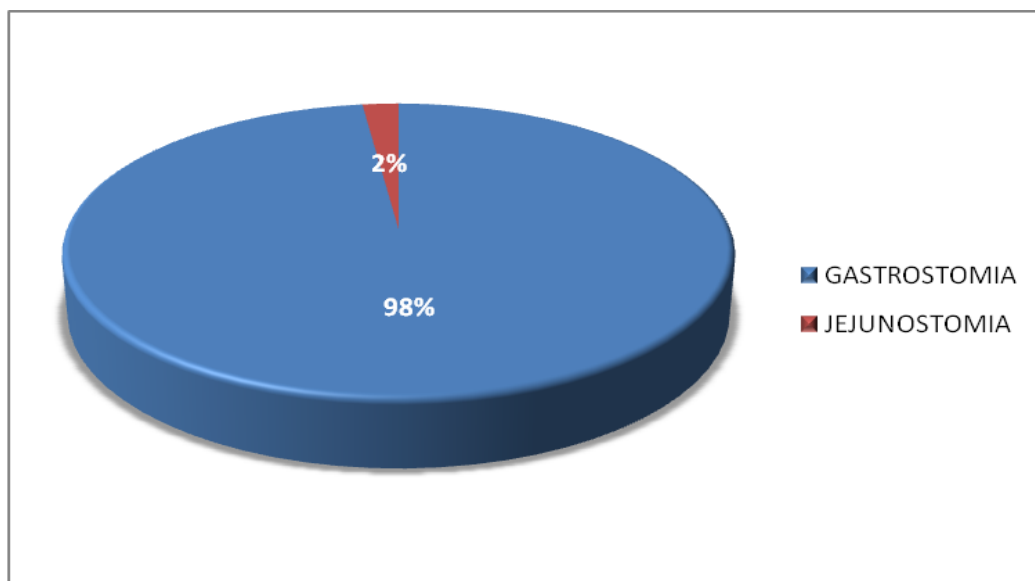
De acordo com Beers e Berkow (1999) o AVC é a causa mais comum de incapacidade neurológica. Segundo Oliveira e Oliveira (2005) a Doença de Alzheimer é atualmente a forma mais freqüente de demência, responsável por 50% a 60% dos casos na Europa e nos EUA. Além disso, afeta cerca de 4,5 milhões de indivíduos, constituindo-se importante causa de morte no mundo (MACHADO; FRANK; SOARES, 2006).



**Gráfico 2** – Diagnóstico clínico dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

*Fonte: Dados da pesquisa, 2009*

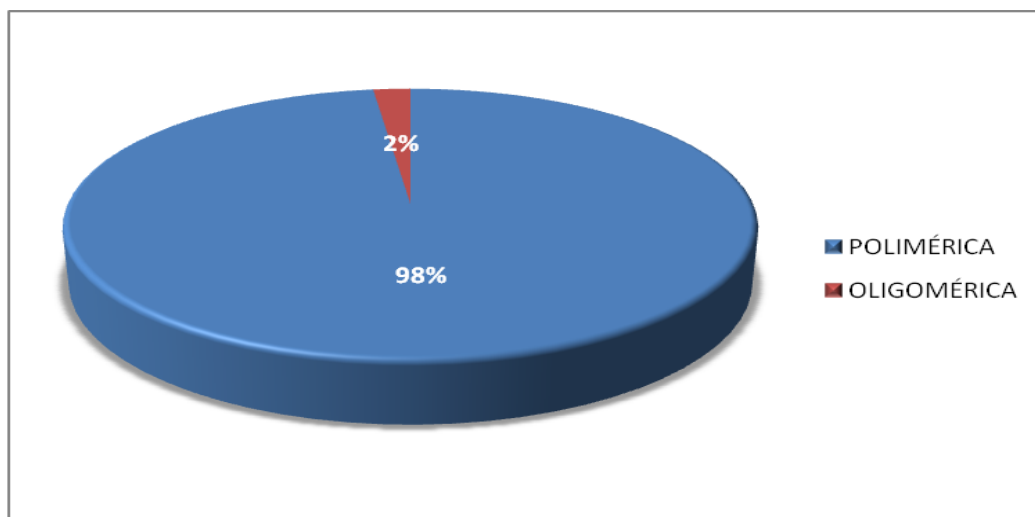
Com relação a posição da sonda (Gráfico 3), observou-se a presença, para 98% dos pacientes, a gastrostomia como escolha da via de acesso. Como Waitzberg (2006), afirma que a gastrostomia é preferível uma vez que apresenta indicação para duração superior a 6 semanas e/ou em casos de doenças crônicas progressivas. Cortes et al (2003) afirmam ainda que, a utilização de sondas em posição gástrica é preferível à posição jejunal quando o risco de aspiração for baixo.



**Gráfico 3** – Via de acesso da sonda dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

*Fonte: Dados da pesquisa, 2009*

No tocante ao tipo de fórmula utilizada, 98% dos participantes, apresentavam-se com o uso de fórmulas poliméricas (dietas padrão). Ferreira (2007) afirma que é recomendado iniciar a terapia nutricional com fórmulas com proteína intacta (polimérica) e mantê-las caso não haja intercorrências. Aranjues et al (2008) em seus estudos, observaram que a maioria dos pacientes sob o uso de Suporte Nutricional Enteral tiveram como indicação o uso de fórmula enteral polimérica.

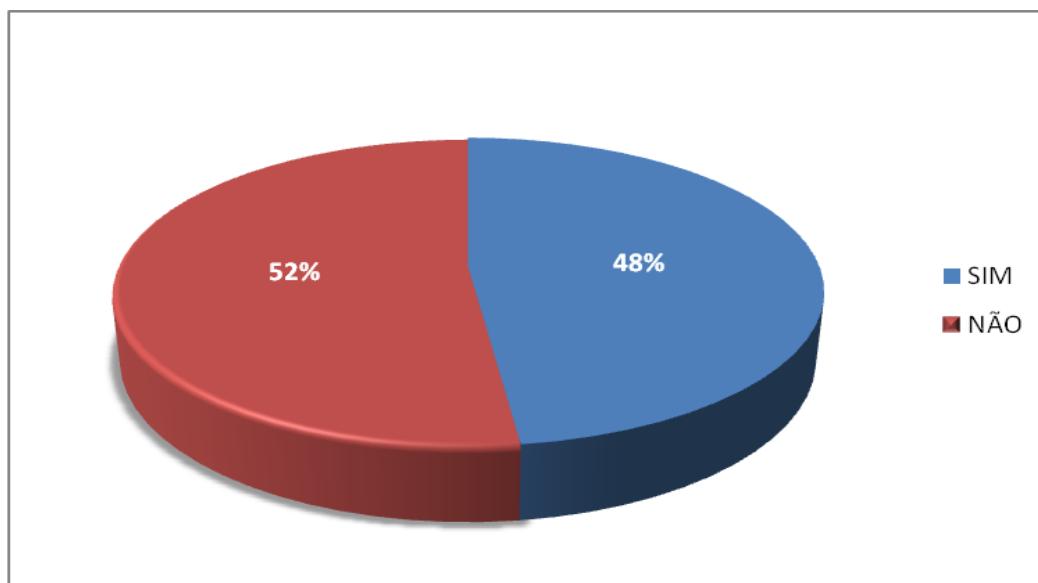


**Gráfico 4** – Tipo de fórmula utilizada pelos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

*Fonte: Dados da pesquisa, 2009*

Pelo questionário aplicado nos pacientes, observou-se que a perda de peso nos últimos 06 meses não ocorreu para 52%. Este dado é um pouco diferente dos

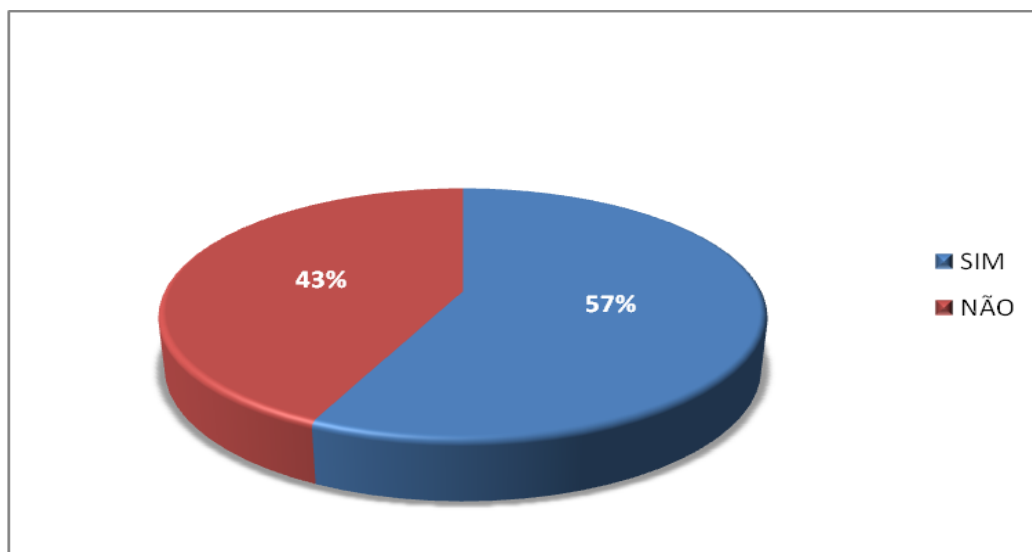
estudos de Guimarães et al. (2004), no qual o autor encontrou 83% dos seus pacientes avaliados sem apresentar perda de peso nos últimos 06 meses. Apesar da maioria dos pacientes nos dois estudos não ter apresentado perda de peso no período mencionado, o autor citado encontrou uma maior prevalência de pacientes sem perda de peso, diferenciando do presente estudo que encontrou valores muito próximos entre a perda de peso e a não perda de peso no período mencionado.



**Gráfico 5** – Perda de peso nos últimos 6 meses dos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

*Fonte: Dados da pesquisa, 2009*

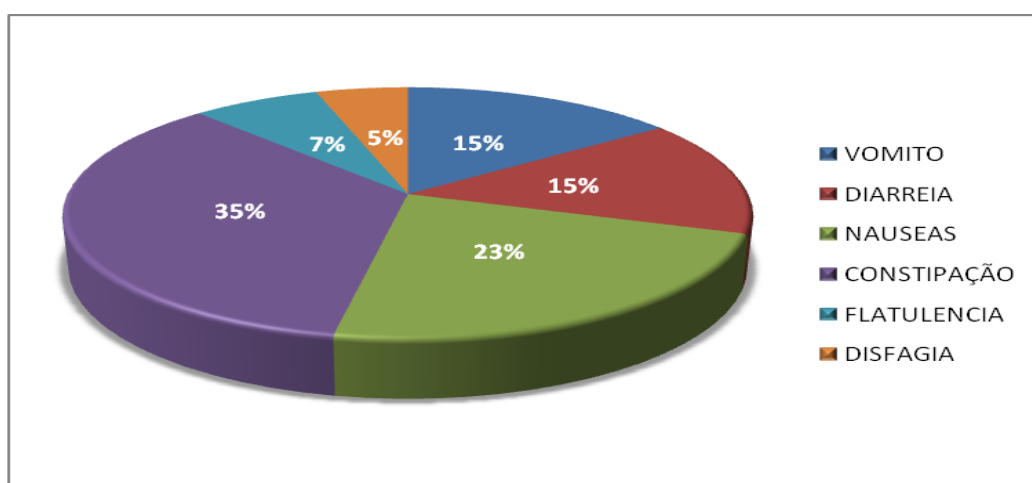
A presença de sintomas gastrintestinais (gráfico 6) foram relatados por 57% dos pacientes. Esta incidência também foi encontrada no trabalho de Mesejo (2007). No referido estudo, 60% dos pacientes críticos apresentaram algum tipo de complicação gastrintestinal.



**Gráfico 6–** Presença de sintomas gastrintestinais nos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

*Fonte: Dados da pesquisa, 2009*

Dentre estes pacientes, 35% apresentaram constipação, seguido de náuseas (23%). Azevedo et al (2009) afirmam que a constipação intestinal é uma complicação comumente identificada entre pacientes graves. Silva e Fernandes (2008) observaram, em seus estudos, que 42,3% dos pacientes sob o uso de Suporte Nutricional Enteral apresentaram constipação e 32% dos pacientes analisados apresentaram sintomas de náuseas. Segundo Pancorbo-Hidalgo et. al (2001) dentre as intercorrências gastrointestinais mais comuns na terapia nutricional enteral destacam-se a constipação, diarreia, náusea/vômitos.

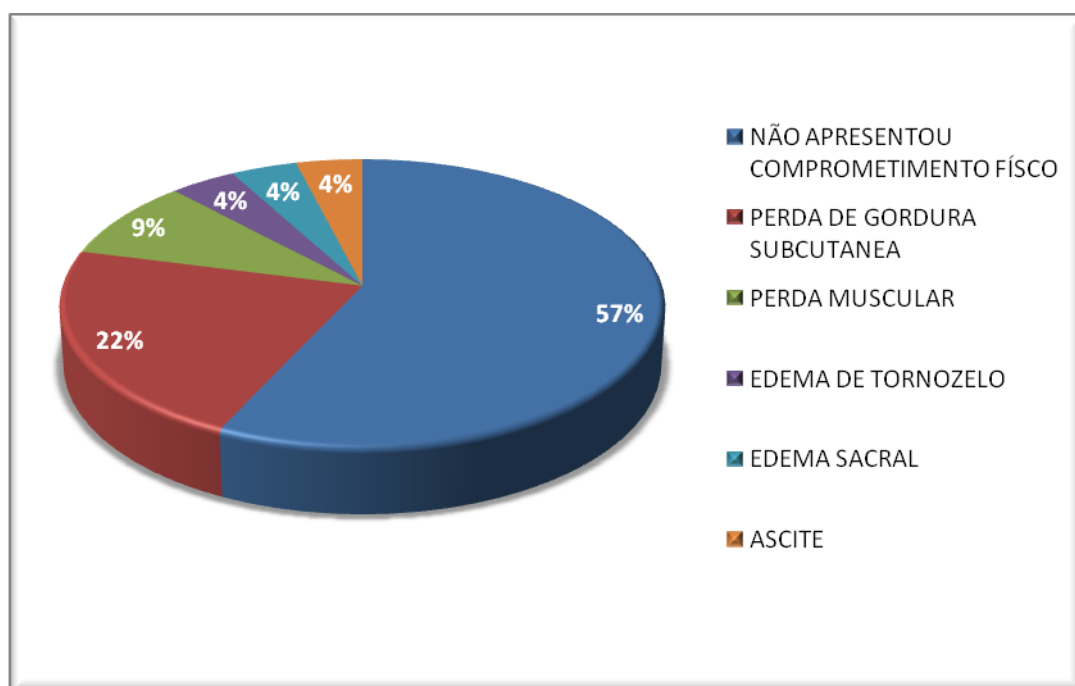


**Gráfico 7–** Sintomas gastrintestinais presentes a mais de 15 dias nos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

*Fonte: Dados da pesquisa, 2009*

Na realização do exame físico nos pacientes, observou-se que 57% destes não apresentaram nenhum comprometimento físico, ou seja, não apresentaram perda de gordura subcutânea, perda muscular ou edemas, 22% dos pacientes apresentaram perda de gordura subcutânea, 9% apresentaram-se com perda muscular. A presença de edemas foi verificada em 8% dos pacientes, sendo que 4% dos avaliados apresentaram edema de tornozelo e o restante (4%) apresentaram edema sacral.

Segundo os estudos de Cardoso et al (2004) foi detectado em seus pacientes que 79% destes apresentaram comprometimento físico, de modo que 79% dos avaliados apresentaram perda de gordura subcutânea e perda de massa muscular, conjuntamente, e nenhum caso apresentou edema ou ascite. Este dado não corresponde ao achado no presente estudo, já que a maioria dos pacientes analisados não apresentaram comprometimento físico.



**Gráfico 8**– Exame físico realizado nos pacientes submetidos à nutrição enteral de um home care da cidade de Natal/RN.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

## 6 CONCLUSÕES

- De acordo com o estudo realizado, observou-se que as doenças de base mais prevalentes foram o AVC e a doença de Alzheimer;
- Identificou-se que estes pacientes apresentaram maior incidência de constipação quando se refere às complicações gastrintestinais.
- Como via de acesso a gastrostomia foi a mais prevalente e o tipo de fórmula mais utilizada foi a polimérica;
- Com relação ao comprometimento físico, a maioria dos avaliados não apresentou tal comprometimento, sendo baixa a prevalência de perda de gordura subcutânea, perda de massa muscular e edemas.
- Com base nos dados obtidos, é possível caracterizar os pacientes analisados com baixo risco nutricional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes analisados apresentaram em geral um bom quadro nutricional, sendo estes caracterizados como pacientes com baixo risco nutricional. Desse modo, e sabendo que estes estavam submetidos a sistema de *home care*, pode-se afirmar que o *home care* é uma modalidade capaz de oferecer recursos para recuperar e/ou manter o estado nutricional do paciente, proporcionando uma melhora gradativa no estado geral de saúde destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ARANJUES, Ana Lúcia et al. Monitoração da terapia nutricional enteral em UTI: indicador de qualidade? **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p 16 – 23, jan/mar., 2008

ARAÚJO, E. M.; MENEZES, H. C. Formulações com alimentos convencionais para nutrição enteral ou oral. **Revista de Ciência e Tecnologia de Alimentos**, Campinas, SP, v.3, n. 2, p. 533 – 538, set. 2006.

AUGUSTO, A. L. P. et al. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2004.

BEERS, M.; BERKOW, R. **The merck manual of diagnosis and therapy**. Whitehouse Station, NJ, 1999, Merck Research Laboratories.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 63, de 06 de julho de 2000**. Aprova o “Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral”. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>> Acessado em: 20 dez 2009.

CARDOSO, Ana Maria Calabria et al. Diagnóstico nutricional de pacientes sob suporte nutricional enteral Belém do Pará. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 111 – 119, jul. 2004.

CORTÊS, Jussara Filho Ferreira; et al. Terapia Nutricional no paciente criticamente enfermo. In: **SIMPÓSIO URGÊNCIAS E EMERGENCIAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E NUTRICIONAIS**. Ribeirão Preto, n. 36, p.394-398, abr./dez., 2003. cap.6, **anais...**Ribeirão Preto, 2005

CUPPARI, Lílian. **Nutrição Clínica no Adulto**. 2ª Ed. São Paulo: Manole, 2005.

DANTAS, C. M; et al. Perfil dos pacientes graves em Suporte Nutricional Enteral em um Hospital Universitário. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v.14, n.78, p.38-43, maio/jun. 2006.

FERREIRA, I. K. C. Terapia Nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de terapia intensiva**, São Paulo , v. 19, n.1, jan/mar, 2007.

FREITAS, Geraldo Rezende Freitas et al. Constipação intestinal no paciente crítico. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 324 – 331, set. 2009.

GIBNEY, Michael J. et al. (Ed.). **Nutrição Clínica** 1ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2004.

GUIMARAES, Mariana Palma et al. Subnutrição em Hospital Universitário: Avaliação de 509 pacientes adultos. In: **SIMPÓSIO: URGÊNCIAS E EMERGENCIAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E NUTRICIONAIS**. Ribeirão preto, n. 48, Jan./set., 2004. cap. 2. **Anais...** Ribeirão Preto, 2005.

LAMB, Ana Tereza; SCHIMIDT, Kelen M.; VIEIRA, Jaine M. Perfil dos pacientes recebendo suporte nutricional. **Nutrição em pauta**. São Paulo, v.11, n.62, p.19-21, set./out. 2003.

MACHADO, Jackeline de Sousa; FRANK, Andréa Abdala; SOARES, Eliane de Abreu. Fatores dietéticos relacionados à doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v.21, n.3, p. 252 – 257, set. 2006.

MAHAN, L. kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 11ª ed. São Paulo: Roca, 2005.

MARCHINI, J. S. M.; FERROLI, E.; MORIGUTI, J. C.. Suporte Nutricional no paciente idosos: Definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. In: **SIMPÓSIO: NUTRIÇÃO CLÍNICA**. Ribeirão Preto, n. 31, , jan/Marc. 2004. cap. 5. **Anais...** Ribeirão Preto, 2005.

MARCHINI, J. S., FERRIOLLI, E., MORIGUTI, J. C. Suporte Nutricional no Paciente Idoso: definição, diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, SP, v.5, n.8, p. 54-61, mar. 2002.

OLIVEIRA, P.A.; OLIVEIRA, A.C.B. Sistema Nervoso, Transtornos Mentais e Comportamentais. In:\_\_\_\_\_.**Nutrição na terceira idade**. São Paulo: SARVIER, 2005. cap. 4.

PANCORBO-HIDALGO, P. L.; GARCIA-FERNANDEZ, F. P.; RAMIREZ-PEREZ, C. Complications associated with enteral nutrition by nasogastric tube in an internal medicine unit. **Journal Clinical Nursing**, Spain, v. 10, n. 4, p. 482-90,2001.

SHILS, Maurice E. et al. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2003.

SILVA, Ana Cristina de Souza Batalha; FERNANDES, Luciana Fialho. In: **SIMPÓSIO: CUIDADOS PALIATIVOS**. Brasília, n.1, Nov., 2008. cap.5. **Anais...** Brasília, 2009.

SILVA, Sandra Maria Chemin Seabra da; MURA, Joana D'arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2003.

WAITZBERG, Dan Linetzky. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. v.2

## APÊNDICE

## APÊNDICE 1



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO  
NORTE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título dos Projeto:** Avaliação Nutricional de pacientes em nutrição enteral atendidos por um *home care* da cidade de Natal/RN

**Pesquisador (es) :** Acd. Carolina de Lemos Santos Cortez (Curso de Nutrição – FARN), Ms. Erika Alessandra Melo da Costa (Docente do curso de Nutrição – FARN)

#### **Objetivos da pesquisa:**

- Conhecer as doenças prevalentes nos pacientes em estudo;
- Descrever os sintomas gastrintestinais presentes nos pacientes;
- Caracterizar as dietas e vias de acesso da TNE utilizadas pela população estudada;
- Realizar avaliação nutricional nos pacientes de *home care*;

#### **Riscos:**

Os riscos possíveis associados à participação podem ser considerados mínimos, tendo em vista que o paciente não será submetido a procedimentos invasivos (coleta de urina, ingestão de alimentos ou substâncias que possam lhes trazer algum malefício).

**Benefícios:** Os benefícios em participar desse estudo que sairão como frutos desse projeto serão: contribuir para a formação de conhecimento acadêmico relacionado à Ciência da Nutrição, onde muitos deles fornecerão subsídios para desenvolvimento de condutas nutricionais.

**Confidencialidade:** Os registros serão guardados e somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações. A participação no estudo será

mantida confidencial até o limite permitido por lei. O Comitê de Ética da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) poderá inspecionar e copiar registros pertinentes à pesquisa que contenham informações identificadoras, entretanto qualquer relatório ou publicação que resultar dos trabalhos científicos produzidos nesse projeto, a identificação do paciente não será revelada.

**Participação Voluntária:** Não há penalidade para alguém que decida não participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer época.

**Consentimento para a participação:**

Estou de acordo em participar dos estudos provenientes desse projeto. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos do projeto, os procedimentos aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foi garantido o direito a desistir da participação em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes a identificação da minha pessoa.

Nome (letra de forma): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## APENDICE 2



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO  
NORTE

Avaliação Nutricional de pacientes em nutrição enteral atendidos por um *home care* da cidade de Natal/RN

### QUESTIONÁRIO

Dados pessoais

\*Nome do paciente: \_\_\_\_\_

\*Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

\*Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

Dados clínicos

\*Questionário baseado na ASG (AUGUSTO, 2004)

- Perdeu peso nos últimos 6 meses? ( ) Sim ( ) Não
- Sintomas gastrintestinais? ( ) Sim ( ) Não
- Se sim: ( ) Vômitos ( ) Náuseas ( ) Constipação ( ) Flatulência  
( ) Diarréia (mais de 3 evacuações líquidas/dia)
- Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_
- Exame físico: ( ) Perda de gordura subcutânea ( ) Perda muscular  
( ) Edema sacral ( ) Edema de tornozelo ( ) Ascite

Dados dietéticos

\*Fórmula

utilizada: \_\_\_\_\_

\*Via de acesso: \_\_\_\_\_