



Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas

Nutritional profile and access to enteral nutritional therapy of users assisted by a home care service of the Campinas UHS

Perfil nutricional y acceso a terapia nutricional enteral de usuarios del servicio de atención domiciliar del SUS Campinas

Ana Carolina Gualasi ¹
Larissa Miho Hara ²

RESUMO

Introdução: A Atenção Domiciliar é uma modalidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliatividade e promoção à saúde. **Objetivo:** Descrever o perfil nutricional de usuários atendidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do SUS Campinas. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal retrospectivo descritivo. Utilizaram-se dados secundários de 85 usuários acompanhados pela equipe de nutrição de um SAD de Campinas-SP. Categorizaram-se as variáveis: sexo, idade, diagnóstico principal, classificação do estado nutricional, via de alimentação, tipo e forma de aquisição da dieta enteral. Foram estimadas proporções para as variáveis categóricas e utilizou-se o teste x² para diferença entre grupos. **Resultados:** Dentre os usuários, 61,2% eram do sexo masculino e 58,8%, idosos. A via de alimentação prevalente foi o Cateter Nasoenteral (48,2%). A dieta enteral industrializada em pó foi a mais utilizada (59,7%), tendo a compra como principal forma de aquisição (68,7%). A maioria das crianças e adolescentes encontravam-se com excesso de peso (45%), adultos e idosos apresentaram maiores prevalências de desnutrição (57,1% e 59,2%, respectivamente). **Conclusão:** Tais achados contribuem para traçar o perfil nutricional dos usuários do serviço, evidenciando as demandas da assistência multiprofissional na atenção domiciliar, além da possibilidade de contribuir como ferramenta para qualificação da assistência e subsídio para políticas de saúde.

Palavras-chave: assistência domiciliar; estado nutricional; nutrição enteral.

ABSTRACT

Introduction: Home Care is an assistance modality of the Unified Health System (UHS) that aims at actions for preventing and treating diseases, rehabilitation, palliative care, and health promotion. **Objective:** To describe the nutritional profile of users cared for by a Home Care Service (HCS) of the Campinas UHS. **Methods:** This is a descriptive retrospective cross-sectional study. Secondary data from 85 users monitored by the nutrition team of an HCS of Campinas-SP, Brazil, were used. The following variables were categorized: sex, age, principal diagnosis, classification of nutritional status, feeding route, and type and form of acquisition of the enteral diet. Proportions were estimated for the categorical variables, and the x² test was used for the difference between groups. **Result:** Among the users, 61.2% were male, and 58.8% were senior citizens. The prevalent feeding route was the Nasoenteral Catheter (48.2%). The powdered industrialized enteral diet was the most used (59.7%), with the purchase being the main form of acquisition (68.7%). Most of the children and adolescents were overweight (45%), and adults and senior citizens had a higher prevalence of malnutrition (57.1% and 59.2%, respectively). **Conclusion:** These findings contribute to tracing the nutritional profile of users of the service, evidencing the demands of multidisciplinary assistance in home care, in addition to the possibility of contributing as a tool for the qualification of care and a subsidy for health policies.

Keywords: home care; nutritional status; enteral nutrition.

¹ Nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Residente em Atenção Integral à Saúde pelo Hospital Municipal dr. Mario Gatti.
<https://orcid.org/0000-0002-1091-8662>
<http://lattes.cnpq.br/5236549233644400>
ana.gualassi@gmail.com

² Mestre pela Faculdade de Ciências Aplicadas da UNICAMP. Atualmente atua como nutricionista clínica hospitalar na Rede Mário Gatti.
<https://orcid.org/0000-0003-0573-7960>
<http://lattes.cnpq.br/1332716290199104>
larissahara10@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La Atención Domiciliar es una modalidad de atención del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS) que tiene como objetivo la prevención y el tratamiento de enfermedades, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la promoción de la salud. **Objetivo:** Describir el perfil nutricional de usuarios atendidos por un Servicio de Atención Domiciliar (SAD) del SUS Campinas. **Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico. Se utilizaron datos secundarios de 85 usuarios monitoreados por el equipo de nutrición de un SAD perteneciente a la ciudad de Campinas, São Paulo. Se categorizaron las variables: sexo, edad, diagnóstico principal, clasificación del estado nutricional, vía de alimentación, tipo y forma de adquisición de la dieta enteral. Se estimaron proporciones para las variables categóricas y se utilizó la prueba de chi-cuadrado para la diferencia entre grupos. **Resultados:** Entre los usuarios, el 61,2% eran del sexo masculino y el 58,8% ancianos. La vía de alimentación predominante fue la Sonda Nasoenteral (48,2%). La oferta de dieta enteral en polvo industrializada fue la más prevalente (59,7%), con la compra como principal forma de adquisición (68,7%). En cuanto al estado nutricional, la mayoría de los niños y adolescentes tenían sobrepeso (45,0%), mientras que los adultos y ancianos tenían mayor prevalencia de desnutrición (57,1% y 59,2%, respectivamente). **Conclusión:** Estos hallazgos contribuyen a delinear el perfil nutricional de los usuarios del servicio, poniendo en evidencia las demandas de atención multidisciplinaria en la atención domiciliar, además de la posibilidad de contribuir como herramienta para la cualificación de la atención y apoyo a las políticas de salud.

Palabras clave: atención domiciliar; estado nutricional; nutrición enteral.

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliatividade e promoção à saúde, prestadas nos domicílios dos usuários. Tais ações estão articuladas na Rede de Atenção à Saúde por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), sendo esses serviços apoiados pelo Programa Melhor em Casa, instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

O SAD é formado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que atuam em articulação com demais dispositivos de saúde, podendo conduzir casos de baixa, média e alta complexidade prioritariamente nos domicílios (BRASIL, 2016). A atuação das equipes envolve a capacitação e responsabilização do cuidado de familiares e/ou demais cuidadores, contribuindo para redução da institucionalização e internações hospitalares prolongadas, o que fortalece a humanização e a integralidade do cuidado (JOHANN, 2020).

O município de Campinas é contemplado pela AD no SUS desde 1993, sendo o SAD do distrito sul o pioneiro na cidade. Atualmente, o SAD-Sul presta assistência a pacientes com dependências funcionais, em paliatividade e/ou em uso de diferentes dispositivos (como traqueostomia, cateter nasoenteral e cateter vesical de demora), sendo acompanhados por equipes multiprofissionais que atualmente são constituídas por três EMADs e duas EMAPs (CAMPINAS, 2021).

A demanda da assistência multiprofissional no domicílio vai ao encontro ao aumento da prevalência de envelhecimento populacional, bem como o uso de recursos terapêuticos que permitem aumento da sobrevida de pacientes com dependências funcionais e doenças crônicas complexas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,



2015). Dentre os recursos terapêuticos disponíveis, encontra-se a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), que garante manutenção da oferta da alimentação enteral iniciada durante a hospitalização e que se pode se fazer necessária para continuidade do cuidado ao paciente, visando recuperação e/ou manutenção do seu estado nutricional (MENEZES; FORTES, 2019).

O uso da TNED se dá como escolha de via alternativa para oferta da alimentação de indivíduos que possuam alterações e/ou impossibilidade de deglutição, podendo também ser adotada como aumento do suporte nutricional em caso de alimentação por via oral insuficiente. Dentre os riscos da TNED, destacam-se as complicações gastrointestinais, mecânicas, metabólicas, infecciosas e psicológicas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015).

Segundo estudo norte-americano, 1385 indivíduos a cada milhão de habitantes encontravam-se em uso de TNED nos EUA em 2017 (MUNDI *et al.*, 2017). A literatura mostra-se escassa no que diz respeito à prevalência do uso de TNED nos municípios e estados brasileiros.

A garantia do acesso à TNED converge para o princípio da Segurança Alimentar e Nutricional contemplado na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na medida em que o indivíduo que possui necessidades alimentares especiais, passa a ter acesso à alimentação (MAZUR *et al.*, 2014). No entanto, existem elementos que dificultam a oferta da alimentação por sonda no domicílio, destacando-se limitações financeiras que podem levar à impossibilidade de aquisição de fórmulas industrializadas ou de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para o preparo da nutrição enteral (JANSEN *et al.*, 2014).

A oferta insuficiente de nutrientes contribui para o desenvolvimento ou piora do quadro de desnutrição, trazendo agravos à saúde do indivíduo, como inadequado crescimento e desenvolvimento em crianças, recorrência de quadros infecciosos, repercussões hemodinâmicas, dificuldades para cicatrização de feridas e lesões por pressão, perda de autonomia, entre outros agravos, o que pode embasar a tomada de decisão para início e/ou manutenção da TNED.

Tendo em vista o estado nutricional como um dos componentes para aparecimento ou manutenção de agravantes à saúde, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil nutricional de pacientes atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul, considerando as características demográficas e epidemiológicas, bem como a prevalência do uso de TNED, tipo de dieta ofertada e formas de aquisição pelos familiares e/ou cuidadores.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal retrospectivo descritivo, com análise quantitativa de dados, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, sob cadastro na Plataforma Brasil nº CAAE 45380721.1.0000.5453 e parecer nº 4.660.813.



Amostra e Coleta de dados

A amostra incluiu dados secundários de atendimentos realizados a pacientes acompanhados pela equipe de nutrição do SAD-Sul do município de Campinas, São Paulo. Os dados foram provenientes de tabelas de acompanhamento nutricional já preenchidas como rotina do serviço de nutrição e foram incluídos todos os pacientes que foram atendidos durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021. Dados de atendimentos subsequentes de um mesmo paciente foram excluídos do estudo.

Foram considerados dados secundários de atendimentos realizados a indivíduos dos sexos masculino e feminino, em diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos), de diferentes patologias de base. Trata-se de usuários inseridos no SAD-Sul ou que receberam apoio matricial da equipe de nutrição do serviço.

As tabelas de acompanhamento nutricional do SAD-Sul foram preenchidas no programa Excel em planilhas mensais e os dados foram alimentados rotineiramente após as visitas domiciliares (Quadro 1).

Quadro 1 – Variáveis preenchidas na tabela de acompanhamento nutricional.

Bloco	Variáveis
Identificação e características sociodemográficas	Nome, idade, sexo
Características epidemiológicas	Diagnóstico principal
Dados do atendimento	Tipo de atendimento, previsão de retorno
Dados antropométricos	Peso, altura, índice de massa corporal, circunferência de braço, circunferência de panturrilha e altura do joelho
Dados referentes à oferta da alimentação	Via de alimentação, tipo e forma de aquisição da dieta enteral para usuários em TNED.

Fonte: As autoras, 2021.

Para acompanhamento do estado nutricional no momento das visitas domiciliares foram aferidas medidas antropométricas, como circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), altura do joelho (AJ), peso e estatura. Para indivíduos acamados, o peso e a estatura foram estimados a partir de fórmulas padronizadas (CHUMLEA; GUO; STEINBAUGH, 1994). As medidas de CB, CP e AJ foram aferidas com a utilização de fita métrica inextensível em centímetros, com precisão para milímetros.

A frequência das visitas domiciliares para acompanhamento da maioria dos pacientes aconteceu de forma mensal. Para pacientes recém-inseridos no SAD-Sul ou com demandas nutricionais recorrentes, a visita aconteceu em intervalos menores, como semanal ou quinzenalmente. Destaca-se que nem toda visita nutricional resultou em avaliação do estado nutricional com aferição



de medidas antropométricas, uma vez que as visitas também podem ser necessárias para orientações aos familiares e integração com a equipe multiprofissional. Ao final do período, foram realizadas 213 visitas nutricionais durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021.

Indivíduos que passaram pelo atendimento nutricional em mais de uma vez durante o período analisado foram contabilizados uma única vez. Ao todo, dados secundários dos atendimentos realizados a 85 indivíduos foram incluídos para avaliação das variáveis demográficas e epidemiológicas do estudo. Tendo em vista que informações antropométricas de 2 indivíduos não estavam disponíveis, foram considerados dados de 83 indivíduos para classificação do estado nutricional.

Organização do banco de dados

As informações contidas nas tabelas de acompanhamento nutricional foram organizadas em bancos de dados no programa Excel 2016. Para identificação, os pacientes receberam numeração em ordem crescente e, para indivíduos que receberam atendimento mais de uma vez durante o período, apenas o atendimento mais recente foi considerado para o estudo.

Para organização das variáveis categóricas foram considerados: sexo (masculino ou feminino); idade (criança e adolescente, adulto ou idoso); tipo de atendimento (primeiro atendimento ou atendimento subsequente); diagnóstico principal (sequelas de acidente vascular cerebral [AVC], síndromes demenciais [incluiu alzheimer e demências não especificadas], neoplasias, paralisia cerebral, sequelas de politrauma ou traumatismo cranioencefálico [TCE], sequelas de insuficiência respiratória aguda [IRA] ou crônica [IRC] ou outros); via de alimentação (via oral, cateter nasoenteral [CNE], gastrostomia ou via mista); tipo de dieta enteral (artesanal, industrializada em pó ou industrializada líquida); forma de aquisição da dieta enteral (comprada, doada, fornecida via Departamento Regional de Saúde VII [DRSVII] ou fornecida via demanda judicial).

Na categorização de faixa etária, foram considerados os seguintes pontos de corte: crianças e adolescentes: 0 a 19 anos; adultos: 20 a 59 anos; idosos: 60 anos ou mais. Para a categorização de diagnóstico principal foram consideradas as patologias de base mais prevalentes e aquelas que apareceram até duas vezes foram agrupadas em “outros”, tais como: estenose esofágica, epilepsia, esclerose lateral amiotrófica, síndrome de west, HIV, lúpus, doença mitocondrial e ferimento com arma de fogo.

Entende-se como “via mista” de alimentação, a presença de via oral concomitante a outra via alternativa, como CNE ou gastrostomia. Entende-se por “dieta artesanal” aquela preparada com ingredientes caseiros, geralmente batida em liquidificador e peneirada. Ademais, o fornecimento da dieta enteral via DRSVII configura-se como via formal para possibilidade de fornecimento pelo Estado das fórmulas enterais industrializadas no município de Campinas, durante o período do estudo.

Os dados antropométricos foram mantidos em suas respectivas unidades de medida, sendo: circunferência de panturrilha (cm), peso (kg), altura (metro), IMC (kg/m²). Para classificação do estado



nutricional, foram considerados pontos de corte de IMC de acordo com a faixa etária, sendo: crianças e adolescentes (magreza; eutrofia; excesso de peso); adultos (desnutrição, eutrofia, excesso de peso); idosos (baixo peso, peso adequado, excesso de peso). Além disso, a circunferência da panturrilha também foi considerada para a avaliação do estado nutricional dos idosos, considerando valores inferiores a 31 cm como indicativo de depleção muscular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A classificação do estado nutricional considerou as referências disponíveis para as diferentes faixas etárias (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002). A classificação das crianças e adolescentes ocorreu por meio das curvas de crescimento para idade de acordo com percentis, além de classificação em curva apropriada para os indivíduos com paralisia cerebral (PC) (DAY *et al.*, 2011). A descrição detalhada da classificação do estado nutricional para as diferentes faixas etárias pode ser vista no quadro 2:

Quadro 2 – Descrição da classificação do estado nutricional para diferentes faixas etárias

Faixa etária	Classificação do estado nutricional	Descrição
Crianças e adolescentes	Magreza	Inclui <i>magreza</i> (menor que percentil 3) e <i>magreza acentuada</i> (menor que percentil 0,1) segundo curvas de crescimento para idade, além de indivíduos com PC classificados abaixo do percentil 10.
	Eutrofia	Inclui <i>eutrofia</i> (entre os percentis 03 e 85) segundo curvas de crescimento para idade, além de indivíduos com PC classificados entre os percentis 10 e 90.
	Excesso de peso	Inclui <i>risco de sobrepeso</i> (entre os percentis 85 e 97, para crianças menores de 5 anos), <i>sobrepeso</i> (entre os percentis 97 e 99,9, para crianças menores de 5 anos e entre os percentis 85 e 97, para maiores de 5 anos) e <i>obesidade</i> (maior que percentil 99,9 para crianças menores de 5 anos e maior que percentil 97, para maiores de 5 anos), segundo curvas de crescimento para idade, além de indivíduos com PC classificados acima do percentil 90.
Adultos	Desnutrição	IMC < 18,5 kg/m ² ; inclui desnutrição leve, moderada e grave.
	Eutrofia	IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² .
	Excesso de peso	IMC > 25kg/m ² ; inclui sobrepeso e obesidade.
Idosos	Baixo peso	IMC < 23 kg/m ²
	Peso adequado	IMC entre 23 a 27,9 kg/m ² .
	Excesso de peso	IMC > 28 kg/m ² , inclui sobrepeso e obesidade.

Fonte: As autoras, 2021.

Análises estatísticas

Posteriormente, o banco de dados foi analisado pelo software STATA versão 12. Para a análise estatística, foram estimadas proporções para as variáveis categóricas. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se o teste x². O nível crítico utilizado foi de $p < 0,05$.



RESULTADOS

Dentre os 85 pacientes que receberam os atendimentos nutricionais durante o período de janeiro a fevereiro de 2021, 78,2% receberam atendimentos subsequentes, enquanto que 21,8% passaram pelo primeiro atendimento nutricional. O intervalo previsto para as próximas visitas variou de 0 a 60 dias, a depender da necessidade identificada pelo nutricionista no momento do atendimento.

A previsão do retorno mensal foi a mais prevalente, correspondendo a 44,7% dos atendimentos, seguidos de 21,2% dos atendimentos com previsão de retorno para 20 dias, 16,5% com previsão de retorno quinzenal, 10,6% com retorno previsto para 2 meses e apenas 2,4% com previsão do retorno semanal. Além disso, pacientes que apresentaram alta do SAD-Sul, sem identificação de demandas nutricionais recorrentes, foram classificados sem previsão de retorno para as visitas nutricionais, correspondendo a 4,7% dos atendimentos.

Considerando as características demográficas, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (61,2%) e idosos (58,8%), conforme observado na tabela 1. As médias das idades para cada faixa etária foram 7,2 anos para o grupo das crianças e adolescentes, 42,4 anos para adultos e 75,5 anos para idosos.

De acordo com a tabela 1, as patologias de base mais prevalentes foram sequelas de AVC (24,7%), seguidas de síndromes demenciais (23,5%) e neoplasias (15,3%). Dentre as vias de alimentação, o CNE foi a via prevalente, utilizada por 48,2% dos usuários, seguida de gastrostomia (25,9%) e via oral (21,2%). Já a via mista foi a menos prevalente, correspondendo a 4,7% dos usuários.

Ainda conforme a tabela 1, a oferta da dieta enteral industrializada em pó foi a mais prevalente, correspondendo a 59,7% dos indivíduos em uso de terapia nutricional enteral, seguida de dieta industrializada líquida (34,3%). Já a dieta artesanal foi a menos utilizada, correspondendo apenas a 6% dos usuários. Dentre as formas de aquisição da dieta enteral, 68,7% estavam comprando a dieta no momento da visita nutricional, seguidas de doações (14,9%) e recebimento via demanda judicial (9%). Apenas 7,5% dos usuários estavam recebendo a dieta via DRSVII.

Tabela 1: Classificação dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo características demográficas e epidemiológicas, município de Campinas/SP, 2021. (n=85).

Características demográficas e epidemiológicas	n	%
Sexo		
Masculino	52	61,2
Feminino	33	38,8
Faixa etária		
Crianças e adolescentes	20	23,5
Adultos	15	17,7
Idosos	50	58,8
Diagnóstico principal		
Sequelas de AVC	21	24,7



Síndromes demenciais	20	23,5
Neoplasias	13	15,3
Paralisia cerebral	8	9,4
Sequelas de politrauma ou TCE	4	4,7
Sequelas de IRA ou IRC	4	4,7
Outros	15	17,7
Via de alimentação		
CNE	41	48,2
Gastrostomia	22	25,9
Oral	18	21,2
Mista	4	4,7
Tipo de dieta enteral		
Industrializada em pó	40	59,7
Industrializada líquida	23	34,3
Artesanal	4	6,0
Aquisição da dieta enteral		
Comprada	46	68,7
Doada	10	14,9
Fornecida via DRSVII	5	7,5
Fornecida via demanda judicial	6	9,0

Fonte: As autoras, 2021.

Para classificação do estado nutricional, dados antropométricos de 83 indivíduos foram considerados. Entre crianças e adolescentes, 45% apresentavam-se com excesso de peso, seguidos de magreza (40%) e eutrofia (15%). Entre adultos, 57,1% encontravam-se desnutridos, seguidos de eutrofia (35,7%) e excesso de peso (7,2%). Para os idosos, 59,2% encontravam-se com baixo peso, seguidos de peso adequado (28,6%) e excesso de peso (12,2%), conforme observado na tabela 2.

Dentre os 45 idosos que tinham dados de aferição de circunferência de panturrilha durante o atendimento nutricional, 82,2% apresentaram depleção de massa muscular, ou seja, circunferência de panturrilha menor que 31 cm.

Tabela 2: Classificação dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo classificação do estado nutricional, município de Campinas/SP, 2021. (n=83).

Classificação do estado nutricional	n	%
Crianças e adolescentes		
Magreza	8	40,0
Eutrofia	3	15,0
Excesso de peso	9	45,0
Adultos		
Desnutrição	8	57,1



Eutrofia	5	35,7
Excesso de peso	1	7,2
Baixo peso	29	59,2
Peso adequado	14	28,6
Excesso de peso	6	12,2

Fonte: As autoras, 2021.

De acordo com a tabela 3, pode-se observar diferença significativa ($p < 0,05$) para a classificação do estado nutricional por sexo e por faixa etária. Entre a população feminina, a maioria é desnutrida (41,9%), seguida de excesso de peso (35,5%) e eutrofia (22,6%). Entre os homens, a maioria é desnutrida (61,5%), seguida de eutrofia (28,9%) e excesso de peso (9,6%). Ao considerar a faixa etária, a maioria das crianças e adolescentes encontram-se com excesso de peso (45%), enquanto que adultos e idosos, apresentam maiores prevalências de desnutrição (57,1% e 59,2%, respectivamente).

Tabela 3: Classificação do estado nutricional dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo características demográficas e epidemiológicas, município de Campinas/SP, 2021.

Variáveis	Desnutrição		Eutrofia		Excesso de peso		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,015
Masculino	32	61,5	15	28,9	5	9,6	
Feminino	13	41,9	7	22,6	11	35,5	
Faixa etária							0,02
Crianças e adolescentes	8	40,0	3	15,0	9	45,0	
Adultos	8	57,1	5	35,7	1	7,1	
Idosos	29	59,2	14	28,6	6	12,2	
Diagnóstico principal							0,06
Seqüelas de AVC	12	57,1	5	23,8	4	19,1	
Síndromes demenciais	11	55,0	7	35,0	2	10,0	
Neoplasias	8	72,7	3	27,3	0	0,0	
Paralisia cerebral	6	75,0	0	0,0	2	25,0	
Seqüelas de politrauma ou TCE	2	50,0	2	50,0	0	0,0	
Seqüelas de IRA ou IRC	1	25,0	0	0,0	3	75,0	
Outros	5	33,3	5	33,3	5	33,3	
Via de alimentação							0,55
CNE	24	60,0	11	27,5	5	12,5	
Gastrostomia	10	45,5	5	22,7	7	31,8	
Oral	8	47,1	5	29,4	4	23,5	
Mista	3	75,0	1	25,0	0	0,0	
Tipo de dieta enteral							0,93



Industrializada ¹	35	56,5	16	25,8	11	17,7
Artesanal	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Aquisição da dieta enteral						0,42
Comprada	28	62,2	11	24,5	6	13,3
Doadada	5	50,0	3	30,0	2	20,0
Fornecida ²	4	36,4	3	27,2	4	36,4

Fonte: As autoras, 2021.

De acordo com a tabela 4, pode-se observar diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos etários segundo diagnóstico principal, via de alimentação e aquisição da dieta enteral. Em relação às patologias, os idosos contribuíram com as maiores prevalências de sequelas de AVC (80,9%), síndromes demenciais (90%) e neoplasias (76,9%). Já crianças e adolescentes apresentaram as maiores prevalências de paralisia cerebral (87,5%), sequelas de insuficiência respiratória aguda ou crônica (75%) e outros (60%).

A maioria dos indivíduos em uso de cateter nasoenteral são os idosos (82,9%), enquanto que o uso de gastrostomia é mais prevalente entre as crianças e adolescentes (72,7%). A maior prevalência de dieta enteral comprada encontra-se entre os idosos (80,4%), enquanto que as dietas são majoritariamente fornecidas para crianças e adolescentes, considerando o fornecimento via DRSVII (100%) e via demanda judicial (66,7%), conforme observado na Tabela 4.

Tabela 4: Classificação da faixa etária dos usuários atendidos pelo serviço de nutrição do SAD-Sul segundo características demográficas e epidemiológicas, município de Campinas/SP, 2021.

Variáveis	Crianças e adolescentes		Adultos		Idosos		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,44
Masculino	13	25,0	11	21,2	28	53,8	
Feminino	7	21,2	4	12,1	22	66,7	
Diagnóstico principal							<0,01
Sequelas de AVC	0	0,0	4	19,1	17	80,9	
Síndromes demenciais	0	0,0	2	10,0	18	90,0	
Neoplasias	0	0,0	3	23,1	10	76,9	
Paralisia cerebral	7	87,5	1	12,5	0	0,0	
Sequelas de politrauma ou TCE	1	25,0	1	25,0	2	50,0	
Sequelas de IRA ou IRC	3	75,0	0	0,0	1	25,0	
Outros	9	60,0	4	26,7	2	13,3	
Via de alimentação							<0,01
CNE	0	0,0	7	17,1	34	82,9	
Gastrostomia	16	72,7	1	4,6	5	22,7	
Oral	4	22,2	5	27,8	9	50,0	
Mista	0	0,0	2	50,0	2	50,0	
Tipo de dieta enteral							0,38

1 Industrializada: inclui dieta enteral industrializada em pó e líquida.

2 Fornecida: inclui dieta enteral fornecida via DRSVII e via demanda judicial.



Industrializada	14	22,2	10	15,9	39	61,9
Artesanal	2	50,0	0	0,0	2	50,0
Aquisição da dieta enteral						<0,01
Comprada	5	10,9	4	8,7	37	80,4
Doadada	2	20,0	5	50,0	3	30,0
Fornecida via DRSVII	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Fornecida via demanda judicial	4	66,7	1	16,7	1	16,7

Fonte: As autoras, 2021.

DISCUSSÃO

A frequência mínima para monitoramento do estado nutricional preconizada pelo Ministério da Saúde na AD é de três meses, podendo variar de acordo com a necessidade identificada pelos profissionais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015). No presente estudo, a frequência de visitas mensais foi a mais prevalente, semelhante ao que foi observado em estudo de perfil de usuários da AD realizado em Curitiba (JOHANN *et al.*, 2020).

As características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul mostraram-se semelhantes a estudos brasileiros em relação à idade e à doença de base. Diferentes autores encontraram maior prevalência de usuários idosos na AD (JOHANN *et al.*, 2020; CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA; SILVEIRA, 2014; SILVA *et al.*, 2019; RAJÃO; MARTINS, 2019). Em relação à doença de base, a maioria apresentava sequelas de doenças neurológicas, seguida de neoplasias (CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA; SILVEIRA, 2014). A maior prevalência de indivíduos do sexo masculino difere dos achados na literatura, em que foram observadas maiores prevalências de indivíduos do sexo feminino na AD (JOHANN *et al.*, 2020; CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA; SILVEIRA, 2014; SILVA *et al.*, 2019; RAJÃO; MARTINS, 2019).

No estudo, a via prevalente de alimentação foi o CNE, seguida de gastrostomia. Diferente desse achado, estudos realizados com indivíduos da AD em outros municípios brasileiros encontraram maior prevalência na via oral, seguida de gastrostomia (CARNAÚBA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019). A diferença entre esses achados pode se relacionar ao perfil de usuários atendidos. De acordo com os métodos descritos, ambos estudos que encontraram a via oral como predominante tinham como local de estudo SADs que prestavam assistência de baixa a média complexidade. Já o SAD-Sul é caracterizado por prestar cuidados de média a alta complexidade, modalidade de cuidado que pode contribuir para a necessidade de manutenção de diferentes dispositivos, como as sondas para alimentação.

Considerando as diferenças entre as faixas etárias, observou-se a maior prevalência no uso de gastrostomia entre crianças e adolescentes, enquanto que o CNE possui maior prevalência entre os idosos. A literatura é escassa no que diz respeito à prevalência do uso de gastrostomia em crianças, no entanto, estudos internacionais de base populacional, bem como revisão nacional, apontam



que a inserção do dispositivo ocorreu majoritariamente entre lactentes e pré-escolares, uma vez identificada a necessidade de uso prolongado da TNED (PARDY *et al.*, 2021; WYSZOMIRSKA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.* 2021). Já o CNE em idosos aparece como via prevalente de alimentação para indivíduos em uso de TNED em diferentes estudos brasileiros envolvendo essa faixa etária (MENEZES; FORTES, 2019; BATISTA; SILVA, 2020).

Destaca-se que a gastrostomia está indicada para indivíduos que necessitem de TNED prolongada ou impossibilidade de retorno da alimentação por via oral, desde que possuam condições clínicas para realização do procedimento cirúrgico, além de considerar qual será o melhor custo-benefício ao paciente. De acordo com Menezes e Fortes (2019), a gastrostomia foi a via prevalente para idosos após um ano em uso de TNED, considerando uma amostragem de 213 indivíduos acima de 60 anos que eram atendidos pela Gerência de Nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

De acordo com o tipo de dieta ofertada, estudo de representatividade municipal, realizado em Alfenas-MG, também identificou maior uso de fórmulas enterais industrializadas para indivíduos em uso de TNED, sendo menor a prevalência do uso de fórmulas artesanais (5,3%), porcentagem semelhante à encontrada no presente estudo (6%). No entanto, em relação à aquisição da dieta enteral, observou-se predominância na forma de obtenção via programa municipal de fornecimento das fórmulas, seguida das compras, sendo uma pequena parcela dependente exclusivamente de doações (SILVA; SILVEIRA, 2014).

Os achados acima citados são diferentes do presente estudo, em que a compra é a forma principal de aquisição, seguida de doações, e tendo a obtenção via DRSVII como a via menos prevalente. Ressaltamos que o município de Campinas, até o desenvolvimento deste trabalho, não possui um programa municipal para fornecimento de fórmulas enterais, sendo via DRSVII, maneira formal para o recebimento desses insumos pelo Estado.

O Ministério da Saúde orienta considerar o uso de fórmulas artesanais para oferta da TNED, destacando que diversos municípios brasileiros tiveram experiências resolutivas, tendo tais formulações padronizadas em protocolos municipais. A prescrição de fórmulas industrializadas deve estar embasada em critérios clínicos e nutricionais e é recomendado que cada esfera de gestão tenha definido seu próprio protocolo de dispensação dos insumos necessários à TNED, incluindo a dispensação das fórmulas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015). Nesse sentido, o fornecimento de fórmulas enterais industrializadas tem sido subsidiado em diferentes municípios e estados brasileiros. No entanto, os critérios que relacionam a necessidade do fornecimento de tais fórmulas com a garantia da segurança alimentar dos indivíduos em TNED não são regulados (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

Ao comparar a forma de aquisição das fórmulas segundo faixa etária, o presente estudo encontrou que a totalidade do fornecimento via DRSVII, durante o período analisado, estava sendo destinada às crianças e adolescentes, bem como a maioria do recebimento via demanda judicial. Nesse



sentido, destaca-se estudo qualitativo realizado com análise documental de políticas e programas de 29 municípios do estado do Paraná, que encontrou nos programas municipais destinados ao fornecimento de dietoterapia específica no domicílio, maior ênfase às condições clínicas que acometem o público infantil, o que poderia facilitar o fornecimento de fórmulas a essa faixa etária (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

Em relação à classificação do estado nutricional, a maioria das crianças encontrava-se com excesso de peso, enquanto que adultos e idosos apresentaram maiores prevalências de desnutrição. A maioria dos estudos que trazem dados do estado nutricional na AD inclui apenas indivíduos em uso de TNE e, considerando esse grupo, a maior prevalência encontrada também foi de desnutrição (SILVA; SILVEIRA, 2014; SOUSA *et al.*, 2021; BATISTA; SILVA, 2020). Estudo realizado com 600 pacientes de diferentes faixas etárias em uso de TNE no Distrito Federal encontrou maiores prevalências de desnutrição em todas as faixas etárias, sendo essa condição mais evidente entre o grupo dos idosos, crianças e adolescentes (GALVÃO *et al.*, 2012), achado que difere do presente estudo.

Ao considerar a classificação do estado nutricional segundo sexo, a desnutrição foi a condição mais prevalente tanto para homens quanto para mulheres, no entanto, as mulheres apresentaram excesso de peso como segunda condição mais prevalente, diferente dos homens. A literatura é escassa no que diz respeito à diferença do estado nutricional entre homens e mulheres na AD, no entanto, prevalências ligeiramente maiores de excesso de peso têm sido observadas entre os homens no cenário nacional, de acordo com inquérito populacional recente (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2020).

As maiores prevalências de desnutrição na AD podem refletir o estado nutricional prévio, bem como o catabolismo provocado pela doença de base, tendo em vista que o indivíduo pode dar entrada no SAD com risco nutricional ou desnutrição já instalada. Destaca-se, também, o perfil de pacientes acamados na AD como um dos contribuintes para o agravamento da depleção muscular (MENEZES; FORTES, 2019). Além disso, pode existir a oferta insuficiente de alimentação, seja por dificuldade de acesso financeiro das famílias ou até mesmo por recusa do indivíduo que está recebendo os cuidados. Destaca-se, ainda, a dificuldade do manejo da alimentação por parte dos cuidadores, especialmente para indivíduos em uso de TNE, tendo em vista a sobrecarga dos cuidados (FUHR; CIACH, 2019; SILVA; SILVEIRA, 2014).

Sendo assim, torna-se evidente a necessidade de monitoramento do estado nutricional dos usuários da AD, a fim de identificar possibilidades de intervenções precoces, com objetivo de minimizar as repercussões à saúde que ocorrem em decorrência da desnutrição, destacando-se a importância de acompanhamento por equipe multiprofissional capacitada (BISCHOFF *et al.*, 2020; BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,



2015).

Dentre as limitações do presente estudo, destaca-se a utilização de dados secundários que já eram coletados e planilhados rotineiramente pelo serviço de nutrição. Entende-se que dados como renda, gastos destinados à alimentação e maiores informações socioeconômicas poderiam contribuir para uma descrição mais detalhada do acesso à TNED. No entanto, optou-se pela utilização de dados secundários, considerando a limitação de visitas adicionais nos domicílios para realização de entrevistas ou assinaturas de termos de consentimento, tendo em vista a disponibilidade de carros no serviço, além das escalas já estabelecidas pela equipe multiprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados, verificou-se que a maioria dos usuários atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul eram idosos, do sexo masculino, tendo como principal diagnóstico as sequelas de AVC e apresentando o CNE como principal via de alimentação. Dentre os indivíduos em TNED, a maioria utilizava dieta industrializada em pó, tendo a compra como principal via de aquisição.

Em relação ao estado nutricional, crianças e adolescentes apresentaram maiores prevalências de excesso de peso, enquanto que adultos e idosos apresentaram maiores prevalências de desnutrição. A via de alimentação e a forma de aquisição da dieta enteral também apresentaram diferenças entre as faixas etárias, tendo em vista que as crianças e adolescentes apresentaram maior uso de gastrostomia e recebiam a totalidade do fornecimento da dieta enteral via DRS VII no período analisado.

Tais achados contribuem para traçar o perfil nutricional dos usuários que foram atendidos pela equipe de nutrição do SAD-Sul, evidenciando a necessidade de manutenção da assistência nutricional, além da possibilidade de contribuição como ferramenta para identificação de demandas de um dos SAD do município de Campinas.

Entende-se que há particularidades em diferentes municípios para articulação da AD, sendo assim, destaca-se a necessidade de novos trabalhos que possam potencializar os achados do presente estudo e que possam contribuir para uma caracterização mais representativa do perfil dos usuários da AD em diferentes municípios e estados brasileiros. Tal descrição mais representativa pode contribuir para qualificação da assistência multiprofissional na AD, bem como subsídio para desenvolvimento de políticas de saúde que venham ao encontro das demandas dos usuários da AD a nível nacional.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. S. A; SILVA, F. S. Levantamento do estado nutricional e de complicações associadas à terapia nutricional enteral domiciliar em idosos. *Braspen Journal*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 125-129, 2020.

BISCHOFF, Stephan *et al.* ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, Edinburgh, v. 39, n. 1, p. 5-22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>. Disponível em: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(19\)30198-0/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(19)30198-0/fulltext). Acesso em:



10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cuidados em terapia nutricional enteral*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 33, 26 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - Vigitel 2019*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2020.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Serviço de Atenção Domiciliar*. Campinas: SMS, 2021. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/unidades/sad/sad_sul/sad.htm. Acesso em: 8 mar. 2021.

CARNAÚBA, C. M. D *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.353-363, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160163>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/w5dCYXzQ37RvM4yvVXy5hwj/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2021.

CHUMLEA, Cameron; GUO, Shumei; STEINBAUGH, Maria. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility – impaired or handicapped persons. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v. 94, n. 12, p. 1385-1391, 1994. DOI: 10.1016/0002-8223(94)92540-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7963188/>. Acesso em: 10 maio 2021.

DAY, S. M. *et al.* Life expectancy project. growth patterns in a population of children and adolescents with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, Chicago, v. 49, n. 3, p. 167-171, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2801> Disponível em: <https://www.lifeexpectancy.org/articles/GrowthCharts2.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

FUHR, Aline Luiza; CIACH, Érika Marafon Rodrigues. Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. e36926, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2019.36926>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/36926>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GALVÃO, N. R. L. *et al.* Eficácia da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal – DF. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 29-35, 2012.

JANSEN, Ann Kristine *et al.* Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar – promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares



especiais. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 233-247, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10300>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10300>. Acesso em: 12 abr. 2021.

JOHANN, D. A *et al.* Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde: perfil de pacientes assistidos. *Revista de Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 41, n. 1, p. 83-94, 2020.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicéntrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: informe preliminar: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud; 9-11 jun 2001. Kingston, 2002.* Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45890?locale-attribute=pt>. Acesso em: 12 maio 2021.

MAZUR, Caryna Eurich *et al.* Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 757-769, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10345>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10345>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MENEZES, Caroline Soares; FORTES, Renata Costa. Nutritional status and clinical evolution of the elderly in home enteral nutritional therapy: a retrospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, n. 3 p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2837.3198> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dgCH83KcXfnCMcjFwWKS5pn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MUNDI, Manpreet *et al.* Prevalence of home parenteral and enteral nutrition in the United States. *Nutritional Clinical Practice*, Baltimore, v. 32, n. 6, p.799-805, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1177/0884533617718472> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28715295/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

OLIVEIRA, João Paulo Lima *et al.* Aspectos clínicos de pacientes infanto-juvenis em terapia nutricional enteral domiciliar: uma revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p. e310216, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310216>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/RbnLDQtLzcSrfbg9hnMLrYf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 ago. 2021.

PARDY, Caroline *et al.* Point prevalence of gastrostomy in a paediatric population. *Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition*, New York, v. 72, n. 4, p. 528-531, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003016> . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33306583/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

RAJÃO, F. B.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1863-1876, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqxNqstXftvkTvLxzHz3gJn/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.



SILVA, Ana Cláudia.; SILVEIRA, Simonton de Andrade. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.783-794, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10527>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10527>. Acesso em: 5 jul. 2021.

SILVA, D. V. S *et al.* Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enfermagem em foco*, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 112-118, 2019.

SOUSA, Juliana Barbosa *et al.* Análise da efetividade da terapia nutricional em pacientes sob cuidados paliativos do programa Melhor em Casa no município de Queimadas-PB. *Research, Society and Development*, Itajubá, v. 10, n. 6, p. e2410615232, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15232>. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3222325-an%C3%AAlise-da-efetividade-da-terapia-nutricional-em-pacientes-sob-cuidados-paliativos-do-programa-melhor-em-casa-munic%C3%ADpio-de-queimadas-pb. Acesso em: 8 set. 2021.

THIEME, Rubia Daniela.; SCHIEFERDECKER, Maria Eliana.; DITTERICH, Rafael Gomes. Idosos em terapia nutricional enteral no domicílio: integração das políticas públicas nacionais e programas municipais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, e200157, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200157>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/LMMdjBFVfX9yW98VwzB4fQ/?lang=pt>. Acesso em: 1 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, n. 854. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 12 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> . Acesso em: 12 mai. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weightfor-length, weight-for-height and body massindex-for-age. Methods and development. WHO (non serial publication). Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: 12 maio 2021.

WYSZOMIRSKA, Karolina *et al.* Home Artificial Nutrition in Polish Children: An Analysis of 9-Year National Healthcare Provider Data. *Nutrients*, Basel, v. 13, n. 3, e1007, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13031007>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/journal/nutrients>. Acesso em: 8 ago. 2021.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 01 de Março de 2022.

Aceito em 14 de Outubro de 2022.

Publicado em 09 de Dezembro de 2022.



Como referenciar este artigo (ABNT):

GUALASI, Ana Carolina; HARA, Larissa Miho. Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 31-48, 2022.

