

RESUMO EXPANDIDO ESTRUTURADO - SAÚDE GLOBAL E DIREITOS
HUMANOS - ABORDAGENS EM SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E
OS DESAFIOS GLOBAIS EM SAÚDE PÚBLICA.

**RISCOS NUTRICIONAIS PRESENTES NO USO DE DIETA ENTERAL
ARTESANAL POR PACIENTES DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DO
CARIRI CEARENSE.**

Cícera Juliana Alves Pereira (julianaalvespereira0624@gmail.com)

Antônia Stéfane Silva Alexandre (stefanealexandre08@gmail.com)

Analicy Inácio Pontes (analicyinacio@gmail.com)

Karizia Inácio Da Silva (kariziainacio023@gmail.com)

Antonio Wisley Pedrosa Cavalcante (wisleypedrosa@hotmail.com)

INTRODUÇÃO

A alimentação é um direito social assegurado pela Constituição Federal Brasileira (Brasil, 2010) e

os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e do Sistema

Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) corroboram para a garantia desse direito

a toda a população, incluindo aqueles com necessidades especiais (Brasil, 2013), como é o caso

dos indivíduos que se alimentam através de dispositivos como sondas enterais. A TNE é indicada

aos pacientes em risco nutricional ou desnutrição, que se encontram impossibilitados de satisfazer

as suas necessidades energéticas através da alimentação por via oral (Bischoff et al., 2022). A

desnutrição, em síntese, é o resultado do consumo, absorção ou retenção inadequados de energia

e/ou proteínas dietéticas (Ross; Caballero; Cousins; Tucker; Ziegler, 2016). Ainda que em estado

precoce, a má nutrição resulta em alterações funcionais orgânicas importantes, onde indivíduos

desnutridos apresentam comprometimento físico e mental, além de uma capacidade diminuída de

combater à doença e estando ainda associada ao aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes

(Braspen, 2018). É objetivo deste trabalho compreender quais os principais riscos associados ao

consumo da DAC, bem como vislumbrar possíveis estratégias a serem desenvolvidas para

minimizar tais riscos e suprir a necessidade deste público, tendo em vista a fragilidade das políticas

que envolvem este tema e corroboram para o risco nutricional iminente destes pacientes.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de campo observacional e documental, realizada em

uma unidade hospitalar do município de Crato–CE, entre os meses de outubro e novembro de 2024.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, em uso de sonda enteral há pelo menos três meses

e que utilizavam DAC após a alta hospitalar. Os dados foram coletados por meio da ficha clínica,

Triagem de Risco Nutricional (NRS 2002) e avaliações antropométricas (peso, altura e IMC

estimado, circunferência de braço e altura do joelho) aplicando-se a equação de Chumlea et al.,

(1998). As informações foram organizadas em tabelas e analisadas de forma descritiva no

Microsoft Excel. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNINASSAU sob parecer de nº

7.155.987. RESULTADOS: Os dados analisados foram elaborados conforme coleta de 4 pacientes

que atenderam aos critérios de elegibilidade. Dos pacientes avaliados, 2 pessoas eram do sexo

masculino (50%) e 2 do sexo feminino (50%) e 3 (75%) possuíam idade superior a 70 anos. Em

todos os casos, elencou-se como motivo para o início do uso da sonda atrelado a sequelas de

múltiplos AVEs (acidente vascular encefálico), estando ainda combinados à progressão de doenças

como Alzheimer (25%) e Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) (25%). No presente estudo, todos

os pacientes avaliados utilizavam a sonda do tipo nasogástrica, com a sua passagem tendo sido

realizada há cerca de 4 meses, 5 meses, 9 meses e o mais antigo 4 anos, contrariando as

recomendações presentes na literatura, ao qual orientam usar a sonda enteral, inserida por via oral

ou nasal, apenas em casos de nutrição enteral por um curto período de tempo, menor que seis

semanas, para situações em que será necessário um longo tempo de uso, a gastrostomia e/ou a

jejunostomia são mais indicadas (Braspen, 2021). A limitação no tempo de uso da sonda

nasogástrica se justifica por uma combinação de fatores clínicos e práticos, onde se incluem:

desconforto nasofaríngeo, sinusite, lesão por pressão relacionada à fixação, erosão do septo nasal,

epistaxe, desconforto, dor, vômito e recusa da sonda, além de serem altamente desconfortáveis, o

que afeta a qualidade de vida do paciente e a adesão ao tratamento (Mota; Rigobello; Silveira;

Giemenes, 2021; Anziliero; Nora; Beghetto, 2023). Ao serem indagados sobre a renda, o nível de

escolaridade dos pacientes e o motivo de utilizarem a DAC, os cuidadores/familiares afirmaram

que todos os investigados possuíam como fonte de renda apenas o salário mínimo referente à sua

aposentadoria, e apenas 1 paciente (25%) teria concluído o ensino médio, tendo os demais o ensino

fundamental incompleto (50%) ou nenhum estudo (25%). No que condiz ao uso da DAC, todos

alegaram a preferência familiar como motivo decisório, acrescentou-se ainda por dois participantes

(50%) a maior acessibilidade financeira da dieta como um fator igualmente determinante para a

sua escolha. O acesso à alimentação pode ser dificultado em situações sociais adversas, algumas

condições como diminuição da renda familiar, demissão empregatícia de um ou mais membros da

família para o cuidado com o doente, aumento de dívidas e necessidade de corte de gastos

essenciais afetam diretamente o acesso à alimentação (Meller et al., 2024).

Núcleos familiares com

maior densidade domiciliar, cor negra/parda e cujo representante do domicílio possui baixa

escolaridade estão mais suscetíveis à insegurança alimentar (Santos; Palmeira; Oliveira, 2024). A

alimentação promovida através da DAC é abundante entre pacientes que se encontram em Terapia

Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) atribuindo essa realidade, dentre outros fatores, ao custo

financeiro indubitavelmente inferior das dietas enterais artesanais (Sousa; Shieferdecker;

Ditterisch, 2023). Um estudo realizado por Kutz et al. (2018) padronizou e comparou DACs quanto

ao valor energético, densidade energética, macronutrientes e custo, revelando ao fim da pesquisa

que as DACs que haviam sido elaboradas apresentaram custo oito vezes menor que o valor médio

de dietas industrializadas. No que concerne à frequência alimentar dos pacientes, foi informado

que dois deles faziam 6 refeições ao dia, enquanto os demais alimentavam-se um total de 4 e 5

vezes. Três pacientes (75%) tinham como parte de duas de suas refeições diárias o suplemento

hipercalórico e hiperproteico (50%) e o módulo de carboidratos (25%) e apenas um (25%) não

ingeria nenhum tipo de suplemento alimentar em sua dieta. Em um estudo realizado por Kutz et

al., (2018), comparou-se DACs em seus aspectos de composição nutricional e custo para preparo,

revelando que aquelas que haviam sido preparadas utilizando-se a adição de fórmula enteral

polimérica em pó possuíam composição calórica equilibrada, caracterizando-se como

normocalóricas, sendo, deste modo, adequadas ao uso pelos pacientes em TNED. O oposto, no

entanto, foi observado na preparação isenta de SNO que apresentou composição nutricional

hipocalórica. Averiguou-se ainda neste estudo a presença de quadros de diarreia, regurgitação,

vômito, dor e/ou distensão abdominal, bem como a suspensão da alimentação, a fim de identificar

quaisquer intercorrências possíveis de afetar o estado nutricional do paciente. De todas as

irregularidades investigadas, apenas a distensão abdominal (50%), dor abdominal (25%) e

regurgitação (25%) ocorreram durante o uso da DAC. Foi questionado ainda aos

cuidadores/familiares, quais dificuldades no uso da DAC eles elencariam, obtendo-se como

resposta o receio em preparar a dieta de maneira inadequada (75%), temor que ocorresse

entupimento da sonda (75%), considerar a dieta complexa e trabalhosa de ser executada (25%),

desgaste físico no preparo da DAC (25%), desperdício dos alimentos (25%) e relato de que a dieta

seria perigosa, uma vez que haveria causado um processo infeccioso no intestino da paciente

(25%). Apenas um participante (25%) afirmou não sentir qualquer dificuldade no manejo e uso da

DAC. As dietas enterais do tipo artesanais, por serem mais complexas de serem elaboradas,

apresentam maior erro de porcionamento e inadequação nutricional, sendo muitas dietas

incompletas em calorias, macronutrientes, vitaminas e minerais; são mais suscetíveis a risco de

contaminação durante o preparo e exigem maior estrutura domiciliar em sua preparação (Braspen,

2018; Jansen; Generoso; Miranda; Guedes; Henriques, 2014 e Candido et al., 2017). A avaliação

antropométrica dos pacientes vinculada à Nutritional Risk Score 2002 (NRS 2002) evidenciou

estado de desnutrição em 3 pacientes (75%) e de eutrofia no 1 (25%). Para todos (100%), o escore

nutricional foi ≥ 3 , demonstrando situação de risco nutricional em todos os pacientes avaliados. As

causas da desnutrição são múltiplas, estando muitas vezes inter-relacionadas, isto ocorre porque a

desnutrição, muito além de predispor à doença, também afeta negativamente o seu resultado

(Garcia-Almeida et al., 2017; Cawood; Elias; Stratton, 2012). Outra condição patológica associada

à desnutrição é a sarcopenia, um distúrbio muscular esquelético generalizado que resulta em perda

de massa, bem como de força muscular, afetando negativamente o desempenho físico do paciente

(Goes-Santos; Carson; Da Fonseca, 2024; Cruz-Jentoft; Bahat; Bauer, 2019). A sarcopenia do tipo

secundária poderá ocorrer em pacientes que apresentem condições crônicas como: baixa ingestão

de proteínas, inadequação na quantidade de energia consumida na dieta e falência avançada de

órgãos, estando associada ao aumento da morbimortalidade deste público (Bauer; Morley; Shols,

2019; Goes-Santos; Carson; Da Fonseca, 2024). CONCLUSÃO: O estudo evidenciou que o uso

da dieta enteral artesanal está diretamente associado a riscos nutricionais elevados, decorrentes de

inadequações na preparação e falta de orientação técnica. A prevalência de desnutrição e

insegurança alimentar reforça a necessidade de apoio governamental, com políticas que assegurem

fornecimento de dietas industrializadas, treinamento de cuidadores e acompanhamento

multiprofissional.

Palavras-chave: nutrição enteral; dieta artesanal; risco nutricional; terapia nutricional domiciliar.