

# PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

## NUTRITIONAL PROFILE OF HOME CARE PATIENTS

### PERFIL NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

✉ Maria Carolina Goes Melo<sup>1</sup>, ✉ Carolina Drummond Barboza<sup>2</sup>, ✉ Nathanael da Silva Ferreira<sup>3</sup> e ✉ Ismael Paula de Souza<sup>4</sup>

#### RESUMO

Caracterizar o perfil nutricional de pacientes acompanhados pela assistência domiciliar. Estudo do tipo transversal, descritivo e quantitativo. Foram incluídos 160 participantes e coletados peso, altura, circunferência do braço (CB) e altura do joelho. A classificação do estado nutricional foi pelo IMC e CB para adultos e pela OMS para pediatria. A amostra foi composta por 28 pacientes pediátricos, 86 idosos e 46 adultos. Os resultados foram expressos em médias e percentuais. Observou-se maior prevalência de baixo peso em idosos (72%). Pela CB, a maioria dos idosos apresentou algum grau de desnutrição (74,41%). Nos adultos, observou-se que 45,65% (n=21) estavam com magreza e 67,39% com desnutrição pela CB. Analisando o índice de peso/idade, observou-se que 82% das crianças apresentaram peso adequado, seguido de muito baixo peso (10,71%). Os participantes adultos e idosos apresentavam inadequações no estado nutricional devido a algum grau de desnutrição já instalada.

**Descritores:** Estado Nutricional; Avaliação Nutricional; Desnutrição; Assistência Domiciliar.

#### ABSTRACT

To characterize the nutritional profile of patients receiving home care. This was a cross-sectional, descriptive and quantitative study. 160 participants were included and weight, height, upper arm circumference (AC) and knee height were collected. Nutritional status was classified by BMI and AC for adults and by WHO for pediatrics. The sample consisted of 28 pediatric patients, 86 elderly people and 46 adults. The results were expressed as means and percentages. There was a higher prevalence of underweight in the elderly (72%). By AC, most of the elderly had some degree of malnutrition (74.41%). Among the adults, 45.65% (n=21) were underweight and 67.39% were malnourished by AC. An analysis of the weight/age index showed that 82% of the children were of adequate weight, followed by the very underweight (10.71%). The adult and elderly participants had inadequate nutritional status due to some degree of malnutrition.

**Keywords:** Nutritional Status, Nutritional Assessment; Malnutrition; Home Care.

#### RESUMEN

Caracterizar el perfil nutricional de los pacientes que reciben atención domiciliar. Se trató de un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. Se incluyeron 160 participantes y se recogieron el peso, la talla, la circunferencia del brazo (CB) y la altura de la rodilla. El estado nutricional se clasificó utilizando el IMC y el CB para adultos y la OMS para pediatría. La muestra estaba formada por 28 pacientes pediátricos, 86 ancianos y 46 adultos. Los resultados se expresaron como medias y porcentajes. Hubo una mayor prevalencia de bajo peso en los ancianos (72%). Por CB, la mayoría de los ancianos presentaba algún grado de desnutrición (74,41%). Entre los adultos, el 45,65% (n=21) tenían bajo peso y el 67,39% estaban desnutridos según el CB. Analizando el índice peso/edad, el 82% de los niños tenían un peso adecuado, seguidos de los que tenían muy bajo peso (10,71%). Los participantes adultos y ancianos presentaban un estado nutricional inadecuado debido a algún grado de desnutrición.

**Descritores:** Estado Nutricional; Evaluación Nutricional; Malnutrición; Atención Domiciliar.

<sup>1</sup> Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Fortaleza/CE - Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Fortaleza/CE - Brasil.

<sup>3</sup> Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Fortaleza/CE - Brasil.

<sup>4</sup> Hospital Regional da Unimed, Fortaleza/CE - Brasil.

## INTRODUÇÃO

O estado nutricional é um importante indicador de saúde que reflete o equilíbrio entre a ingestão e a demanda (necessidade) de nutrientes de um indivíduo. A sua avaliação é um instrumento diagnóstico para caracterizar agravos em populações, sendo recomendada a combinação de métodos antropométricos, dietéticos e bioquímicos na rotina diária dos cuidados em saúde<sup>1</sup>.

A desnutrição tende a aumentar na população idosa consideravelmente com a progressão da idade, presença de comorbidades e dependência de cuidados. Entretanto, esta condição permanece subdiagnosticada e subtratada, inclusive no ambiente hospitalar. É de extrema importância identificar pacientes com maiores riscos, para que haja intervenção precoce com elaboração nutricional personalizada<sup>2</sup>.

A terapia nutricional em domicílio é compreendida no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos pacientes com necessidades especiais de alimentação e nutrição, com estabilidade clínica e que podem receber cuidados dos seus próprios familiares ou responsáveis legais, após estes serem devidamente capacitados por intermédio de treinamentos e educação em saúde, proporcionando a alta hospitalar e a reintegração ao convívio familiar, evitando assim as internações hospitalares a longo prazo ou rehospitalizações<sup>3</sup>.

Dentre os riscos e complicações do paciente em cuidados domiciliares, está o risco de desnutrição devido à ausência ou diminuição de supervisão da terapia nutricional deste paciente, bem como o estabelecimento de uma dietoterapia inadequada às necessidades nutricionais do paciente e às condições e rotina familiar dessa maneira. O risco nutricional pode estar aumentado nessa população e, conseqüentemente, o surgimento de desnutrição<sup>4</sup>.

As lacunas no processo de cuidados domiciliares, a necessidade de intervenções nutricionais precoces e a avaliação do estado nutricional, logo após a saída do ambiente hospitalar e na entrada do domicílio, são pouco descritas na literatura.

Dessa maneira, o objetivo desse estudo foi caracterizar o estado nutricional dos pacientes acompanhados por um serviço de atendimento domiciliar.

## MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, descritivo e quantitativo. O estudo transversal é aquele que coleta e analisa dados em um determinado ponto no tempo. No estudo descritivo, analisamos dados de uma determinada população sem alterá-los ou realizando intervenções, com o objetivo de descrever dados detalhados sobre determinada população. Já o estudo quantitativo visa realizar a análise dos dados aplicando análises estáticas, tais como percentuais, médias e regressões<sup>5</sup>.

A pesquisa foi realizada no Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA), equipamento da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), localizado em Fortaleza-Ceará.

Foram incluídos na pesquisa 160 indivíduos pediátricos, adultos e idosos de ambos os sexos, com indicação de monitoramento pelo serviço de nutrição do SAD do HGWA. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que apresentaram a impossibilidade de aferir a circunferência da panturrilha por questões anatômicas

(membros inferiores amputados bilateralmente) ou clínicas (linfedemas), bem como aqueles pacientes cujos familiares não aceitaram a inclusão na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no momento da visita domiciliar do nutricionista do SAD ao paciente. Foi elaborado um questionário semiestruturado, contendo informações de identificação do paciente (como iniciais do nome, sexo e idade), diagnóstico clínico e presença de comorbidades, via de alimentação e tipo de dieta em uso atual (inclusive informações sobre utilização de suplementação). Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2021, após aprovação na Plataforma Brasil.

A avaliação antropométrica foi realizada pela aferição do peso pela balança digital portátil com capacidade de até 150kg antiderrapante Mondial Ellegance®, com o mínimo de roupa possível, sem chinelos ou sandálias e acessórios que pudessem interferir na pesagem. A verificação da altura foi realizada com o uso de um estadiômetro compacto com capacidade para 210 cm, da marca Wiso®. O suporte do estadiômetro foi preso na parede a 2 metros de altura, sendo puxado para baixo até alcançar a altura do indivíduo com ele descalço, com os pés unidos, encostado na parede com a cabeça ereta.

Quanto aos pacientes que não foi possível pesar e verificar a altura pelos métodos convencionais, foram tirados o peso e altura por estimativa, utilizando a fórmula de Chumlea<sup>6</sup>, sendo que, na fórmula para o cálculo da altura estimada, utiliza-se a medida da altura do joelho, e para o cálculo do peso estimado, a altura do joelho e a circunferência do braço (aferida com fita inelástica).

Com os dados da altura e do peso coletados, foi calculado o IMC (Índice de Massa Corporal) de cada paciente, por meio da fórmula peso/altura<sup>2</sup>. Para a classificação do IMC do idoso, foi utilizado o ponto de corte para idosos, propostos pelo *Nutrition Screening Initiative* (NSI)<sup>7</sup>, que considera baixo peso (IMC < 22 kg /m<sup>2</sup>), p, peso adequado ou eutrófico (22-27 kg/m<sup>2</sup>) e sobrepeso (>27kg/m<sup>2</sup>).

Para a classificação do IMC de adultos, foram utilizados os pontos de corte propostos pela *World Health Organization*<sup>8</sup>, que considera magreza (IMC<18,5kg /m<sup>2</sup>), peso adequado ou eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (>30 kg/m<sup>2</sup>). O diagnóstico de adequação do peso para a idade da criança foi realizado segundo o ONIS<sup>9</sup>.

Foi também utilizado o parâmetro da circunferência da panturrilha (CP), medida com o indivíduo sentado (com o uso da trena de fibra simples com trava, da marca Sanny), com a perna esquerda formando um ângulo de 90° com o joelho. A medida foi realizada na região de maior realce da panturrilha, sem comprimi-la. Valores inferiores a <31cm indicam perda de massa muscular, com diagnóstico de desnutrição; valores >31 indicam reserva muscular preservada ou adequada<sup>10</sup>.

Para a verificação da circunferência braquial, o braço do paciente estava em um ângulo de 90 graus, sendo apalpada a proeminência do olécrano e da ulna e medidas com uma fita métrica. Depois foi verificado o ponto médio entre a distância dos dois; em seguida, contornando o braço com a fita métrica inelástica na altura do ponto médio sem pressionar<sup>11</sup>. A altura do joelho foi aferida com o paciente sentado ou deitado com o tornozelo e joelho flexionado em ângulo reto e posicionando a base da fita antropométrica sob o calcanhar do pé direito e a haste pressionando a cabeça da fíbula<sup>12</sup>.

A informação sobre a presença de lesão por pressão no paciente acompanhado pelo SAD foi dada a partir da busca ativa no prontuário eletrônico dele. Vale ressaltar que dentro da equipe existem profissionais de enfermagem que realizam esse diagnóstico. Antes de cada visita domiciliar, o prontuário eletrônico é aberto para leitura e apropriação do caso clínico do paciente. Esse é considerado um procedimento de rotina próprio do serviço.

A análise dos dados foi realizada através do programa Microsoft Excel versão 2010, mediante frequência simples e absoluta. O cálculo da taxa de prevalência de LLP será obtido a partir do número de indivíduos afetados em determinado momento, dividido pelo número de pessoas em risco (número total de entrevistadas).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Distrital Gonzaga Mota, conforme consta no Parecer Consubstanciado nº 5.649.747. Aos entrevistados, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466/12<sup>13</sup>, que direciona os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Os dados foram separados em dois blocos, divididos entre eixo adulto/idoso e pediátrico para a melhor compreensão dos resultados. A amostra foi composta por 132 pacientes com maior prevalência do sexo feminino 53% (n=70). Desses pacientes, 65% (n=86) eram idosos e 12% (n=16) estavam sob cuidados paliativos. 15% (n=19) apresentavam LPP em diferentes estágios e regiões.

Quando avaliado o IMC, observou-se uma maior prevalência de baixo peso em idosos (72%/n=62). Pela aferição da CB, foi possível inferir que a maior parte dos idosos apresentaram algum grau de desnutrição quando somadas as três classificações (74,41%/n=64). Na população adulta, observou-se que 45,65% (n=21) estavam com algum grau de magreza pelo IMC e 67,39% (n=31) apresentavam algum grau de desnutrição pela CB.

**Tabela 01. Estratificação do estado nutricional pelo IMC e CB de pacientes em cuidados domiciliares. Fortaleza, CE, 2024**

IMC Adulto	Nº	%	IMC Idoso	Nº	%
Magreza	21	45,65%	Baixo Peso	62	72,09%
Eutrofia	18	39,13%	Eutrofia	16	18,60%
Sobrepeso	4	8,7%	Sobrepeso	5	5,81%
Obesidade	3	6,52%	Obesidade	3	3,5%

  

CB Adulto	Nº	%	CB Idoso	Nº	%
Depleção Grave	8	17,4%	Depleção Grave	17	19,76%
Depleção Moderada	9	19,56%	Depleção Moderada	18	20,93%

Depleção Leve	14	30,43%	Depleção Leve	29	33,82%
Eutrofia	9	19,56%	Eutrofia	10	11,62%
Sobrepeso	2	4,35%	Sobrepeso	7	8,13%
Obesidade	4	8,7%	Obesidade	5	5,81%

**Fonte:** elaborado pelos autores, 2024.

Referente à via de alimentação escolhida, identificou-se que o uso da sonda nasoenteral (SNE) foi a mais prevalente (59%/n=51), como pode ser observado na tabela abaixo:

**Tabela 02. Estratificação das vias de alimentação de pacientes em cuidados domiciliares. Fortaleza, CE, 2024**

Via de alimentação	Nº	%
Via oral	37	28%
Sonda nasoentérica (SNE)	71	54%
Gastrostomia	23	17%
Mista (SNE + Via oral)	1	1%

**Fonte:** elaborado pelos autores, 2024.

A análise de dados na pediatria apontou uma amostra composta por 28 pacientes, com idade média de  $6,4 \pm 4,2$  anos, com maior prevalência do sexo masculino - 55,55% (n=15).

Quando avaliado o índice antropométrico peso por idade, observou-se que 85,18% (n=23) apresentaram peso adequado para a idade, seguido de muito baixo peso para a idade 11,11% (n=3). Conforme descrito na tabela abaixo:

**Tabela 03. Estratificação do índice de PESO x IDADE de crianças em cuidados domiciliares. Fortaleza, CE, 2024**

Adequação de Peso	Nº	%
Muito Baixo Peso para Idade	3	10,71%
Baixo Peso para Idade	2	7,15%
Peso Adequado para Idade	23	82,14%
Peso Elevado para Idade	-	-

**Fonte:** elaborado pelos autores, 2024

## DISCUSSÃO

A desnutrição hospitalar é um problema evidente e que vem tomando espaço na literatura frequentemente nos últimos anos. Contudo, as implicações desse estado nutricional após internação podem repercutir no *status* funcional e clínico do paciente quando o mesmo já se encontra no domicílio, dificultando assim a adequação de peso e aumentando os riscos de complicações associadas à desnutrição<sup>14</sup>.

No estudo de Fernandes<sup>15</sup>, foi descrito que, no momento da orientação nutricional, durante a chegada ao domicílio de pacientes oncológicos em uso de nutrição enteral, observou-se a maior prevalência de baixo peso pelo IMC (49,2%) e um maior percentual de perda de peso durante o acompanhamento (39,7%), mesmo a maior parte dos pacientes estando com metas nutricionais mais altas (30-35 kcal/k/dia e 1,2-1,5 de ptn/kg/dia). Os autores apontam que tanto os pacientes quanto seus cuidadores podem apresentar dificuldades no manejo da sonda enteral domiciliar, o que por sua vez pode acarretar complicações como a adesão à terapia nutricional mais adequada, levando assim à perda de peso e mudança de estado nutricional<sup>15</sup>.

A partir de Campos<sup>16</sup>, em seu estudo com pacientes idosos na assistência domiciliar, foi possível observar que a aplicação da miniavaliação nutricional se mostrou mais específica para rastreamento do risco nutricional (40%) quando comparado à aferição da CB (10%) e do IMC (8%) para rastreamento de desnutrição. Esse dado difere dos nossos resultados que, de forma diferente, mostraram a presença de desnutrição nessa população. A literatura aponta as limitações da avaliação antropométrica e a superioridade do rastreamento pelas triagens nutricionais e sua recomendação no ambiente hospitalar é mandatória. Contudo, poucos estudos reforçam seu uso no domicílio, não sendo recorrentes as recomendações dessa prática<sup>17</sup>.

Um dado relevante exposto no estudo de Lindenau<sup>18</sup> foi que, além da presença de desnutrição observada pela avaliação subjetiva global (ASG) (95.5%), quase 40% dos pacientes apresentaram ingestão alimentar menor que o habitual e 56,5% apresentaram algum tipo de redução na ingestão alimentar. Muitas vezes, a regularidade da ingestão não é monitorada, devendo a transferência desses cuidados para a família ou cuidador responsável, a fim de evitar maiores perdas no estado nutricional e início de desnutrição em pacientes domiciliares<sup>18</sup>.

Guerreiro<sup>19</sup>, em seu estudo com pacientes oncológicos atendidos em um ambulatório de nutrição, utilizou diferentes métodos, como IMC, CB e ASG, para realização do diagnóstico nutricional. Quando avaliado o IMC isoladamente, esse indicador não mostrou sensibilidade para rastreamento de desnutrição, diferente da CB (que sozinha pode ser utilizada como preditor de estado nutricional) e da ASG que se mostrou mais sensível. Dessa maneira, é possível inferir que utilizar outros parâmetros, além do IMC, em pacientes acompanhados no domicílio, pode ser uma estratégia eficaz para esse rastreamento<sup>19</sup>.

Ruggeri<sup>20</sup> apontou em seu estudo, com 969 em pacientes com câncer em cuidados domiciliares recebendo nutrição enteral ou parenteral, que paciente com caquexia e caquexia refratária no momento da admissão dos cuidados domiciliares foi associada a uma sobrevivência reduzida a uma baixa expectativa de vida em 6 semanas.

Cavagnari<sup>14</sup> mostrou em seu estudo que a via de alimentação mais frequentemente foi a via oral (45,8%), seguida da via enteral (41,7%), dados que, diferentemente desse e de outros estudos na literatura, apontam uma maior prevalência de uso de terapia nutricional enteral exclusiva<sup>21</sup>. Devido às condições clínicas dos pacientes no momento da transição para o domicílio, pela segurança, minimizando os riscos de broncoaspiração e respeitando o status funcional do indivíduo, muitos pacientes acabam indo com uma via

alternativa de alimentação e sendo acompanhados por serviços domiciliares para realização de, entre muitas coisas, o desmame da sonda<sup>21</sup>.

Poucos estudos trazem uma avaliação nutricional acurada nos pacientes pediátricos em cuidados domiciliares. No estudo de Sousa<sup>22</sup>, realizado com crianças atendidas em um ambulatório de pacientes especiais de um hospital escola, observou-se que, mesmo no domicílio, os pacientes pediátricos apresentaram peso adequado para a idade (59%) e 39% apresentaram baixo peso para idade. Em outro estudo<sup>23</sup> também se encontrou uma maior prevalência de eutrofia (73,6%) em uma população pediátrica assistida em domicílio. Sabe-se que os índices de desnutrição nessa população são maiores quando hospitalizados e que no domicílio pode ocorrer a recuperação do estado nutricional quando o paciente é assistido de maneira adequada pela equipe de cuidados interdisciplinares<sup>24</sup>.

Dipasquale<sup>25</sup> trouxe algumas recomendações para atenção nutricional em crianças em uso de nutrição enteral em domicílio. Dentre eles, a avaliação do estado nutricional de forma acurada é mandatória nesta população, visto o risco de desnutrição e mudança das necessidades energéticas durante o acompanhamento. A atenção deve ser redobrada para crianças com comprometimento neurológico, visto a necessidade de utilização de medidas e de fórmulas para avaliação corporal específicas para a idade e estado. A avaliação da composição corporal e diferenciação entre músculos e gordura também deve ser realizada nesta população<sup>25</sup>.

Foi possível identificar um baixo percentual de pacientes sob cuidados paliativos, divergindo assim dos resultados encontrados nos estudos de Cavagnari e colaboradores<sup>14</sup> e Amano e colaboradores<sup>26</sup>, que encontraram em seus estudos uma amostra considerável de pacientes em palição utilizando nutrição enteral domiciliar. A realidade dos cuidados domiciliares nesta população é grande. Acreditamos que neste estudo o período de coleta possa ter influenciado nesse resultado, visto a alta prevalência de pacientes em palição.

É fato que, como medida proporcional ao conforto, muitas vezes, esse paciente é desospitalizado para que a realização dos cuidados possa acontecer no aconchego de casa. Contudo, a realidade do paciente crônico com elevada capacidade de reabilitação, por vezes, se confunde com o paciente em cuidados paliativos, interferindo no plano terapêutico do mesmo ou na indicação tardia desse paciente a esse tipo de cuidado<sup>26</sup>.

Quando avaliada a presença de lesão por pressão, observou-se um baixo percentual de participantes portadores dessa complicação. Resultados divergentes foram relatados por Venâncio e colaboradores<sup>27</sup>, que encontraram um percentual de 75% da população estudada com presença de LPP. É válido ressaltar que o imobilismo no leito, a não realização de mudanças de decúbito e a nutrição inadequada são fatores contribuintes para o início do surgimento delas.

Uma das limitações deste estudo foi a ausência de outros parâmetros como uso de triagens nutricionais, outras medidas como circunferência da panturrilha ou do músculo adutor do polegar para avaliação de depleção de massa muscular, tornando a avaliação antropométrica mais acurada para melhor determinação do estado nutricional.

## CONCLUSÃO

Os participantes desse estudo apresentaram alterações no estado nutricional, principalmente evidenciando a existência de desnutrição que pôde ser identificada pela CB e IMC logo na chegada ao domicílio. É possível inferir que esses pacientes acabam perdendo peso no âmbito hospitalar e muitas vezes é necessária uma maior atenção para a garantia da oferta nutricional adequada à realidade do domicílio, a fim de atender às necessidades nutricionais individuais de cada paciente.

O IMC, a CB e o índice de peso para a idade são índices simples e mesmo não sendo considerados padrão ouro, devem fazer parte, junto a outros parâmetros, da rotina de terapia nutricional do paciente domiciliar, objetivando o rastreamento da desnutrição e as intervenções precoces na recuperação do estado nutricional dessa população

## REFERÊNCIAS

1. Bellanti F, Lo BA, Quiete S, Vendemiale G. Malnutrition in hospitalized old patients: screening and diagnosis, clinical outcomes, and management. *Nutrients*. 2022;14(4):910. DOI: 10.3390/nu14040910.
2. Calder PC, Carr AC, Gombart AF, Eggersdorfer M. Optimal nutritional status for a well-functioning immune system is an important factor to protect against viral infections. *Nutrients*. 2020;12(4):1181. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12041181>.
3. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional y evolución clínica de ancianos en terapia nutricional enteral domiciliar: cohorte retrospectiva. *Rev Lat-Am Enf*. 2019;27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2837.3198>.
4. Bolognese M, Souza PM, Néia VJC, Santos OO, Visentainer JV. Terapia nutricional domiciliar: uma revisão. *Res Soc Dev*. 2022;11(3):e34011326130-e34011326130. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26130>.
5. Júnior JPS, Vieira PAP, Holanda RL, Medina LLG, Gomes MLO. Segurança do paciente e a correlação com a política de incentivo hospitalar cearense. *Cadernos ESP*. 2023;17(1):e1623-e1623. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/1623/450>.
6. Chumlea WC, Guo SS, Wholihan K, Cockram D, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Stature prediction equations for elderly non-Hispanic white, non-Hispanic black, and Mexican-American persons developed from NHANES III. *J Am Diet Ass*. 1998;98(2):137-142. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00036-4).
7. Sahyoun NR, Jacques PF, Dallal GE, Russell RM. Nutrition Screening Initiative Checklist may be a better awareness/educational tool than a screening one. *J Am Diet Ass*. 1997;97(7):760-4. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(97\)00188-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(97)00188-0).
8. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a WHO study group, 1990. Health Education Authority. Eight Guidelines for a Healthy Diet: A Guide for Nutrition Educators. WHO Technical Report Series. 1997; 797. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2124402/>. English.
9. Onis MD, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World health Organization*. 2007;85(9):660-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/v85n9/a10v85n9.pdf>.
10. Geriatria S. Gerontologia: I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados]. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. Disponível em: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso\\_Brasileiro\\_de\\_Nutricao1.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf).
11. Reis NA. Triagem para fragilidade em pacientes idosos hospitalizados utilizando marcadores inflamatórios na identificação do risco de mortalidade e fatores adversos à saúde [Dissertação de Mestrado]. Uberaba: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Disponível em: <http://btdt.uftm.edu.br/handle/tede/235>.
13. Hordonho AAC, Santos DC, Powell JRF. Perfil antropométrico e força muscular em adultos e idosos de um hospital público de referência em doenças infectocontagiosas em Maceió-AL (dados

- preliminares)/Anthropometric profile and muscular strength in adults and the elderly of a public reference hospital in infectious diseases in Maceió-AL (preliminary data)]. *Braz J Heal Rev.* 2019;2(2):1245-74. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1338>.
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>.
15. Cavagnari MAV, Velho CF, Mazur CE, Pellissari MTM. Fatores associados à terapia nutricional domiciliar em pacientes sob cuidados paliativos. *Demetra Alim Nut Saúde.* 2023;18:67398. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/67398>.
16. Fernandes NA, Carniatio LN, Santos FM, Miola TM. Avaliação da adesão de pacientes com câncer à terapia nutricional enteral domiciliar]. *BRASPEN J.* 2024;38(4) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2023.38.4.05>.
17. Campos JO, Carvalho MF, Leite AFB. Utilização da mini avaliação nutricional em visitas domiciliares na atenção primária à saúde. *J Mem Med.* 2020;2(1):20-5. Disponível em: <https://www.jornalmemorialdamedicina.com/index.php/jmm/article/view/27/3>.
18. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Schuitema CJ, Pironi L. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition]. *Clin Nut.* 2022;41(2):468-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.10.018>.
19. Campos JO, Carvalho MF, Leite AFB. Utilização da mini avaliação nutricional em visitas domiciliares na atenção primária à saúde. *J Mem Med.* 2020;2(1):20-5. Disponível em: <https://www.jornalmemorialdamedicina.com/index.php/jmm/article/view/27/31>.
20. Guerreiro KA, Alves PC, Bastos JC, Lima CA. Acompanhamento nutricional: pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Cadernos ESP.* 2023;17(1):e978-e978. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/978>.
21. Ruggeri E, Giannantonio M, Agostini F, Ostan R, Pironi L, Pannuti R. Home artificial nutrition in palliative care cancer patients: Impact on survival and performance status. *Clin Nut.* 2020;39(11):3346-53. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.02.021>.
22. Lindenau IB, Magalhães LS, Oliveira GD, Prestes PTG, Kilpp DS, Borges R, Bertacco RTA. Ingestão Alimentar e Estado Nutricional de Pacientes com Câncer em Internação Domiciliar. *SEMEAR: Rev Alim Nut Saúde.* 2022;4(1):58-71. Disponível em: <https://seer.unirio.br/ralnuts/article/view/11979/11303>.
23. Aanholt DPJV, Niwa LMS, Dias MB, Toledo D, Ciosak SI. Inquérito brasileiro sobre terapia de nutrição domiciliar: panorama atual]. *REVISIA.* 2021 jan./mar.;10:127-38. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138>.
24. Sousa KTD, Ferreira GB, Santos AT, Nomelini QSS, Minussi LODA, Rezende ÉRMDA, Nonato IL. Avaliação do estado nutricional e frequência de complicações associadas à alimentação em pacientes com paralisia cerebral tetraparética espástica. *Rev Paul Ped.* 2020;38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018410>.
25. Alves ALL, Dutra AH, Nascimento AMH. Terapia nutricional enteral domiciliar com crianças e adolescentes: custos envolvidos e características clínicas e nutricionais. *Comun Ciên Saúde.* 2021;32(02). Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/630/499>.
26. Dipasquale V, et al. Top-ten tips for managing nutritional issues and gastrointestinal symptoms in children with neurological impairment. *It J Ped.* 2020;46:1-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13052-020-0800-1#Tab2>.
27. Amano K, Maeda I, Ishiki H, Miura T, Hatano Y, Tsukuura H, Otani H. Effects of enteral nutrition and parenteral nutrition on survival in patients with advanced cancer cachexia: Analysis of a multicenter prospective cohort study. *Clin Nut.* 2021;40(3):1168-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111264>.
28. Venâncio MLC, Boller S, Nanuck GRPM, Boller C, Ferraz JNK, Romário NR, Freire SH. Prevalência do risco de lesão por pressão em usuários da atenção domiciliar: Estudo Transversal. *Rev Enf.* 2023;97(4):e023206. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1706>.