

Inquérito brasileiro sobre o estado atual da terapia nutricional domiciliar

Brazilian survey on the current state of home nutritional therapy

Denise Philomene Joseph Van Aanholt¹
Claudia Satiko Takemura Matsuba²
Maria Carolina Gonçalves Dias³
Maria de Lourdes Teixeira da Silva⁴
José Eduardo de Aguiar-Nascimento⁵

Unitermos:

Terapia Nutricional. Políticas Públicas de Saúde. Assistência Domiciliar. Nutrição Enteral. Apoio Nutricional. Inquéritos e Questionários.

Keywords:

Nutrition Therapy. Public Health Policy. Home Nursing. Enteral Nutrition. Nutritional Support. Surveys and Questionnaires.

Endereço para correspondência:

Denise Philomene Joseph Van Aanholt
Rua Estância verde, 12 – Itapeverica da Serra, SP,
Brasil – CEP: 06872-070
E-mail: deaanholt@gmail.com

Submissão:

10 de junho de 2017

Aceito para publicação:

6 de agosto de 2017

RESUMO

Introdução: A nutrição adequada é essencial para qualidade de vida e para a saúde, por reduzir morbimortalidade, dias de hospitalização e os custos totais com saúde. A terapia nutricional (TN) tem como objetivo manter ou recuperar o estado nutricional/funcional dos pacientes e tem crescido sua indicação no cuidado domiciliar (CD). Apesar do crescimento da TN no domicílio, poucos dados existem na literatura. Desta forma, o Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar (CAND) da SBNPE/BRASPEN realizou um questionário para avaliar a situação brasileira da assistência nutricional domiciliar (AND). **Método:** Realizado um questionário por meio da ferramenta Survey Monkey www.surveymonkey.com enviado via mala direta a todos associados da BRASPEN, à coordenação do programa Melhor em Casa e ao Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD Saúde), no período de julho de 2016 a janeiro de 2017. **Resultados:** Retornaram 560 respostas, 89% relativos à saúde suplementar. O nutricionista foi responsável por 74% das respostas e a maior região contribuinte foi o Sudeste (48%) seguido pelo Nordeste (20%). Indivíduos de 60 anos ou mais e com doenças neurológicas correspondem à maioria dos atendimentos domiciliares em TN. A nutrição enteral domiciliar (TNE) é a mais utilizada (84%), com uso de dieta industrializada/mista com indicação semelhante entre setor público e privado. A via de acesso mais utilizada é sonda nasogástrica/nasoentérica em 59%. A orientação recebida pelos pacientes e familiares para TN é dada na hora da alta hospitalar em 32% dos casos. **Conclusão:** São poucas as informações existentes na literatura de dados brasileiros sobre terapia nutricional domiciliar (TND). Este inquérito reflete o estado atual desta prática em nosso país e justifica a importância em delinear uma normatização mais firme para a prática de TND.

ABSTRACT

Introduction: Adequate nutrition is essential for quality of life and for health by reducing morbidity and mortality, hospitalization days and total health costs. Nutritional therapy (NT) aims to maintain or restore the nutritional status of patients and has increased its indication in home care. Despite the growth of NT at home, few data exist in the literature, so the home nutritional assistance committee from the Brazilian society of enteral and parenteral nutrition (SBNPE / BRASPEN) conducted a questionnaire to evaluate the Brazilian situation of home nutritional assistance (HNA). **Method:** A questionnaire was carried out using the Survey Monkey tool (www.surveymonkey.com) and sent by mail to all members of SBNPE / BRASPEN, the coordination of the Home public program and the National Center for Home Care Services Companies (NEAD Saúde) in the period from July 2016 to January 2017. **Results:** 560 responses returned, 89% related from private health. The nutritionist was responsible for 74% of the responses and the largest contributing region was the Southeast (48%) followed by the Northeast (20%) from Brazil. Individuals aged 60 years or older and with neurological diseases correspond to the majority of home patients in NT. Home enteral nutrition (HEN) is the most used (84%) with the use of industrialized / mixed diet with similar indication between public and private health sector. The most commonly used route of access is nasoenteral / nasogastric probe in 59%. The orientation received by patients and relatives for TN is given at the time of hospital discharge in 32% of cases. **Conclusion:** There is a little information in the Brazilian data literature on home nutritional therapy (HNT). This survey reflects the current state of this practice in our country and justifies the importance in outlining a firmer standardization for the practice of HNT.

1. Nutricionista Clínica Autônoma, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela BRASPEN, Especialista em Atenção Domiciliar pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade São Camilo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Coordenadora Técnica da EMTN - Hospital do Coração/HCOR-São Paulo, Doutoranda em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), Mestrado em Enfermagem-UNIFESP, MBA Executivo em Saúde-FGV, Pós-Graduação em UTI-UNIFESP, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela BRASPEN, São Paulo, SP, Brasil.
3. Nutricionista Chefe da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC-HCFMUSP), Coordenadora Administrativa da EMTN do HC, Mestre em Nutrição Humana pela USP, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela BRASPEN, Especialista em Administração Hospitalar pela IPH, Tutora da Residência de Nutrição Clínica em Gastroenterologia do IC-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Médica, Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela BRASPEN, Mestre em Gastroenterologia pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisa em Gastroenterologia, Coordenadora Clínica da EMTN da Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência de São Paulo, Diretora da PROGASTRO, Diretora do GANEP Nutrição Humana, São Paulo, SP, Brasil.
5. Médico, Presidente da SBNPE-BRASPEN 2016-17, Diretor do Curso de Medicina do Centro Universitário da Várzea Grande (UNIVAG), Várzea Grande, MT, Brasil.

INTRODUÇÃO

As necessidades nutricionais e forma de alimentação mudam ao longo do curso natural de vida e também decorrente da presença de doenças ou agravos à saúde que podem acometer os indivíduos durante sua existência, sendo necessário o uso de alimentos especiais.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como objetivo a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira e define como prioridade ações preventivas e de tratamento das carências nutricionais, desnutrição, obesidade e outros, relacionados à alimentação e nutrição^{1,2}.

As necessidades alimentares especiais são definidas na PNAN como: "As necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causem mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral)"^{1,2}.

Assim sendo, é fácil entender que a importância da nutrição é essencial para qualidade de vida e para a saúde, além de ser fundamental para reduzir morbimortalidade, dias de hospitalização e os custos totais com saúde, visto que a desnutrição hoje é compreendida como vilão da má evolução clínica do paciente^{3,4}. Também consegue-se definir na PNAN quem são os candidatos à alimentação especial, que a terapia nutricional (TN) engloba a nutrição enteral e parenteral e que a TN deve ser conduzida por uma equipe multiprofissional de saúde na qual cada profissional tem funções específicas para sua aplicação com manutenção e vigilância constante^{1,2,5,6}.

A TN tem como objetivo manter ou recuperar o estado nutricional e funcional dos pacientes que, por alguma razão, não podem ou não conseguem se alimentar pela via oral ou pela utilização de sondas ou ostomias, quando o trato digestório está apto, ou ainda através da via venosa, quando o uso do trato digestório não deve ou não pode ser utilizado^{2,7,8}.

Neste contexto, é fácil entender como a TN se ampliou do âmbito da atenção a saúde no domicílio, já que o cuidado domiciliar (CD) tem finalidade de dar continuidade aos cuidados hospitalares, minimizar intercorrências clínicas e evitar reinternações hospitalares precoces, proporcionando recuperação clínica e nutricional sempre que possível por meio de monitoramento multiprofissional. A terapia nutricional domiciliar (TND) reduz custos e otimiza leitos hospitalares por meio de uma assistência humanizada de forma integral^{2,9}.

Nem todo indivíduo internado é candidato para o CD. Existem critérios de elegibilidade distintos nas diferentes redes de saúde e devem fazer parte uma avaliação completa de suas condições clínicas, cirúrgicas e nutricionais. O paciente candidato ao CD deve receber orientação extensiva a sua nutrição dentro de um protocolo de alta planejada.

Quando a alta é planejada dessa maneira, há redução de readmissão hospitalar¹⁰.

Pensando em todo cenário relativo à TND, contemplando seu crescimento, benefícios clínicos e envolvimento cada vez maior da equipe de saúde no acompanhamento dos pacientes em CD, percebeu-se uma lacuna na literatura referente a dados relacionados à assistência nutricional domiciliar (AND) no país. Desta forma, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) criou um comitê de assistência nutricional domiciliar (CAND) e como ação inicial desenvolveu um questionário específico para avaliar a situação brasileira da AND, que será compartilhada com todos neste artigo.

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) foi fundada em 1975, possuindo caráter multidisciplinar (médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos e estudantes), com atuação nas áreas de nutrição clínica, enteral e parenteral e desenvolvido ações de defesa profissional, educação e atuação em terapia nutricional e nutrição clínica.

Em 2016, a marca BRASPEN (Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition) foi incorporada à SBNPE e significa a versão do português para o inglês do nome da sociedade. A BRASPEN/SBNPE é uma sociedade afiliada à Associação Médica Brasileira (AMB), que congrega médicos atuantes na área de terapia nutricional, assim como profissionais não médicos de áreas afins, tais como nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e outros.

MÉTODO

Foi realizado um questionário pelo comitê do CAND por meio da ferramenta Survey Monkey (www.surveymonkey.com), com apoio da empresa Fresenius-Kabi Brasil LTDA e contato por e-mail a todos associados da BRASPEN, à coordenação do programa Melhor em Casa e ao Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD Saúde). O questionário foi composto por 15 perguntas de múltipla escolha e o prazo de retorno analisado se deu de julho de 2016 a janeiro de 2017.

RESULTADOS

De 9328 e-mails enviados, retornaram um total de 560 respostas, sendo 89% (495) relativas a serviços de saúde suplementar. O questionário foi respondido por vários profissionais da saúde, na sua maioria nutricionistas, com 74% (412), seguido por médicos (13%) e fonoterapeutas (8%). O Brasil foi representado por todas as suas regiões, com maior participação do Sudeste (48%), seguido pelo Nordeste (20%), conforme pode ser visto na Figura 1.

Verificou-se que a maior parte dos pacientes em CD é de idosos com doenças típicas da idade, principalmente com

condições neurológicas. Na Tabela 1, é possível encontrar a faixa etária dos pacientes atendidos e os diagnósticos mais encontrados no CD, considerando que, nesta pergunta, dos 560 retornos de questionários 21 profissionais não informaram a idade dos pacientes.

Com relação à TN, a nutrição parenteral domiciliar (TNPd) ainda é uma realidade pequena no país, como pode ser analisado na Figura 2. Apenas 33% dos respondentes reportaram

terem orientado TNPd durante o ano de 2016. Já em relação à terapia nutricional enteral, sua indicação é maior e verifica-se baixa adesão à orientação com dieta artesanal (12 a 17%). Dos 560 respondedores nesse item, 469 (84%) atendem pacientes com TNED. Na Tabela 2, encontram-se os tipos de orientação para TNED dada de acordo com setor de atuação, público ou privado. Pode-se ver que a dieta industrializada ou mista é a mais usada no serviço privado e público.

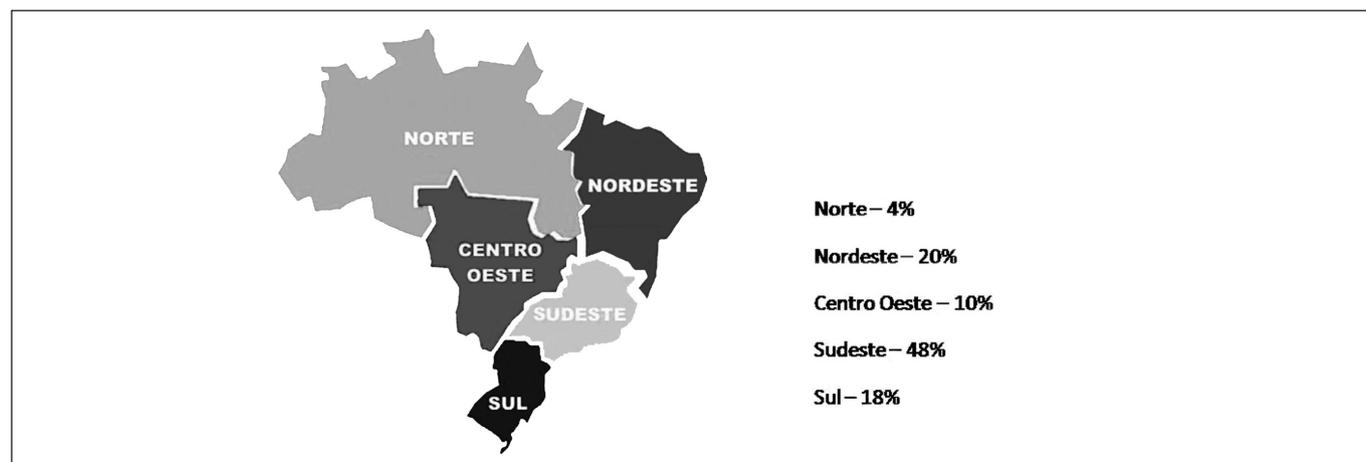


Figura 1 – Gráfico de dispersão da correlação entre ingestão calórica (Kcal/kg) vs. ingestão proteica (g/kg) de pacientes submetidos a tratamento hemodialítico.

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária e tipo de condição clínica dos pacientes atendidos no domicílio segundo inquérito brasileiro de TND (baseado em 538 respostas completas).

Faixa etária (anos)	Tipo de condição clínica				Total
	Neurológico	Oncológico	Cirúrgico	Outros	
< 18	22	2	1	6	31
18 a 60	48	37	13	26	124
>60	275*	57	12	39	383
Total	345	96	26	71	538

* - Consideradas também as doenças geriátricas neste campo.
 Fonte: Inquérito Brasileiro sobre o Estado Atual da Terapia Nutricional Domiciliar 2017.

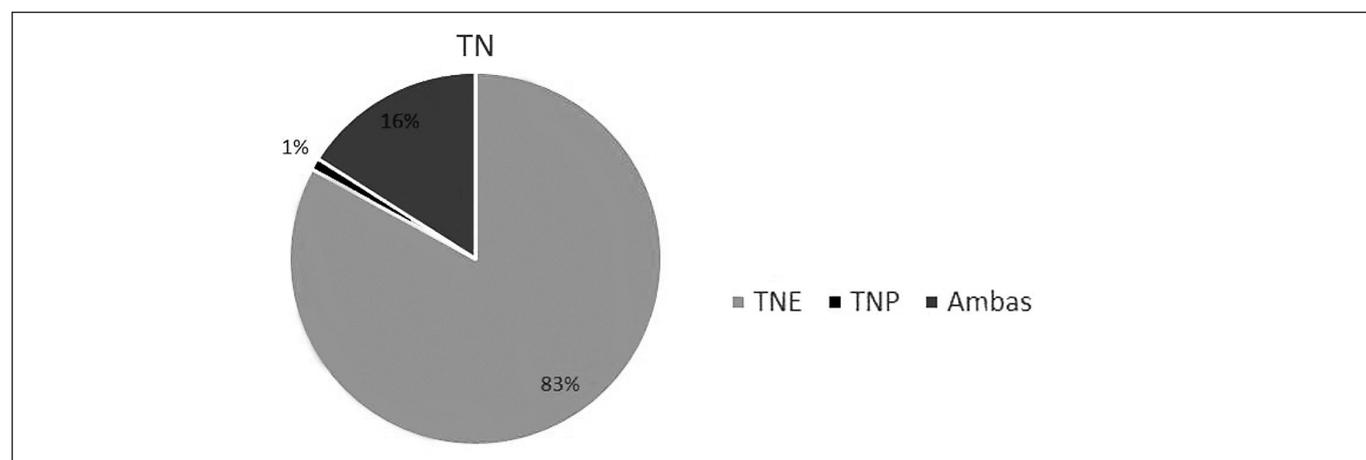


Figura 2 – Distribuição do tipo de terapia nutricional fornecido pelo serviço onde o profissional atua. TNE=terapia nutricional enteral; TNP=terapia nutricional parental
 Fonte: Inquérito Brasileiro sobre o Estado Atual da Terapia Nutricional Domiciliar 2017.

Ainda relacionado à TNED, foi questionado qual via de acesso mais utilizada, como pode ser observado na Figura 3. Menos que 50% dos respondentes assinalou a ostomia como via de acesso.

Dentre as perguntas enviadas, houve uma preocupação relacionada à alta programada, definida como a orientação da alta e registro do prontuário pelos profissionais. Nas Figuras 4 e 5, pode-se analisar os resultados. Chama a atenção o enorme número de respondentes que disseram que o serviço no qual atuam não registra em prontuário a orientação dada na alta.

Tabela 2 – Distribuição do tipo de dieta orientada de acordo com setor de atuação.

TNE – total 469	Dieta industrializada	Dieta artesanal	Dieta mista
Serviço público (n=59)	23 (39%)	10 (17%)	26 (44%)
Serviço privado (n= 410)	227 (55%)	48 (12%)	135 (33%)

TNE=terapia nutricional enteral

Fonte: Inquérito Brasileiro sobre o Estado Atual da Terapia Nutricional Domiciliar 2017.

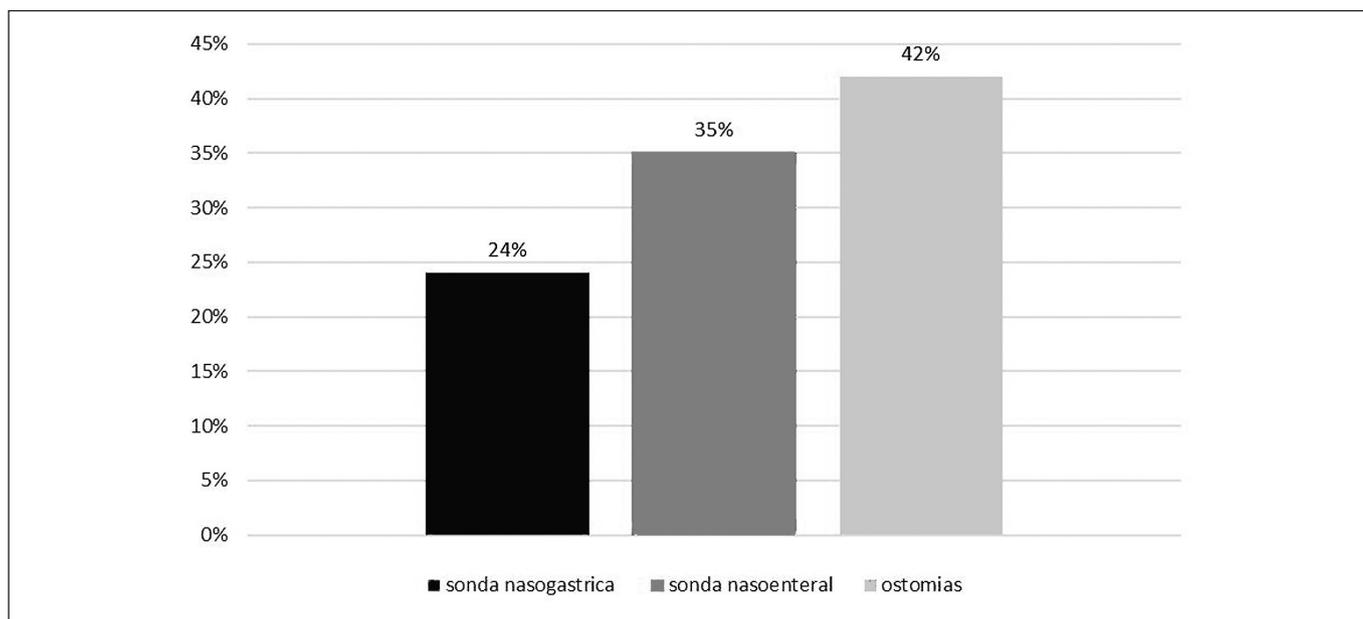


Figura 3 – Distribuição do tipo de via de acesso mais frequente para TNED dentre os pacientes orientados pela equipe multiprofissional (resultado em percentual de respondedores).

Fonte: Inquérito Brasileiro sobre o Estado Atual da Terapia Nutricional Domiciliar 2017.

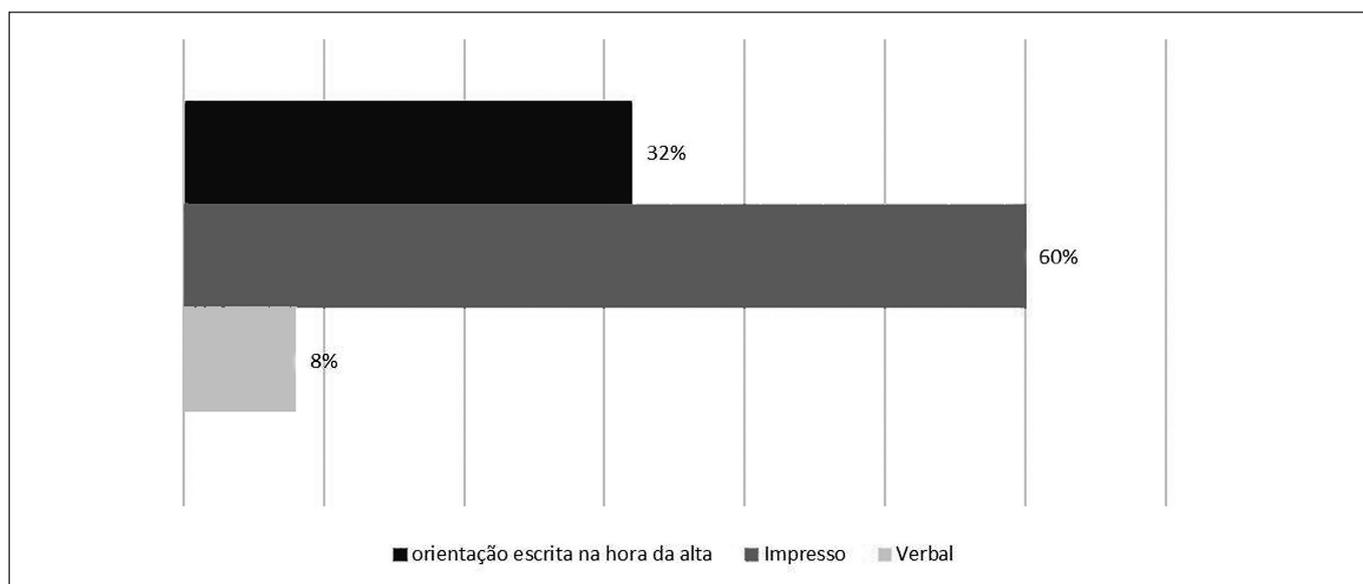


Figura 4 – Distribuição percentual do tipo de orientação fornecido ao paciente ou familiar ou cuidador para utilização da TND (dados em percentuais).

Fonte: Inquérito Brasileiro sobre o Estado Atual da Terapia Nutricional Domiciliar 2017.

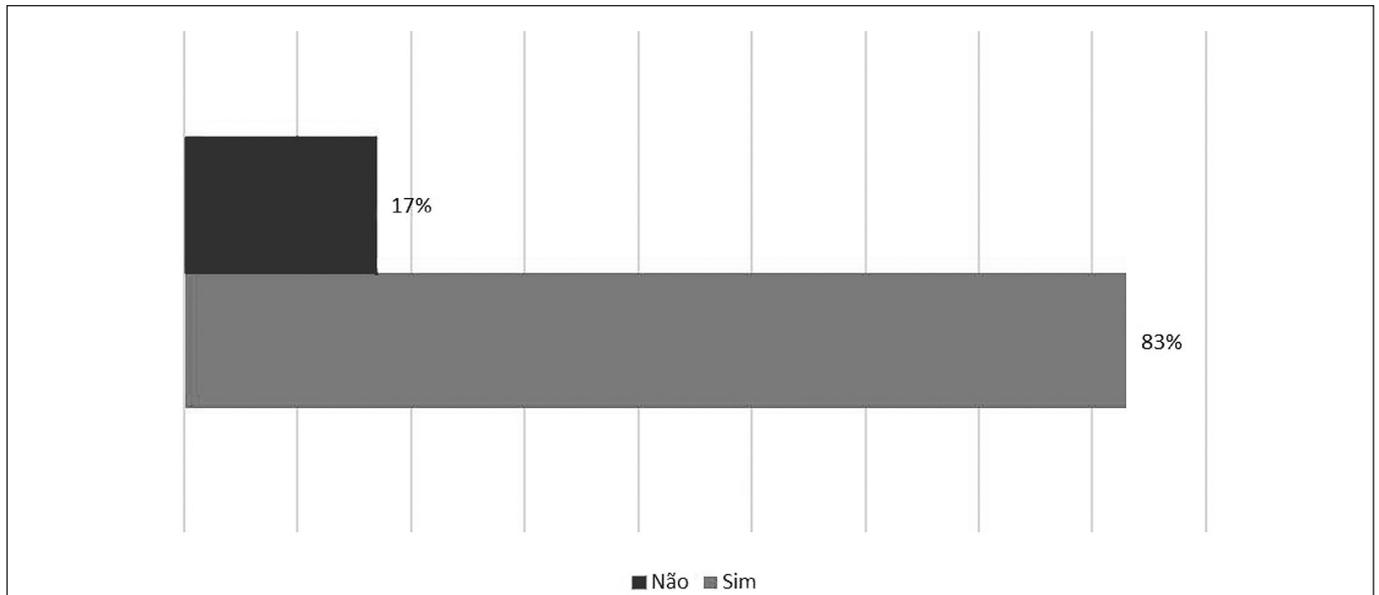


Figura 5 – Distribuição percentual da informação se a orientação dada para terapia nutricional domiciliar é registrada ou documentada no prontuário do paciente. Fonte: Inquérito Brasileiro sobre o Estado Atual da Terapia Nutricional Domiciliar 2017.

DISCUSSÃO

Os dados colhidos nessa investigação representam uma importante documentação do estado atual da TND no país. São dados importantes para nortear novas pesquisas, orientar os serviços de saúde pública, sociedades interessadas em TN, indústrias e hospitais brasileiros. Pode-se ver claramente o panorama da AND encontra-se no país. Um outro ponto importante de conclusão e encaminhamento desses dados para a SBNPE/BRASPEN é a necessidade de uma nova diretriz de recomendações e um manual de boas práticas em AND.

Há lacunas muito grandes de informações na literatura referente à AD como um todo, mas principalmente na TND. Esta questão está fortemente relacionada à falta de critérios em registrar estes pacientes em um sistema único para uma análise sistemática e permanente. Na Europa, principalmente na Espanha, essas observações são facilmente acompanhadas pelos programas de AD, já que está regulamentada e tem financiamento público. Em relação à indicação da TNED, a idade avançada parece ser um fator similar, assim como o diagnóstico, sendo na maioria os distúrbios neurológicos seguidos pelos pacientes oncológicos, em indivíduos adultos¹¹⁻¹⁴.

Analisando a indicação do tipo de dispositivo utilizado para administração da NE, o uso de ostomias para TNED nem sempre é uma realidade, apesar das recomendações para uso máximo da sonda enteral de 4 a 6 semanas pela ASPEN. Luis et al.¹¹, em uma revisão de 12 anos em TNED, relatam um uso de terapia enteral via sonda nasogástrica em 77%, diferente do resultado de um estudo da Polônia¹², com 79% de TNED via ostomia. No Brasil, um estudo realizado em Minas Gerais relata uso de apenas 16% de gastrostomia

para TNED. Segundo nosso inquérito, 42% dos respondentes realizam TNED via ostomia e podemos considerar que, no Brasil, esta prática deve variar de acordo com as regiões, mas com uma tendência a usar mais este dispositivo para esta prática de alimentação^{13,15}.

Uma questão importante é o custo da TN, que no Brasil encareceu os gastos com saúde de forma exponencial nos últimos anos, no entanto, outros países também questionam o custo vs. benefício da TNED, à qual está diretamente relacionada ao uso de dietas industrializadas. A Polônia teve uma preocupação em analisar a eficácia desta terapia e elaborou um estudo em que comparou a incidência de readmissão hospitalar entre indivíduos com alta sem TNED programada vs. TNED programada.

Os resultados demonstraram que a presença de um programa adequado para TNED teve impacto financeiro importante decorrente da redução nas reinternações, além de menor número de dias em terapia intensiva, incidência de pneumonia, insuficiência respiratória e infecção do trato urinário. Houve também redução de custos, variando de 546,18 para 101,61 Euros/ano/paciente, resultando num custo-efetivo de aproximadamente 75% menor para TNED quando comparado ao tratamento hospitalar¹².

Em estudo econômico, realizado no Brasil, Baxter et al.¹⁶ comparando o custo intra-hospitalar e o domiciliar em pacientes com doenças de esôfago, com 56 pacientes, comparando doenças malignas e benignas (36 com megae-sôfago) na fase pré e pós-operatória, mostraram redução do custo e menor tempo de permanência hospitalar (2,7 vezes menor para o grupo domiciliar), além de três vezes maior rotatividade de leito cirúrgico.

Neste sentido, fica clara a importância de uma orientação individualizada para TNE, seguindo critérios de elegibilidade que permitam um fornecimento adequado de nutrientes aos candidatos a TNE e assim prevenir complicações e maior gastos. Esta conduta corrobora para um melhor resultado a eventuais tratamentos e foi bem demonstrada por Gavazzi et al.¹⁷ em um estudo multicêntrico no qual pacientes portadores de câncer gástrico submetidos a TNE apresentaram melhor desfecho (menor perda de peso e desnutrição) quando comparado aos pacientes sem TNE. Resultados positivos para TNE também foram demonstrados em pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica com indicação ainda em estágio inicial da doença e melhor sobrevida¹⁸.

Apesar de contar com poucos programas no país, no Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo, foi criado o Programa de Suporte Enteral Nutricional Domiciliar (PROSNE) em 1991, cujo objetivo é garantir ao paciente ambulatorial uma TNE similar à da Unidade de Internação com recuperação e ou manutenção do estado nutricional do paciente, redução de custo para a Instituição, otimização do uso dos leitos hospitalares, humanização no atendimento, devido ao convívio familiar; manutenção das atividades de lazer dos pacientes e, quando possível, economicamente ativos.

A tendência é esse modelo servir de base para outras Instituições se beneficiarem dessa modalidade de atendimento, como já ocorreu no Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, no Hospital do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis, SC. Além de outros programas, como na cidade de Brasília e Guarulhos, que funcionam muito bem e abrem uma janela de oportunidades nesta área.

Neste sentido, apesar de em nosso país não termos um programa definido seja no setor público ou na saúde suplementar para fornecimento de TNE adequada aos pacientes em TNE, o resultado deste inquérito para uso de dieta industrializada ou mista (83 a 88%) parece demonstrar uma preocupação em fornecer uma alimentação que atenda à meta nutricional adequada para os pacientes e evitar piora clínica enquanto estiver no domicílio. Na experiência que temos, uma parcela destes pacientes opta pela judicialização para receber a dieta industrializada. No entanto, não foi questionada esta particularidade neste questionário.

Independentemente do resultado, é importante informar que a dieta manipulada de forma artesanal dificilmente atende à prescrição nutricional, já que na literatura são inúmeros os estudos que demonstram a ineficácia nutricional das dietas artesanais, seja em quantidades de macro e micronutrientes, contaminação, viscosidade e pH¹⁹⁻²².

Finalizando nossa discussão, é importante reforçar a importância de um plano de alta planejado, uma vez que

a alta planejada é uma recomendação da Organização Mundial de Saúde e sugerida pela Sociedade Britânica de Nutrição Parenteral e Enteral (BAPEN) e reduz readmissão hospitalar antes de 30 dias. Faz parte deste plano uma transição adequada de TNE para o domicílio, com orientações descritas a orientações verbais ao longo de toda internação hospitalar^{13,23-25}.

Os resultados deste estudo demonstram que na prática isso não parece ser uma realidade e, segundo os resultados deste nosso inquérito, assusta saber que 32% dos pacientes recebem orientação na hora da alta e 8% recebem orientação oral, deixando clara a necessidade de integração entre a equipe multidisciplinar intra-hospitalar e domiciliar na elaboração de uma alta com menor risco para reinternação hospitalar e melhor qualidade de vida

CONCLUSÃO

São poucas as informações existentes na literatura, principalmente de dados brasileiros sobre a AD como um todo, mas principalmente relacionado à TNE. Os dados coletados neste inquérito refletem o estado atual desta prática em nosso país e demonstram a importância de termos mais pesquisas nesta área, bem como delinear uma normatização mais firme para a prática de TNE para nortear o caminho dos serviços de saúde, a fim de uma melhor prática principalmente para TNE em parceria com sociedades afins e a indústria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir destes dados, a SBNPE/BRASPEN inicia dentro do Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar (CAND) diretrizes para prática de TNE e, posteriormente, expandir o tema TNE, a fim de melhorar a informação desta realidade para o meio científico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: Cuidados em Terapia Nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64.
4. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. *Clin Nutr.* 2017;36(4):958-67.
5. Brasil. Ministério da Saúde. RDC no 63, de 6 de julho de 2000. Regulamento técnico para a terapia nutricional enteral. Brasília: Diário Oficial da União; 2000.
6. Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Regulamento técnico para terapia de nutrição parenteral. Portaria no 272, de 8 de abril de 1998. Brasília: Diário Oficial da União; 1998.

7. Van Aanholt DPJ, Dias MCG, Marin MLM, Silva MFB, Cruz MELF, Fusco SRG, et al. Terapia nutricional domiciliar. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58(4):408-11.
8. Van Aanholt DPJ, Rey JSF. Terapia nutricional domiciliar e o gerenciamento de qualidade e segurança. In: Matsuba CST, Macedo LCSM, Magnoni D, Cukier S, eds. *Terapia nutricional – Aspectos de qualidade e gerenciamento de riscos*. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 141-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1):CD000313.
11. Luis DA, Izaola O, Cuellar LA, Terroba MC, Cabezas G, La Fuente B. Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. *J Hum Nutr Diet*. 2013;26 (Suppl 1):39-44.
12. Szybiński P, Szczepanek K, Kłęk S. Home enteral nutrition (HEN) – a complex cost-saving solution to long-term artificial nutrition. *J Health Policy Outcomes Res*. 2013;1:118-25.
13. Silva NA, Silveira SA. Epidemiological and nutritional profile of home enteral nutrition users. *Demetra*. 2014;9(3):783-94.
14. Moreno Villares JM. La práctica de la nutrición artificial domiciliar en Europa. *Nutr Hosp*. 2004;19(2):56-67.
15. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, et al.; A.S.P.E.N. Board of Directors. Enteral nutrition practice recommendations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2009;33(2):122-67.
16. Baxter YC, Dias MC, Maculevicius J, Cecconello I, Cotteleng B, Waitzberg DL. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2005;29(1 Suppl):S96-105.
17. Gavazzi C, Colatruglio S, Valoriani F, Mazzaferro V, Sabbatini A, Biffi R, et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: a multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016;64:107-12.
18. Sznajder J, Lefarska-Wasilewska M, Kłęk S. The influence of the initial state of nutrition on the lifespan of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) during home enteral nutrition. *Nutr Hosp*. 2016;33(1):3-7.
19. Machado de Sousa LR, Rodrigues Ferreira SM, Madalozzo Schieferdecker ME. Physicochemical and nutritional characteristics of handmade enteral diets. *Nutr Hosp*. 2014;29(3):568-74.
20. Santos VF, Morais TB. Nutritional quality and osmolality of home-made enteral diets, and follow-up of growth of severely disabled children receiving home enteral nutrition therapy. *J Trop Pediatr*. 2010;56(2):127-8.
21. Hurt RT, Edakkanambeth Varayil J, Epp LM, Pattinson AK, Lammert LM, Lintz JE, et al. Blenderized tube feeding use in adult home enteral nutrition patients: a cross-sectional study. *Nutr Clin Pract*. 2015;30(6):824-9.
22. Vieira MM, Santos VF, Bottoni A, Morais TB. Nutritional and microbiological quality of commercial and home-made blenderized whole food enteral diets for home-based enteral nutritional therapy in adults. *Clin Nutr*. 2016;pii:S0261-5614(16)31336-X.
23. Flesh LD, Araujo TCCF. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estud Psicol*. 2014;19(3):227-36.
24. Elia M, Russell CA, eds. *Combating malnutrition: recommendations for action*. Redditch: BAPEN; 2009.
25. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(8):520-8.

Local de realização do trabalho: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE-BRASPEN), São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.