

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES RESTRITOS AO DOMICÍLIO NA REGIÃO OESTE DE SANTA MARIA, RS¹

NUTRITIONAL PROFILE OF CONFINED AT HOME PATIENTS THAT LIVE IN THE WEST REGION OF SANTA MARIA, RS

Sibelle Pereira Gonçalves² e Karen Mello de Mattos³

RESUMO

A terapia nutricional domiciliar auxilia na prevenção da desnutrição e diminui custos hospitalares. Neste trabalho, objetivou-se verificar o perfil nutricional de pacientes restritos ao domicílio acompanhados por equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste de Santa Maria/RS; avaliar o perfil socioeconômico dos pacientes; investigar o fator determinante para o quadro atual; comparar o valor energético total consumido com o recomendado; e verificar o estado nutricional dos pacientes. Para tanto, foi efetuado um estudo descritivo de abril a maio de 2008 com pacientes restritos ao domicílio atendidos por três equipes de Unidades Básicas de Saúde. Foi realizada avaliação antropométrica, do consumo alimentar e condições socioeconômicas com análise estatística descritiva e o consumo alimentar analisado no programa DietWin Clínico/2008. Participaram quinze indivíduos, idade média de 60,4±4,9 anos; classe socioeconômica D; 80% utilizavam dieta via oral; 54% desnutridos; valor energético total recomendado médio foi 25±4,2 kcal/kg/dia e consumido 19±2,7kcal/dia. Verificou-se a necessidade da inserção do nutricionista nas equipes de atendimento domiciliar.

Palavras-chave: avaliação nutricional, terapia nutricional domiciliar, paciente acamado.

ABSTRACT

Nutritional support at home helps in the prevention of malnutrition and reduces hospital costs. This work aimed at assessing the nutritional status of patients confined at home and are followed by the Basic Health Units' staff, from Santa

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do Curso de Nutrição - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

Maria/RS; it also aimed to assess the patients' socioeconomic profile and investigate the determining factor for the current set, comparing the total energy value of their diets with the recommended, and check their nutritional status. A descriptive study was conducted by three teams of Basic Units of Health from April to May 2008, with patients confined at home. Anthropometric and food consumption assessment, and socioeconomic conditions analysis with descriptive statistics and food consumption analyzed with the software DietWin/2008. Fifteen subjects participated, with the mean age of 60.4 ± 4.9 years; socioeconomic class D, 80% used oral diet, 54% malnourished; average of total energy value recommended of 25 ± 4.2 kcal / kg / day and consumed 19 ± 2.7 kcal / day. The need to have a nutritionist in home care teams was identified.

Keywords: *nutritional evaluation, nutritional support at home, bedridden patient.*

INTRODUÇÃO

Em virtude da transição nutricional, demográfica e epidemiológica ocorrida na população brasileira nas últimas décadas, diversas patologias agravaram-se, dentre elas as doenças crônicas não transmissíveis, presentes principalmente em idosos, bem como o aumento dos acidentes de trânsito, que, em sua maioria, acometem a população mais jovem. O crescente desenvolvimento tecnológico em saúde nos últimos anos vem aumentando a expectativa de vida e estendendo a sobrevivência em muitos casos anteriormente condenados a óbito (DRUCKER, 2007).

Além desses fatores, a diminuição da taxa de fecundidade também pode ser observada no estreitamento da base da pirâmide, com reduções significativas do número de crianças e adolescentes (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Fato que também contribui para o aumento da população idosa.

Todas essas modificações propiciaram o aumento do número de indivíduos adoecidos restritos ao domicílio, que necessitam de cuidados nutricionais, devido às modificações alimentares ocasionadas pela doença, pela dificuldade de alimentarem-se sozinhos ou de prepararem suas próprias refeições e, também, pela utilização de sondas.

Para suprir essas necessidades, o atendimento domiciliar (*home care*) associado à terapia nutricional domiciliar (TND) tem por finalidade garantir assistência adequada e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos indivíduos enfermos, de qualquer idade, em seus domicílios, por meio do acompanhamento

de uma equipe de saúde, bem como propiciar a redução de custos com o tratamento. De acordo com um estudo realizado por Baxter et al. (2005), que comparou a terapia nutricional domiciliar com a terapia nutricional hospitalar, foi verificado que os pacientes dos dois grupos conseguiram os mesmos benefícios nutricionais, porém o modelo domiciliar apresentou um custo três vezes menor do que o hospitalar.

Dessa forma, a atuação do nutricionista não se limita apenas aos aspectos relacionados à oferta do alimento, mas também ao acompanhamento nutricional e dietético dos pacientes, fazendo as orientações e adequações necessárias para o cumprimento da dieta prescrita, levando em conta fatores emocionais, culturais e socioeconômicos.

A realização de um acompanhamento adequado aos indivíduos restritos ao domicílio tem extrema importância por melhorar o estado nutricional, garantir maior autonomia ao indivíduo enfermo, além de prevenir a ocorrência de reinternações e, conseqüentemente, os gastos públicos com esses pacientes. Entretanto, no âmbito da saúde pública, percebe-se a ausência de nutricionistas para o acompanhamento de pacientes restritos ao domicílio. Fato esse também encontrado em municípios de grande porte, como, por exemplo, Santa Maria/RS.

Tendo em vista a importância do atendimento domiciliar e da terapia nutricional domiciliar e sua repercussão na qualidade de vida do indivíduo restrito ao domicílio, na presente pesquisa, objetivou-se verificar o perfil nutricional de pacientes restritos ao domicílio acompanhados por equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste de Santa Maria/RS; avaliar o perfil socioeconômico dos pacientes; investigar o fator determinante para o quadro atual; comparar o valor energético total consumido com o recomendado; e verificar o estado nutricional dos pacientes.

METODOLOGIA

CASUÍSTICA

Foi efetuado um estudo com caráter descritivo, por meio da coleta de dados primários, no período de abril a maio de 2008. A amostra foi composta por pacientes restritos ao domicílio, atendidos por equipes de saúde de três Unidades de Saúde da Região Oeste de Santa Maria/RS, em visita única.

Desses pacientes, foram incluídos na pesquisa aqueles que possuíam idade superior a 18 anos e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento

Livre Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão adotados foram: internação ou óbito durante a pesquisa e os que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

O estado nutricional dos pacientes foi classificado de acordo com a avaliação clínica, alimentar e antropométrica. A avaliação clínica consistiu na coleta de dados de identificação, diagnóstico clínico e fator determinante para o estado atual. Para avaliar o consumo alimentar dos pacientes, foram utilizados dois métodos distintos: um para o consumo alimentar por via oral, recordatório de 24 horas e com relação à dieta enteral, independente da via de administração, foi preenchido um outro questionário, elaborado pela própria pesquisadora, no qual continha a via de administração, o tipo de dieta enteral utilizada, densidade calórica e valor energético total (VET). Nos casos em que o paciente utilizava dieta enteral e oral, foram preenchidos, simultaneamente, os dois métodos de avaliação alimentar.

Para estimar as necessidades calóricas, foi utilizado o cálculo de Harris e Benedict (1919), citado por Cuppari (2002), conforme fórmula abaixo (Equação 1):

$$\text{Homens: TMB (kcal/dia)} = 66 + (13,7 \times P) + (5 \times E) - (6,8 \times I)$$

$$\text{Mulheres: TMB (kcal/dia)} = 655 + (9,6 \times P) + (1,7 \times E) - (4,7 \times I),$$

em que:

TMB: taxa de metabolismo basal

P (kg): peso atual quando o IMC ≤ 40 kg/m² e peso ideal ou desejável quando IMC ≥ 40 kg/m²

E (cm): estatura

I (anos): idade

A estimativa da necessidade calórica obtida pelo cálculo de Harris e Benedict (1919) foi dividida pelo peso atual, obtendo-se, assim, a necessidade calórica em quilocalorias por quilogramas de peso corpóreo (kcal/kg/PC). O mesmo foi feito com o valor calórico obtido no recordatório alimentar, tanto da dieta por via oral quanto por sonda. Dessa forma, foi possível comparar o valor calórico recomendado com o consumido nos diferentes gêneros avaliados.

Na avaliação antropométrica, foram utilizadas as seguintes variáveis: peso, estatura, circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT). Por meio da CB e PCT, foi feito o cálculo para a obtenção da Circunferência

Muscular do Braço, Área Muscular do Braço (AMB) e Área Gordurosa do braço (AGB). Os resultados da PCT, CB, CMB e AMB obtidos foram comparados aos valores de referência da tabela de Frisancho (1981) e classificados segundo Blackburn (1979).

Pela impossibilidade de ser realizada a aferição da estatura, ela foi estimada a partir das equações de Chumlea et al. (1985), conforme as equações 2 e 3. Para a estimativa da estatura, foi necessária a aferição da altura do joelho e a utilização do dado idade em anos.

Equação 2:

Homens: $[64,19 - (0,04 \times \text{idade}) + (2,02 \times \text{altura do joelho em cm})]$

Equação 3:

Mulheres $[84,88 - (0,24 \times \text{idade}) + (1,83 \times \text{altura do joelho em cm})]$

Para a estimativa de peso, segundo Rabito et al. (2005) (Equação 4), foi necessário realizar a aferição da circunferência do braço, circunferência da panturrilha e circunferência do abdômen:

Homens: $0,5759 \times (\text{CB}) + 0,5263 \times (\text{CAB}) + 1,2452 \times (\text{CP}) - 4,8689 \times (2) - 32,9241$

Mulheres: $0,5759 \times (\text{CB}) + 0,5263 \times (\text{CAB}) + 1,2452 \times (\text{CP}) - 4,8689 \times (1) - 32,9241$

sendo:

CB: Circunferência do Braço

CAB: Circunferência Abdominal

CP: Circunferência da Panturrilha

AJ: Altura do Joelho

DCSubs: Dobra Cutânea Subescapular

A partir das variáveis peso e estatura, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), os indivíduos adultos foram classificados de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), já os indivíduos idosos foram classificados segundo Lipschitz (1994).

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Para a avaliação das condições socioeconômicas dos indivíduos pesquisados, foi utilizado o questionário validado: Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) da Associação Nacional de Empresas de

Pesquisa (ANEP, 2000), que estima o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, diferenciando-as em classes econômicas, por meio do somatório de pontos.

O questionário possui oito indicadores discriminantes da renda: número de rádios, TV em cores, automóveis, aspirador de pó, máquina de lavar roupa, geladeira, empregada mensalista, banheiros e nível educacional do chefe de família. Em seguida, atribui-se pontos à posse desses itens. Conforme a pontuação de corte das classes, o indivíduo é classificado, respectivamente, entre os estratos a partir dos pontos obtidos. A pontuação total é analisada por meio de um escore que classifica os indivíduos em classes socioeconômicas, sendo elas: A1; A2; B1; B2; C e D, sendo a classe A considerada com melhor condição socioeconômica.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados no Programa Microsoft Excel versão 2007 e sofreram, posteriormente, análise estatística descritiva simples com média, desvio padrão e percentual, sendo os resultados obtidos apresentados em tabelas. A ingestão diária oral e enteral foram verificadas no programa DietWin Clínico versão 2008.

CRITÉRIOS ÉTICOS

Destaca-se que a pesquisa foi iniciada após a autorização dos locais onde seria aplicada, bem como após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), sob registro número 300.2007.2. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual valor, ficando uma via com a pesquisadora e outra com o participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 15 pacientes restritos ao domicílio, cuja idade variou de 24 a 96 anos. A média de idade foi de $64,4 \pm 4,9$ anos, prevalecendo a população idosa em 60%, sendo os demais adultos, totalizando 40%. Entre os participantes, 67% eram do sexo feminino.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),

em 2006, a faixa etária de pessoas com mais de 80 anos de idade, na composição da sociedade brasileira, foi a que mais cresceu entre os grupos etários de idosos.

As classes socioeconômicas prevalentes entre a população analisada foram as classes sociais C (47%) e D (53%). A elevada prevalência dessas classes sociais podem ser considerada um reflexo direto do baixo grau de instrução do chefe da família, uma vez que dos 15 chefes de família interrogados, apenas 7% possuíam o ensino médio completo, o restante da amostra não possuía o ensino fundamental completo ou era analfabeto. Em relação ao estado civil, cinco eram casados, cinco eram solteiros, quatro eram viúvos e um mantinha união estável.

O total da amostra estudada (100%) possuía casa própria, o que pode estar diretamente associado à alta prevalência de idosos no estudo. Em estudo desenvolvido por Coutrim (2006), no qual o autor trata das condições dos idosos trabalhadores, conclui-se que os idosos, apesar de possuírem gastos imprevistos com medicamentos e demais tratamentos de saúde, possuem, hoje, melhores condições financeiras do que os jovens.

A causa mais encontrada nos pacientes restritos ao domicílio, conforme mostra a tabela 1, foi acidente vascular encefálico (AVE) 67% (n=10), muitas vezes associado a doenças crônicas não transmissíveis, como Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Tabela 1 - Causas encontradas que ocasionaram a restrição ao domicílio entre os pacientes. Santa Maria/RS, 2008.

Causas	n	%
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	10	67%
Doenças crônicas não transmissíveis (Diabete Mellitus e Hipertensão arterial)	3	20%
Acidente de Trânsito	2	13%
TOTAL	15	100%

Esses dados são similares aos de Cuerda et al. (2008), sendo que as patologias mais encontradas no Registro de Nutrição Domiciliar da Espanha foram as neurológicas, seguidas das neoplasias. No estudo de Luis et al. (2005), que realizaram uma pesquisa de coorte durante seis anos em uma área da Espanha com pacientes que recebiam nutrição enteral em casa, foram encontradas como patologias mais frequentes o câncer de cabeça e pescoço (43,8%), seguido por infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (26,8%) e apenas 9,6% dos pacientes tiveram distúrbios neurológicos.

Esses números são resultado da crescente transição demográfica na qual se verifica um aumento das doenças crônicas não transmissíveis que exigem cuidados continuados, adequado manejo clínico-funcional e a identificação de riscos de agravo à saúde (TRELHA et al., 2006).

Referindo-se ao estado nutricional, dos 15 pacientes avaliados, 67% apresentavam algum grau de desnutrição, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). O mesmo foi encontrado por Ruffier (2001), pois dos 448 pacientes atendidos em regime domiciliar, 67% apresentaram algum grau de desnutrição.

O estado nutricional dos avaliados (Tabela 2) por meio da Circunferência do Braço (CB) mostrou que 54% dos pacientes encontravam-se com algum nível de desnutrição (depleção), conforme a Prega Cutânea Tricipital (PCT), sendo que, quando comparados aos valores normais de referência, é possível perceber que 53% dos avaliados apresentaram algum grau de desnutrição.

Em relação à Circunferência Muscular do Braço (CMB) e à Área Muscular do Braço (AMB), os mesmos apresentaram em sua maioria eutrofia, sendo observado os valores de 60% e 80%, respectivamente.

Tabela 2 - Classificação da depleção, sobrepeso ou obesidade e eutrofia das medidas antropométricas, CB, CMB, AMB, AGB e PCT dos pacientes avaliados em atendimento domiciliar. Santa Maria/RS, 2008.

Variáveis	Depleção	Classificação Sobrepeso e Obesidade	Eutrofia
CB	54%	13%	33%
CMB	40%	-	60%
AMB	20%	-	80%
AGB	-	13%	87%
	53%	20%	27%

Segundo Menezes e Marucci (2007), as diferenças nas médias da PCT entre os grupos etários confirmam que as médias de PCT também diminuem com o avanço da idade. Resultado que corrobora com o estudo de Santos et al. (2004), desenvolvido no Chile com idosos, no qual se avaliaram as medidas antropométricas desse grupo. Esses autores também perceberam que com o avançar da idade os valores médios de CB diminuíram, tanto em homens quanto em mulheres.

Schieferdecker (2005) desenvolveu um estudo em que se avaliou o estado nutricional de pacientes em internação hospitalar e também se encontrou valores de CMB e AMB próximos aos da normalidade, sendo que, dos 27 pacientes avaliados, 24 (75%) apresentavam-se eutróficos conforme essas variáveis.

Ao ser averiguada a ingesta alimentar, de acordo com o recordatório alimentar, observou-se que a média do valor energético total recomendado (VET-R) do grupo geral (Tabela 3) foi de $25 \pm 4,2$ kcal/kg/dia e a média do valor energético consumido (VET-C) foi $19 \pm 2,7$ kcal/dia. No grupo masculino, a média do VET-R foi de $28 \pm 4,0$ Kcal/kg/dia, enquanto que a média do VET-C foi de $24 \pm 4,2$ Kcal/kg/dia. Já no grupo feminino, a média do VET-R foi de $24 \pm 5,3$ kcal/kg/dia e o VET-C foi de $16,4 \pm 4,1$ kcal/kg/dia.

Tabela 3 - Valor calórico total recomendado e consumido através das médias, desvio padrão e adequação dos pacientes avaliados em acompanhamento domiciliar. Santa Maria, RS, 2008.

Grupos	VET-R (kcal/kg/dia)	VET-C (kcal/kg/dia)	Adequação
Geral	$25 \pm 4,2$	$19 \pm 2,7$	76
Masculino	$28 \pm 4,0$	$24 \pm 4,2$	89
Feminino	$24 \pm 5,3$	$16,4 \pm 4$	70

Por meio da tabela 3, percebe-se uma inadequação da ingesta alimentar por parte dos pacientes avaliados, devido ao baixo consumo calórico, o que pode ser um fator desencadeante da alta prevalência de desnutrição encontrado no estudo. O fato de haverem pessoas na amostra com ingesta alimentar superior ao recomendado poderia modificar alguns resultados deste estudo.

O baixo consumo alimentar encontrado no presente trabalho pode ser caracterizado por alguns fatores, como o baixo nível socioeconômico, pois os entrevistados podem não ter condições de adquirir uma dieta adequada para o tipo de alimentação recomendada e acarretar a inapetência.

Em pesquisa desenvolvida por Schieferdecker (2005), na qual avaliado o estado nutricional de pacientes em terapia nutricional enteral e a relação das necessidades energéticas com o valor energético total prescrito e recebido, a autora encontrou resultados diferentes dos deste estudo, pois os 32 pacientes avaliados, dentre homens e mulheres, consumiam em torno de 92% do valor energético total prescrito. Esse resultado pode ter se diferenciado devido ao presente estudo ter sido realizado no âmbito domiciliar e com prevalência da via de administração oral, já o estudo desenvolvido por Schieferdecker (2005) foi aplicado no âmbito intra-hospitalar, caracterizado pelo consumo de dieta por via enteral exclusiva.

Quanto à dieta (Tabela 4), encontrou-se a prevalência no uso de dieta por via oral de 80% e apenas 13% dos pacientes com o uso de dieta enteral.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes em atendimento domiciliar que faziam uso de dieta por via oral, enteral e via oral/enteral. Santa Maria/RS, 2008.

Dietas	n	%
Via oral	12	80
Enteral	2	13
Via oral/Enteral	1	7
TOTAL	15	100

A alta prevalência do uso da via oral, encontrada neste estudo, pode denotar uma deficiência de diagnóstico precoce das alterações no trato gastrointestinal alto, já que grande parte da população estudada apresenta acidente vascular encefálico, o que pode ter como consequência o desenvolvimento de disfagia, caracterizando um baixo consumo alimentar, podendo levar à desnutrição e, à piora do estado nutricional do indivíduo.

A via de administração mais encontrada na dieta enteral foi a nasogástrica (67%), seguida da gastrostomia (33%). No estudo de Madigan et al. (2003), a via mais utilizada foi a gastrostomia (88,5%), seguida da nasogástrica (7,5%), enquanto que, no estudo de Planas et al. (2004), a via nasogástrica foi a mais utilizada (32,2%), sendo que apenas 13,3% eram ostomias.

A falta de indicação de ostomias pode ser devido ao fato de ser um procedimento oneroso, que exige maiores cuidados na manipulação e boas condições financeiras para manter essa via (PLANAS et al., 2004). Assim, possivelmente, a pouca utilização de ostomia foi a responsável pela maior prevalência de utilização da via nasogástrica neste estudo.

A pouca utilização de ostomias também pode ser reflexo do deficiente conhecimento da população sobre essa via de administração. Portanto, a equipe de saúde que faz o atendimento domiciliar deve ser responsável por sanar essas dúvidas.

Segundo Dibaise e Scolapio (2007), que desenvolveram um estudo em nutrição parenteral e enteral domiciliar, uma boa equipe de atenção nutricional domiciliar pode diminuir significativamente a ocorrência de morbidades relacionadas à nutrição enteral e parenteral, bem como custos associados à sua utilização. O que reafirma a importância da inserção do nutricionista nas equipes de saúde para minimizar os agravos causados pela falta de acompanhamento nutricional e oferecer maiores informações sobre a possibilidade do uso de ostomias.

CONCLUSÃO

A prevalência da população idosa retrata a transição demográfica que ocorre em nosso país e que está relacionada à diminuição na taxa de fecundidade e aumento da longevidade, o que, por sua vez, ocasiona o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis. Quanto às patologias encontradas nos pesquisados, observou-se o acidente vascular encefálico como a mais prevalente, seguido das sequelas neurológicas congênitas e consequências dos acidentes no trânsito.

A desnutrição foi um importante e preocupante achado, podendo estar relacionada ao baixo nível escolar e aos baixos níveis socioeconômicos. O baixo nível socioeconômico também pode ter interferido na ingestão calórica dos pacientes estudados, uma vez que se verificou uma ingesta calórica aquém do recomendado, o que favorece a desnutrição calórica.

Apesar de a amostra ter sido pequena, em virtude da região que compreendeu a pesquisa, os resultados obtidos por meio de sua realização corroboraram com outros estudos realizados com pacientes restritos ao domicílio. Pode-se observar, ainda, a necessidade da inserção do nutricionista nas equipes de atendimento domiciliar, principalmente pelas modificações alimentares que ocorrem.

O profissional poderá fornecer um adequado suporte nutricional, minimizando a probabilidade do aparecimento de desnutrição e/ou doenças oportunistas à população que necessita de acompanhamento nutricional domiciliar. Sugere-se, também, a realização de mais estudos sobre a temática abordada, para que sejam fornecidos esclarecimentos aos profissionais da área da saúde, que atuam na busca pela qualidade de vida desses indivíduos e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA (ANEP). **Dados com base no Levantamento Socioeconômico**, Brasília: IBOPE, 2000.

BAXTER, Y. C. et al. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 29, n.1, p. 96-105, jan./fev., 2005.

CHUMLEA, W.C.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M.L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **Journal American Geriatric Soc.**, v. 33, p. 116-120, 1985.

COUTRIM, M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 367-390, mai./ago., 2006.

CUERDA, C. et al . Registro de la Nutrición Enteral Domiciliaria en España en el año 2006 (Grupo NADYA-SENPE). **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 23, n. 2, abr., 2008 .

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição**: Nutrição clínica do adulto. Barueri: Editora Manole, 2002. 406p.

DIBASE, J. K.; SCOLAPIO, J. S. Home Parenteral and Enteral Nutrition. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 36, n. 1, p. 123-144, mar., 2007.

DRUCKER, L. P. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, set./out., 2007.

FRISANCHO, A. R. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. **The American Journal of Clinical Nutrition**. v. 34, p. 2540-2545, 1981.

HARRIS, J. A.; BENEDICT, F. G. A Biometric Study of Human Basal Metabolism. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 4, n. 12, p. 370-373, dec., 1919.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese dos Indicadores Sociais**, 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=774>. Acesso em: jun. 2008.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MADIGAN, S. M. et al. Avaliação das Necessidades Dietéticas dos Diferentes Grupos de Pacientes que Recebem Nutrição Enteral Domiciliar no Reino Unido. **Nutrição em Pauta**, jan./fev., 2003.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2887-2895, dez., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic of obesity. Genebra, jun., 1997.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, oct./dec., 2006.

PLANAS, M. et al . Nutrición Enteral Domiciliaria (NED): Registro Nacional 2001. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 19, n. 3, mayo, 2004.

RABITO, E. I. et al. Pacientes acamados: Alternativa para estimar peso e altura. **Nutrire**, São Paulo, v. 30, Suplemento, p. 202-202, 2005.

RUFFIER, C. M. P.; BIALEK R. K.; BARRET, A. P. M. Seis anos de experiência em assistência Nutricional Domiciliar. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 16, p. 119-122, 2001.

SANTOS, J. L. et al. Anthropometric Measurements in the Elderly Population of Santiago, Chile. **Nutrition**, v. 20, n. 5, p. 452-457, 2004.

SCHIEFERDECKER, M. E. M. **Estado nutricional de pacientes em terapia nutricional enteral e a relação das necessidades energéticas com o valor energético total prescrito e recebido**. 2005. f.104. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

TRELHA, C. S.; REVALDAVES, E. J.; YUSSEF, S. M. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n.1, p. 20-27, dez., 2006.

