



Inquérito Hispano-americano de terapia nutricional em serviços de Assistência domiciliar

Encuesta hispaamericana de terapia nutricional en servicios de asistencia domiciliar

Ibero American survey of nutritional therapy in home care services

Denise Philomene Joseph van Aanholt^{1,2*}, Humberto Arenas³, Luciana Mitsue Sakano Niwa²,
Diogo Oliveira Toledo^{4,5}, Mariana Borges Dias⁶, Suely Itsuko Ciosak^{1,7}.

Recebido para publicação: 21 de janeiro de 2022. Aceito para publicação: 6 de abril de 2022.

Publicado on-line: 7 de abril de 2022.

<https://doi.org/10.35454/rncm.v5n3.369>

Resumo

Objetivo: conhecer como a terapêutica nutricional domiciliar (TND) é realizada nos países membros da FELANPE.

Metodologia: estudo epidemiológico, descritivo, transversal, realizado em 18 países através de um Survey denominado “Inquérito Hispano-americano de TND”, de março a junho de 2018, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Brasileiro.

Resultados: participaram 18 países, um total de 505 respondentes (nutricionistas, enfermeiros, médicos, outros). Brasil contribuiu com maior número (57%). Analisando quem são os usuários de TND, 65,9% são de idosos e destes, 49,9% portadores de doença neurológica. Na nutrição enteral domiciliar (NED), verificou-se baixa prática de dieta artesanal exclusiva (8%), baixa indicação de ostomias de nutrição (33,9%) e o método de administração mais utilizado foi por gravidade de forma intermitente (45%) seguido pela administração “em bolus” (35%).

Conclusão: este primeiro inquérito latino-americano de TND, mostrou que há uma preocupação com a nutrição dos pacientes desospitalizados, considerando que o estado nutricional se reflete em uma melhor resposta terapêutica, melhor qualidade de vida e, consequentemente, maior sobrevivência, menor taxa de reinternações e uma redução dos custos com a saúde.

Summary

Objective: To gain insight into how home nutritional therapy (HNT) is performed in FELANPE member countries.

Methodology: Epidemiological, cross-sectional study carried out in 18 countries using a Survey called the “Inquérito Hispano-americano de TND”, from March to June 2018, after approval by the Brazilian Research Ethics Committee.

Results: 18 countries participated, with a total of 505 respondents (nutritionists, nurses, physicians, others). Brazil contributed with the highest number (57%). In terms of who are HNT users, the analysis revealed that 65.9% are elderly and, of them, 49.9% have a neurological disease. In home enteral nutrition (HEN), there was low use of exclusive artisanal diet (8%), low indication of nutrition ostomies (33.9%), while the method of administration more frequently used was intermittently by gravity (45%) followed by “bolus” administration (35%).

Conclusion: This first Hispanic-American HNT survey showed concern for nutrition of discharged patients, considering that the nutritional status is reflected in a better therapeutic response, improved quality of life and, consequently, greater survival, lower readmission rate and a reduction in healthcare costs.

Resumen

Objetivo: conocer cómo se realiza la terapia nutricional domiciliar en los países miembros de la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE).

Metodología: estudio epidemiológico, descriptivo, transversal, realizado en 18 países a través de una encuesta denominada “Encuesta Hispanoamericana de Terapia Nutricional Domiciliar”, de marzo a junio de 2018, luego de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de Brasil.

Resultados: participaron 18 países con un total de 505 encuestados (nutricionistas, enfermeros, médicos, entre otros). Brasil contribuyó con la mayor cantidad (57 %). Al analizar quiénes son los usuarios de la terapia nutricional domiciliar, el 65,9 % corresponde a adultos mayores y, de estos, el 49,9 % presenta enfermedad neurológica. En la nutrición enteral domiciliar hubo baja práctica de dieta artesanal exclusiva (8 %), baja indicación de ostomías nutricionales (33,9 %) y el método de administración más utilizado fue el intermitente por gravedad (45 %), seguido de la administración en bolo (35 %).

Conclusión: esta primera encuesta latinoamericana de terapia nutricional domiciliar mostró que existe una preocupación con la nutrición de los pacientes no hospitalizados, considerando que el



Palavras-chave: terapia nutricional, nutrição enteral, nutrição parenteral, serviços de assistência domiciliar.

Keywords: nutrition therapy, enteral nutrition, home parenteral nutrition, home care service.

estado nutricional se refleja en una mejor respuesta terapéutica, mejor calidad de vida y, en consecuencia, mayor supervivencia, menor índice de reingresos y una reducción de los costes sanitarios.

Palabras clave: terapia nutricional, nutrición enteral, nutrición parenteral, servicios de atención domiciliaria.

- ¹ Grupo de Pesquisa Senescência e Senilidade: desafios no cuidar, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. São Paulo, Brasil. Grupo BHEN - Brazilian Home Enteral Nutrition, Universidade Federal de Paraná (UFPR), registrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Brasil.
- ² Sociedade Brasileira de Terapia Nutricional Parenteral e Enteral. São Paulo, Brasil.
- ³ Unidad de Práctica Integrada en Falla Intestinal. Sanvite, Hospital San Javier. Guadalajara, México.
- ⁴ Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional do Hospital São Luiz - unidade Itaim. São Paulo, Brasil.
- ⁵ Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil

- ⁶ Atenção Hospitalar e Domiciliar, Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, Brasil.
- ⁷ Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programas Pós-graduação e de Doutorado do Programas Interunidades de Pós-graduação Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem Ribeirão, Universidade de São Paulo Preto. São Paulo, Brasil.

*Correspondência: Denise Philomene Joseph van Aanholt.
deaanholt@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação clínico-nutricional de pacientes, com garantias de continuidade de cuidados integrais em um ambiente não hospitalar^(1,2). Desta forma, considera-se que o cuidado domiciliar (CD) tem como objetivo prestar cuidados em saúde à indivíduos e conscientizá-los e suas famílias, a atingir sua independência dos serviços de saúde⁽³⁾.

A terapia nutricional domiciliar (TND), uma assistência nutricional e clínica ao paciente em seu domicílio, se tornou uma especialidade integrada na AD e, tem como objetivo recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade. Ela compreende desde terapia nutricional oral, mediante utilização de suplementos e complementos nutricionais, a terapia nutricional enteral (TNE) e a terapia nutricional parenteral (TNP)^(2,4).

Considerando que o cuidado nutricional é um direito humano, espera-se que os governos, através dos sistemas de saúde, deva “respeitar, proteger e cumprir” o direito em que cada indivíduo possa se beneficiar das etapas de cuidado nutricional, durante sua recuperação clínico-nutricional, independente do local em que este se encontra, devendo receber uma dieta adequada seja através de suplementos ou a terapia nutricional enteral/parenteral^(5,6).

Neste sentido, considerando a declaração Internacional sobre o Direito ao Cuidado Nutricional e a Luta contra a Desnutrição⁽⁶⁾, considerando ainda, as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), é possível dizer que a TND contribui para a garantia de direito à alimentação adequada e saudável, àqueles com necessidades especiais, apesar de ainda não ser uma realidade aos indivíduos com baixo poder aquisitivo⁽⁶⁻⁸⁾.

Um paciente com indicação de TND necessita maior atenção e cuidados de uma equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN), seguindo as normatizações vigentes em cada país. A EMTN deve prescrever uma Terapia Nutricional (TN) individualizada, com a inclusão de educação e aconselhamento nutricional de dieta pela via oral ou, de dietas consideradas como de alta complexidade como a TNE e TNP^(9,10).

No Brasil, a TNE e TNP estão contempladas na PNAN dentre as Necessidades Alimentares Especiais (NAE), como vemos na sua definição⁽⁷⁾: “As necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causa mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral)”.

São poucos estudos sobre nutrição domiciliar, as publicações científicas focam muito a questão da desnutrição no setor terciário da saúde, com relatos de que a desnutrição são problemas de saúde pública que

afetam, tanto performances sociais quanto econômicas, solicitando demandas do setor saúde para melhorar os desfechos clínicos. Os índices de complicações em indivíduos desnutridos são elevados e apresentam alto custo financeiro no setor saúde, relacionadas desde terapias adjuvantes, maior uso de medicamentos, dias de internação e reinternações, entre outros. A presença de alto índices de desnutrição intra-hospitalar se mantém elevada, com 40 a 60% de prevalência, que aumenta com os dias de internação^(6,11-14).

Neste sentido, uma intervenção nutricional adequada, é fundamental para reverter as situações desfavoráveis da subnutrição, melhorando desfechos clínicos e nutricionais, bem como a qualidade de vida dos indivíduos, com consequente redução de custos com a saúde⁽¹⁵⁾.

Pesquisas sobre estado nutricional em pacientes atendidos no domicílio são escassos na nossa literatura, principalmente com dados da América Latina. Alguns estudos com terapia nutricional enteral domiciliar (TNED), principalmente em idosos, mostram a alta incidência de desnutrição e melhora do quadro, quando ela ocorre com orientação nutricional e acompanhamento multiprofissional⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Neste contexto, as Sociedades de Terapia Nutricional, membros da Federación Latino-americana de Terapia Parenteral e Enteral (FELANPE), reconhecem e subscrevem a Declaração Internacional sobre o Direito a Nutrição e o combate a desnutrição, através da “Declaração de Cartagena”⁽⁶⁾, com 13 princípios que servem como um guia para os países da América Latina, instituições de ensino e associações afiliadas, para o desenvolvimento de planos de ação ao combate a desnutrição. Já no Brasil, as ações relacionadas as NAE tem sido pautadas pela agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que a partir de 2014, inseriu uma nova meta, direcionando o cuidado das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial no âmbito domiciliar, mantendo a atenção nutricional adequada, de acordo com o preconizado pela PNAN^(6,9).

Portanto, é esperado que a AD possibilite a desospitalização de pacientes crônicos, estáveis clinicamente, mantendo um acompanhamento clínico multiprofissional de forma humanizada, respeitando os princípios e valores éticos^(4,19-21).

Considerando o cenário que envolve a TND, o direito à alimentação adequada com respaldo das políticas públicas e das doenças crônicas, que aumentam com o envelhecimento populacional e a falta de publicações referente a situação das TND, na América Latina,

foi objetivo do Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar (CAND) da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN-SBNPE), em parceria com a FELANPE, realizar o primeiro inquérito sobre TND da América Latina, conhecer como é esta realidade nos países membros.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, descritivo e transversal, realizado na Hispano America com dados de um Survey de autoria da BRASPEN, denominado inquérito Latino-americano de TND. A coleta de dados foi realizado com países membros da FELANPE, através da aplicação de um questionário elaborado pelo CAND composto por 14 perguntas de múltipla escolha, por meio da ferramenta Survey Monkey (www.survey-monkey.com; **Tabela 1**), enviado para as Sociedades de Nutrição Parenteral e Enteral dos países membros da FELANPE, Associações e Colegiados, contendo os seguintes dados: tipo de TN utilizada, diagnóstico e idade mais frequentes no atendimento, dados do planejamento de alta hospitalar, tipo de prescrição médica da dieta enteral, dispositivos e métodos de administração (**Tabela 1**). Esses últimos dados foram coletados considerando um inquérito anterior realizado somente no Brasil (Inquérito enviado aos sócios BRASPEN com objetivo de entender qual foi a orientação de terapia nutricional mais frequente na alta hospitalar), que mostrou que a TNE é a maior prática⁽²²⁾.

O período da coleta ocorreu de março a junho de 2018, via e-mail. Para o Brasil, o questionário foi aplicado na língua portuguesa, para garantir maior número de respondentes e, o Link foi enviado para profissionais atuantes na AD, tanto do setor público como do setor privado.

Atendendo a Resolução 466 de 2012, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o N.º 3.995.405.

Foi realizada análise estatística descritiva utilizando medidas de tendência central.

RESULTADOS

Buscando conhecer a como se encontra a TND na Hispano América, tivemos a participação de 17 países, sendo 16 da América Latina (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai) e a Espanha e um total de 505 respondentes (nutricionistas, enfer-

Tabela 1. Perguntas formuladas no inquérito latino-americano de terapia nutricional, São Paulo, 2018

Pergunta	Opções de resposta
1. Qual País você representa?	Pergunta aberta
2. Qual sua profissão?	- Médico - Nutricionista - Enfermeiro - Outro – especifique
3. Você trabalha em:	- Hospital - Home care - Ambos
4. Ao iniciar um paciente novo com TND em seu serviço de Home care, este já recebeu orientação previa sobre TND do hospital de origem?	- Sim em mais de 50% - Sim em menos de 50% - Não recebeu - Não trabalho em Home care
5. No seu hospital, a alta hospitalar é um protocolo?	- Sim - Não - Não trabalho em hospital
6. Qual tipo de orientação nutricional se dá al paciente/família/cuidador para uso de TND	- Oral/verbal - Impresso \ manual do próprio do hospital
7. Quanto tempo antes da alta hospitalar, inicia a dar instruções/orientação a família?	- Mesmo dia - Dia anterior - Sete dias antes - Outro (especifique)
8. Em seu serviço de Home care, qual tipo de TND se atende?	- Nutrição enteral (NE) - Nutrição Parenteral (NP) - Suplementação por via oral (SO) - Ambos (TNE \ TNP o SO)
9. Nos pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar (TNED), que tipo de dieta se utiliza	- Industrializada (pó ou líquido) - Artesanal com alimentos in natura - Mista (parte industrializada e parte natural) - Outro (especifique)
10. Qual via de acesso para TNED é mais utilizada nos pacientes acompanhados pela empresa em que trabalha	- Sonda nasogástrica - Sonda nasoenteral - Ostomia (gastrostomia \ jejunostomia)
11. Qual tipo de administração de dieta enteral se recomenda ou é realizada no domicílio pela empresa em que trabalha	- Por bomba de infusão enteral - Por gravidade intermitente - Por gravidade continua - In bolus com seringa
12. Qual faixa etária mais frequente dos pacientes acompanhados com TND em seu serviço	- < 18 anos - Entre 18 e 60 anos - > 60 anos
13. Qual é o diagnóstico mais frequente em seu serviço, dos pacientes em TND	- Neurológico - Oncológica - Cirúrgicos - Outro (especifique)
14. Seu país conta com cobertura para TND a seus pacientes, mediante políticas públicas ou pelos Seguros de Saúde	- Sim - No - Está sendo estudado - Se sim, especifique qual

Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

meiros, médicos e outros profissionais). Dentre os países participantes, o Brasil contribuiu com maior número, ou seja, mais da metade dos respondentes (57%) (**Tabela 2**).

Interessante observar a excelente contribuição dada pelo Peru, com quase 12% das respondentes e de outros países pequenos como o Panamá e Guatemala (América Central) com cerca 8% e 6% respectivamente.

Do total de respondentes, encontramos 47% de nutricionistas seguido de 24% enfermeiros e 17% de médicos, porém somente 50% (254) desses profissionais eram atuantes na AD.

Em relação aos usuários do programa, 65,9% dos pacientes em uso de TND são idosos e somente 4,8% tem menos de 18 anos. Quanto ao diagnóstico clínico reportado, 66,8% tem doença neurológica, sendo

metade (49,9%) na população idosa. A seguir encontramos como diagnóstico mais presentes os pacientes cirúrgicos (13%) e quase na mesma frequência o oncológico (12,9%), sendo que para o primeiro é mais frequente entre os com 18 a 60 anos e para o segundo entre os acima de 60 anos (**Tabela 3**).

O inquérito mostrou que a TNED foi o tipo de TN mais realizada e, 45% referiram, também, ter capacidade para atender além da TNED a TNPD e a suplementação via oral, no entanto, a prática de TNPD foi realizada em apenas 1% do total dos respondentes da América Latina.

Ao analisar a TNED, considerando tipo de prescrição realizada pelos profissionais de saúde, verificou-se baixa prática no uso de dieta artesanal exclusiva (8%) e a maior frequência foi no uso de dieta enteral mista (54%) ou seja, industrializada e artesanal (**Figura 1**).

Tabela 2. Distribuição das respostas sobre o inquérito TND da América Latina, por país e categoria profissional (São Paulo, 2018)

País	Nutricionista n (%)	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)	Outros n (%)	Total n (%)
Argentina	4 (29)	5 (36)	4 (29)	1 (6)	14 (2,7)
Bolívia	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Brasil	118 (41)	98 (34)	23 (8)	50 (17)	289 (57,2)
Chile	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	2 (0,4)
Colômbia	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Costa Rica	2 (33)	1 (17)	3 (50)	0 (0)	6 (1,2)
Ecuador	6 (35)	0 (0)	10 (59)	1 (6)	17 (3,4)
El Salvador	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1 (0,2)
Espanha	0 (0)	3 (50)	3 (50)	0 (0)	6 (1,2)
Guatemala	20 (65)	0 (0)	10 (32)	1 (3)	31 (6,1)
Honduras	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (0,2)
México	3 (50)	0 (0)	3 (50)	0 (0)	6 (1,2)
Panamá	29 (73)	2 (5)	8 (20)	1 (2)	40 (7,9)
Paraguai	20 (90)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	22 (4,4)
Peru	32 (54)	11 (19)	13 (22)	3 (5)	59 (11,7)
República Dominicana	1 (13)	0 (0)	6 (74)	1 (13)	8 (1,6)
Uruguai	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)
Total	238 (47)	122 (24)	86 (17)	59 (12)	505 (100)

Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

Tabela 3. Distribuição da faixa etária e diagnóstico clínico dos pacientes atendidos em TND (São Paulo, 2018)

Diagnóstico	Faixa etária (anos)			Total n (%)
	< 18 n (%)	18 a 60 n (%)	> 60 n (%)	
Neurológico	16 (3,2)	68 (13,7)	247 (49,9)	331 (66,8)
Oncológico	2 (0,4)	25 (5,0)	37 (7,5)	64 (12,9)
Cirúrgico	3 (0,6)	34 (6,9)	27 (5,5)	64 (13,0)
Outros	3 (0,6)	18 (3,7)	15 (3,0)	36 (7,3)
Total	24 (4,8)	145 (29,3)	326 (65,9)	495 (100)*

*10 Profissionais não responderam. Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

A via de acesso mais utilizada para administração da TND foi a sonda nasogástrica (SNG)/nasoenteral (SNE) (58,6%) e, apesar da maioria dos pacientes serem neurológicos, a gastrostomia foi utilizada em 33,9% dos casos. No Brasil, encontramos que a sonda de Levine, utilizada para drenar conteúdo gástrico, foi empregada para administração de dieta enteral, em 13% dos casos (**Tabela 4**).

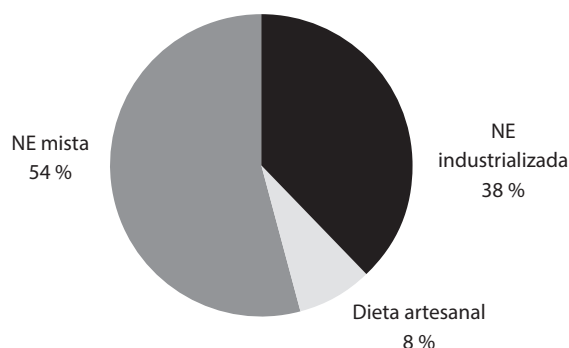
Tipos de dieta para TND prescrito

Figura 1. Tipo de dieta de nutrição enteral prescrita pelos profissionais de saúde para TND (São Paulo, 2018). Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

Considerando a forma de administração de TND observou-se que 45% recebeu NE por gravidade de forma intermitente, seguido pela administração “em bolus” (35%). Comparando os dados brasileiros com os demais países da América Latina e Espanha, observamos algumas diferenças em relação ao método de administração, observando que o uso de bomba de infusão é uma prática maior nos demais países compa-

Tabela 4. Vias de acesso e forma de administração utilizado na TND segundo país (São Paulo, 2018)

	Países participantes					
	Brasil		Demais países*		Todos países**	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de dispositivo para TND						
Sonda de Levini	38	13	0	0	38	7,5
SNG/SNE	162	56	134	62	296	58,6
Ostomia	89	31	82	38	171	33,9
Total	289	100	216	100	505	100
Forma de Administração NE						
Bomba de infusão	14	5	53	25	67	13
Gotejamento intermitente	186	64	41	19	227	45
Gotejamento contínuo	23	8	9	4	32	6
Bolus	66	23	113	52	179	35
Total	289	100	216	100	505	100

*Países América Latina, sem o Brasil + Espanha. **Todos países participantes. Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

rado ao Brasil, assim como a administração “in bolus”, já no Brasil a administração por gotejamento intermitente é maior (**Tabela 4**).

Neste inquérito também, pudemos conhecer como ocorria o planejamento de alta e, encontramos que é uma rotina para 55% dos respondentes, sendo que no Brasil isto ocorria em 70% e dos demais países apenas 44 %, sendo que, a maioria (77%) ocorria no mesmo dia ou em até um dia antes da alta. Apenas 23% esta orientação ocorria em até sete dias antes com proporção semelhante no Brasil e em outros países. Para 71% estas orientações eram oferecidas na forma escrita, mais comum no Brasil com 82%, embora em 40% ocorriam no dia da alta hospitalar. Nos outros países a forma verbal foi muito semelhante a escrita (**Tabela 5**).

Mediante políticas públicas ou seguros de saúde, existentes nos países, verificamos que em relação ao atendimento e financiamento para os pacientes com necessidade em TND, 60% não tinham esta cobertura, ficando a critério da família os custos com TN, 10% não estão cobertos, assim estão em estudo para eventual-

mente iniciar esta prática e 30% tem esse atendimento assegurado quer pelo Ministério de saúde do país ou sistema privado de assistência com cobertura parcial ou total de gastos (**Figura 2**).

¿Seu país conta com cobertura de TND para os pacientes mediante políticas públicas do MS ou seguros saúde?

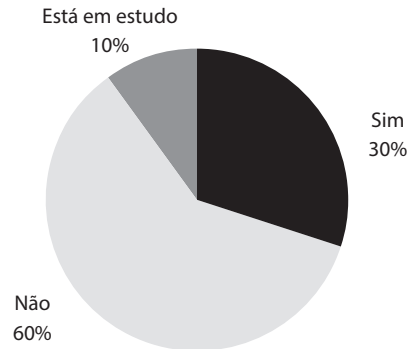


Figura 2. Cobertura da TND por políticas públicas ou pelos seguros saúde (São Paulo, 2018). Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

Tabela 5. Descrição de como é realizada o planejamento de alta nos países da América Latina e Espanha (São Paulo, 2018)

Planejamento de Alta hospitalar	Países participantes		
	Brasil	Demais países*	Todos países**
	n (%)	n (%)	n (%)
É uma rotina			
Sim	202 (70)	95 (44)	297 (55)
Não	87 (30)	121 (56)	208 (45)
Total	289 (100)	216 (100)	505 (100)
Tempo da orientação antes da alta hospitalar			
Até sete dias antes	72 (25)	43 (20)	115 (23)
Um dia antes	101 (35)	74 (34)	175 (34)
No dia da alta	116 (40)	99 (46)	215 (43)
Total	289 (100)	216 (100)	505 (100)
Tipo de orientação oferecida al paciente/familiar			
Escrita	237 (82)	121 (56)	258 (71)
Verbal	52 (18)	95 (44)	147 (29)
Total	289 (100)	216 (100)	505 (100)

*Países América Latina, exceto o Brasil + Espanha. **Todos países participantes. Fonte: Inquérito FELANPE, 2018.

DISCUSSÃO

Ao realizar o primeiro inquérito sobre TND da Hispano América, os resultados permitiram uma reflexão de como as políticas públicas estão, frente a esta realidade, de forma a incentivar a FELANPE a realizar novos investimentos nesta área, sugerir diretrizes para uma prática adequada e segura de TND e sensibilizar os órgãos públicos a melhorar a atenção às pessoas com necessidades em TN.

Chamou atenção a baixa participação neste inquérito, de membros de alguns países como a Colômbia, Chile, México e Uruguai, antes com passado de grande envolvimento em TN, tendo sediado congressos/eventos da FELANPE e sempre ativos junto à esta Federação. Frente a este descompasso, algumas hipóteses foram surgindo como: será que apesar da “tradição”, não houve evolução na implementação da TND nos países? Ou, houve subestimação dos membros frente à este levantamento? Ou ainda será que as lideranças do passado estão se acomodando, frente às conquistas obtidas? Fica um alerta para as lideranças e para os próximos inquéritos envolvendo.

O México foi o país que sediou o congresso FELANPE no ano da realização do Inquérito e, mesmo assim tivemos pouca adesão. Por outro lado, países menores como Guatemala, Ecuador foram muito acolhedores em divulgar e auxiliar na realização deste Inquérito. Já o Peru nos últimos anos tem mostrando muito atuante na TN, tanto na realização de capacitação de profissionais membros de equipe de TN, como no envolvimento perante as atividades da FELANPE, sendo o segundo país em número de respondentes, com mais de 50% da participação do nutricionista, seguido pelo Panamá, no qual o nutricionista colaborou com mais 70% dentre o total dos respondentes deste país. Estes resultados permitem interpretar que entre os profissionais da EMTN, os nutricionistas são os que mais atuam em TND. Importante ressaltar que os representantes do comitê de nutrição foram grandes aliados para a divulgação do Survey em seus países, bem como os presidentes das sociedades de terapia nutricional parenteral e enteral de cada país membro da FELANPE.

Como já colocado, são poucas as publicações referentes a AD na América Latina, principalmente relacionada a prática de TND. A Espanha é um exemplo de monitoramento da AD e da TND pela existência atualizada dos dados sociodemográficos dos pacientes domiciliares, facilitado por apresentar a AD regulamentada⁽²³⁾.

Mundialmente, estamos mudando nossa pirâmide demográfica, com crescimento gradual de idosos que, por sua vez, também, contribuem para o aumento da presença das doenças crônicas. Na AD, segundo este inquérito, temos em sua maioria indivíduos idosos e com doenças neurológicas, como já relatado na literatura nacional e internacional^(18,22,24-28).

Considerando que a TND tem como objetivo manter ou recuperar estado nutricional dos pacientes no âmbito domiciliar, analisar a prescrição de TNE pós alta é fundamental para entender, se no domicílio, a meta nutricional é uma preocupação dos profissionais que realizam a prescrição. Várias publicações apontam um aumento nos últimos anos do uso de dietas artesanais (dietas preparadas com alimentos *in natura*), não apenas em pediatria, mas também em adultos^(29,30,31). Na contramão destas informações, nosso estudo revelou baixa indicação de prescrição de dieta artesanal exclusiva (8%), com maior uso da dieta enteral mista (dieta que utiliza produtos industrializados e alimentos *in natura*), que confere melhor adequação à oferta nutricional.

Se somarmos o número de dieta industrializada (fórmula completa, pronta para uso preparada industrialmente) com uso de dietas mistas, encontramos que são indicadas para quase a totalidade (92%), dos pacientes, o que pode sugerir uma preocupação por parte dos prescritores em manter um fornecimento de nutrientes adequado aos indivíduos em TNED. No Brasil um estudo que analisa uso de dieta semiartesanal/mista, com uso de módulos de carboidrato e proteína, em diferentes quantidades de calorias, revelou ser uma opção interessante para idosos em TNED, desde que sejam suplementadas com alguns minerais e vitaminas, já que os macronutrientes atendem as recomendações nutricionais para esta população⁽³²⁾.

Apesar da tendência nacional e internacional na utilização de dietas semiartesanais, é importante ressaltar alguns critérios para sua indicação, como a estabilidade clínica do paciente, presença de sondas com calibre maior que 14 Fr há pelo menos seis meses e, realizar uma transição da dieta enteral lenta, respeitando a tolerância individual de cada paciente⁽³³⁾.

O custo é um dos fatores que leva a indicação no uso de dieta artesanal, no entanto, uma pesquisa que analisa o custo de saúde em pacientes com TNED, mostra um melhor resultado com uso de dieta industrializada. Neste estudo foram acompanhados 102 pacientes em TNED exclusiva, por dois anos seguidos, sendo o primeiro ano mantendo a dieta já praticada pela família,

similar a nossa dieta artesanal e, no segundo ano, a dieta foi alterada para industrializada, sendo analisados: o número de reinternação hospitalar, tempo de hospitalização, dias de terapia intensiva, custos com saúde. Concluíram que durante o ano com uso de dieta industrializada foi possível, apesar do maior gasto, reduzir custos hospitalares e de saúde como um todo. Estes resultados levaram a mudança na dinâmica do atendimento domiciliar pelo governo local da Polónia⁽²⁵⁾.

Desta forma, é essencial que uma prescrição de TNED considere não apenas aspectos nutricionais, mas também, os econômicos. É esperado que cada serviço de AD tenha protocolos com critérios de elegibilidade para definir a melhor prescrição de dieta enteral, considerando um equilíbrio entre custo-efetividade, além da prevenção de perda peso, desnutrição e melhora na qualidade de vida dos usuários. A presença da equipe de saúde capacitada e o monitoramento adequado dos usuários, também deve estar considerada⁽³⁴⁻³⁶⁾.

No Brasil existe um programa específico para AD, denominado “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde, que apresentou um crescimento exponencial de usuários e, também, de pacientes com necessidade de TND. Para auxiliar as equipes multiprofissionais, foram elaborados documentos específicos para AD e TND, contemplando desde avaliação inicial, recomendações nutricionais, indicação, prescrição, cuidados na manipulação de fórmulas enterais cuidados na administração e monitoramento do paciente em TND^(22,37).

Neste Inquérito encontramos uma representação expressiva de idosos, neurológicos e em uso de sondas nasogástricas e enterais, ainda que as recomendações para estes casos, indiquem o uso de estomas. Estudos europeus, mostram que o uso de ostomias na AD, não é necessariamente uma realidade, sendo apontado o uso de sondas nasoenterais em até 73%, principalmente em idosos muito velhos (de 80 anos e mais), mesmo com uma média de 174 dias para TNED^(28,38). Um dos estudos apontam que idosos com doença neurológica severa, em uso de sondas nasoentéricas não tiveram mais complicações quando comparadas a idosos semelhantes com uso de ostomia, sugerindo que estas sondas não devem ser contraindicadas, principalmente se for a preferência da família⁽³⁸⁾.

Em relação a forma de administração, encontramos que gotejamento gravitacional intermitente foi a mais frequente. Esta é uma prática consagrada pela equipe de enfermagem, considerada a mais fisiológica, principalmente, quando não dispõem de bombas de infusão^(39,40).

Ainda referente ao tipo de administração, foi observado que nos países da América Latina e Espanha, houve maior indicação da administração em “bolus”, uma tendência apontada na literatura, principalmente quando a dieta prescrita é a artesanal ou mista, no qual a viscosidade é maior e dificilmente adequada para o gotejamento gravitacional. A indicação de ostomias também favorece a administração em “bolus”, apesar deste método mostrar maior incidência de complicações gastrointestinais⁽⁴¹⁾.

Alta planejada é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde e, é uma ferramenta utilizada na unidade hospitalar para garantir ao paciente, a continuidade do cuidado clínico e nutricional em casa, de forma segura. Essa importância foi avaliada neste inquérito e, apesar de mais da metade informar a presença desta rotina, 77% referiram uma prática de orientação em até um dia antes da alta, bem diferente da recomendação da literatura. O ideal é que o processo se inicie desde a admissão, envolvendo toda equipe multiprofissional, a família ou cuidador responsável e o paciente, facilitando a compreensão das necessidades terapêuticas indicadas para a pós-alta hospitalar⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Dentre as etapas da alta sistematizada, além do treinamento a beira leito ao longo da internação hospitalar, é importante entregar as orientações por escrito, um “passo a passo” sobre as técnicas de TN e o seu monitoramento. Esta rotina facilita a adaptação domiciliar, no entanto, é preocupante observar que neste inquérito um terço dos profissionais realizavam as orientações apenas de forma verbais, mais frequente na América Latina e Espanha. Este resultado pode estar relacionado a uma rotina geral, não considerando apenas pacientes com indicação de TND, mas, independentemente do tipo de orientação a ser dada, mesmo as mais simples, devem ser entregues por escrito. Esta ação evita dúvidas à família e paciente, além de deixar registrado a sua realização pela equipe de saúde⁽⁴⁵⁾.

A maioria dos países da América Latina a AD não há regulamentação legal, diferente de alguns países da Europa e América do Norte, que contam com programas específicos de AD no rol da saúde, com critérios bem delineados. No Brasil, em 2006 foi publicado uma resolução que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, objetivando padronizar a prestação deste serviço por parte das empresas de AD, principalmente as da saúde suplementar⁽⁴³⁾.

Este cenário deixa claro a importância de ter propostas no qual se possa legalizar a AD, incluindo, a TND. Já

é sabido quanto as boas práticas de TN podem melhorar as condições de saúde e reduzir custos com saúde. Assim, manter um programa com financiamento também em TND, pode a médio e longo prazo reduzir incidência de desnutrição, agravos nas condições de saúde e, consequentemente, de custos na saúde. Ainda estamos longe desta realidade, visto que mais da metade dos países, de acordo com o inquérito, não tem financiamento público ou gratuito para a TND e apenas 10% prospectam esta prática para o futuro próximo.

Analisando este estudo, é possível afirmar que suas limitações estão relacionadas à impossibilidade de determinar causalidade, não há seguimento e as amostras dos países são heterogêneas.

CONCLUSÃO

Buscando conhecer as características da TND na América Latina, observou-se um maior envolvimento dos profissionais de saúde na prestação de cuidados efetivos em terapia nutricional, bem como a participação e divulgação de inquéritos epidemiológicos que se traduzam em maior conhecimento sobre a situação assistencial das populações nessa área, fornecendo informações para gestores de saúde, tomar algumas decisões, além de permitir benchmarking internacional.

Os países investigados têm preocupação com a nutrição dos pacientes em domicílio, pois o estado nutricional reflete na melhor resposta terapêutica, melhor qualidade de vida e sobrevida e, consequentemente, menor taxa de reinternação hospitalar e, portanto, uma redução nos custos de saúde.

Ainda se faz necessário reforçar que orientações de alta são fundamentais especialmente para os pacientes em TND e estas devem ser feitas ao longo da hospitalização e não somente no ato da alta hospitalar.

Considerando os dados brasileiros deste inquérito, verificamos a importância da organização do setor público junto ao Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, que ampliou o uso de TND, principalmente às populações mais necessitadas.

Ainda são poucos os estudos com dados epidemiológicos relativos à AD na América Latina e mais escassos os que incluem a TND, principalmente os longitudinais para entender como é a evolução desta terapêutica no cuidado domiciliar.

Financiamento

Nenhum.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os países participantes, sociedades de terapia nutricional, associações e faculdades, por meio de profissionais de saúde, membros ativos da terapia nutricional por participarem desta pesquisa.

Agradecemos também aqui no Brasil a colaboração da coordenadora do programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde para divulgar o link desta Pesquisa aos profissionais que atuam na atenção domiciliar.

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

Declaração de autoria

Os autores contribuíram para o desenho da pesquisa e validaram sua versão final. DPJVA, SIC e LMSN redigiram, analisaram e interpretaram os dados.

Referências Bibliográficas

1. Caderno de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Cuidados em Terapia Nutricional. 1.ª edición. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2015.
2. De Pimiento SE, van Aanholt DPJ. Terapia nutricional domiciliar (TND). En: CINC - Curso Interdisciplinario de Nutrición Clínica. 4.ª edición. Bogotá, Colombia: FELANPE; 2016. p. 264-80.
3. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SDA, Schieferdecker MEM. Terapia nutricional enteral domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 2014;9(3):757-70. doi: 10.12957/demetra.2014.10345
4. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M, Campos A, Aguilar-Nascimento J. Diretriz TND. BRASPEN J. 2018;33(supl 1):37-46.
5. Cárdenas D. Is the right to food in hospitals a human right? Rev Nutr Clin Metab. 2018;1(2):9-12.
6. Bermúdez C, Pérez A, Puentes M, López L, Guerrero M, García Velasquez E, et al. Implementación de la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional en el ámbito clínico y la lucha contra la malnutrición. Rev Nutr Clínica y Metab. 2019;2(Supl 1):82-6. doi: 10.35454/rncm.v2supl1.033
7. PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1.ª edición. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2012.
8. Brasil. LEI No 11.346, de 15 de setembro de 2016. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimen-

- tação adequada e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministerio da Saúde; 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm
9. Gabe K, Jaime P, Silva K. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas as necessidades alimentares especiais. In: Jaime PC, editor. Políticas públicas de alimentação e nutrição. primeira. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 145-4.
10. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, dos Reis Coimbra J, Rodrigues MTG, dos Santos Rodrigues AM, et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar—promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 2014;9:233-47. doi: 10.12957/demetra.2014.10300
11. 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. doi: 10.1016/j.clnu.2016.09.004
12. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. Clin Nutr. 2017;36(4):958-967. doi: 10.1016/j.clnu.2016.06.025
13. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2016;387(10036):2383-401. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00648-6
14. Schindler K, Themessl-Huber M, Hiesmayr M, Kosak S, Lainscak M, Laviano A, et al. To eat or not to eat? Indicators for reduced food intake in 91,245 patients hospitalized on nutritionDays 2006-2014 in 56 countries worldwide: a descriptive analysis. Am J Clin Nutr. 2016;104(5):1393-1402. doi: 10.3945/ajcn.116.137125
15. Tyler RD, Guenter P. Identifying malnutrition: From acute care to discharge and beyond. Nurse Pract. 2017;42(4):18-24. doi: 10.1097/01.NPR.0000513334.61944.8e
16. Domingues EA. Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar. São Paulo: Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2019.
17. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional y evolución clínica de ancianos en terapia nutricional enteral domiciliar: cohorte retrospectiva. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3198. doi: 10.1590/1518-8345.2837.3198
18. Villar Taibo R, Martínez Olmos MÁ, Bellido Guerrero D, Vidal Casariego A, Peinó García R, Martís Sueiro A, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: an approximation to reality. Nutr Hosp. 2018;35(3):511-518. doi: 10.20960/nh.1799
19. Brasil. Portaria SES-DF No 287 de 02 de dezembro de 2016. Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal. DODF; 2016.
20. Rufino C, Carlini D, Alves M, Soo Jin Kim H. Como promover a desospitalização devido ao transplante de órgãos sólidos? Panorama atual no Brasil e profilaxia da infecção pelo citomegalovírus com valganciclovir. JBES Brazilian J Heal Econ Bras Econ da Saúde. 2016;8(1):47-57. doi: 10.21115/JBES.v8.n1.p47-57
21. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saude Publica. 2010;44(1):166-76. doi: 10.1590/S0034-89102010000100018
22. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M. 2017 Inquerito Brasileiro TND. BRASPEN J. 2017;32(3):214-20.
23. Wanden-Berghe Lozano C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Maiz Jiménez MI, Gómez Candela C, et al. Nutrición parenteral domiciliar en España 2017. Informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. Nutr Hosp. 2018;35(6):1491-1496. doi: 10.20960/nh.2364
24. De Luis DA, Izaola O, Cuellar LA, Terroba MC, Cabezas G, De 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. doi: 10.1111/jhn.12081
25. Szybiński P, Szczepanek K, Kłęk S. Home enteral nutrition (HEN) – a complex cost-saving solution to long-term artificial nutrition. JHPOR. 2013;1:118-25. doi: 10.7365/JHPOR.2013.3.12
26. Silva AC, de Andrade Silveira S. Epidemiological and nutritional profile of home enteral nutrition users. Demetra Food, Nutr Heal. 2014;9(3):783-95.
27. Carnaúba CMD, Silva TDA e, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2017;20(3):352-62. doi: 10.1590/1981-22562017020.160163
28. Wanden-Berghe Lozano C, Campos C, Burgos Peláez R, Álvarez J, Frias Soriano L, Matia Martín MP, et al. Registro del grupo nadya-senpe de nutrición enteral domiciliar en españa; años 2016 y 2017. Nutr Hosp. 2019;36(1):233-237. doi: 10.20960/nh.02365
29. Epp L, Lammert L, Vallumsetla N, Hurt RT, Mundi MS. Use of Blenderized Tube Feeding in Adult and Pediatric Home Enteral Nutrition Patients. Nutr Clin Pract. 2017;32(2):201-205. doi: 10.1177/0884533616662992
30. Walia C, Van Hoorn M, Edlbeck A, Feuling MB. The Registered Dietitian Nutritionist's Guide to Homemade Tube Feeding. J Acad Nutr Diet. 2017;117(1):11-16. doi: 10.1016/j.jand.2016.02.007
31. Johnson TW, Spurlock AL, Epp L, Hurt RT, Mundi MS. Reemergence of Blended Tube Feeding and Parent's Reported Experiences in Their Tube Fed Children. J Altern Complement Med. 2018;24(4):369-373. doi: 10.1089/acm.2017.0134
32. Jansen AK, Generoso S de V, Guedes EG, Rodrigues AM, Miranda LAV de O, Henriques GS. Desenvolvimento de dietas enterais semiartesanaais para idosos em atenção domiciliar e análise da composição de macro e micronutrientes. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2017;20(3):387-97. doi: 10.1590/1981-22562017020.160168

33. Johnson TW, Seegmiller S, Epp L, Mundi MS. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(2):186-195. doi: 10.1002/ncp.10257
34. Menezes CS, Fortes RC. Nutritional status and clinical evolution of the elderly in home enteral nutritional therapy: a retrospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3198. doi: 10.1590/1518-8345.2837.3198
35. Ferrer M, Sánchez-Romera JF, García-Zafrá MV, Hernández-Cascales AB, Arráez M, Aranda A, et al. Analysis of a clinical pathway for home enteral nutrition in the Region of Murcia. Consumption and associated expenses and adaptation to the National Health System Guide. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2019;66(4):232-239. doi: 10.1016/j.endinu.2018.08.005
36. 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. doi: 10.1016/j.ejca.2016.05.032
37. Caderno de Atenção Domiciliar - Cuidados em Terapia Nutricional. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2014.
38. Orlandoni P, Peladic NJ, Di Rosa M, Venturini C, Fagnani D, Sparvoli D, et al. The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia. *Clin Nutr*. 2019;38(4):1871-1876. doi: 10.1016/j.clnu.2018.07.010
39. Ciosak SI. Rotinas de monitoramento em home care na terapia nutricional. En: *Terapia Nutricional Enteral e Parenteral*. 1.ª edición. São Paulo: Martinare; 2014. p. 117-25.
40. Ciosak SI, Matsuba C. Cuidados de enfermagem na nutrição enteral. En: *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 5.ª ed. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 1025-36.
41. Wanden-Berghe C, Patino-Alonso MC, Galindo-Villardón P, Sanz-Valero J. Complications Associated with Enteral Nutrition: CAFANE Study. *Nutrients*. 2019;11(9):2041. doi: 10.3390/nu11092041
42. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Francesco Amico A, Maria Bovenzi F, Caporale R, et al. ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl*. 2017;19(Suppl D):D244-D255. doi: 10.1093/eurheartj/sux011
43. Resolução RDC N° 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2006.
44. Costa MFBNA, Perez EIB, Ciosak SI. Practices of hospital nurses for continuity of care in primary care: an exploratory study. *Texto e Contexto*. 2021;30:e20200401. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2020-0401
45. Cancino RS, Manasseh C, Kwong L, Mitchell SE, Martin J, Jack BW. Project RED Impacts Patient Experience. *J Patient Exp*. 2017;4(4):185-190. doi: 10.1177/2374373517714454