

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA  
DE VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**GILMÁRIA MILLERE TAVARES**

**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR NO ESTADO DO  
ESPÍRITO SANTO: UMA AVALIAÇÃO**

**VITÓRIA  
2011**

**GILMÁRIA MILLERE TAVARES**

**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR NO ESTADO DO  
ESPÍRITO SANTO: UMA AVALIAÇÃO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.**

**Orientadora: Dra Alacir Ramos Silva.**

**Coorientador: Ms. Álvaro Armando Carvalho de Morais.**

**VITÓRIA**

**2011**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)**

---

**T231a Tavares, Gilmária Millere, 1971-  
Assistência nutricional hospitalar no estado do Espírito Santo: uma avaliação / Gilmária Millere Tavares. – 2011. 90f.**

**Orientadora: Alacir Ramos Silva**

**Co-orientador: Álvaro Armando Carvalho de Moraes**

**Dissertação (mestrado) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.**

**1. Terapia nutricional. 2. Desnutrição. I. Silva, Alacir Ramos. II. Moraes, Álvaro Armando Carvalho de. III. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. EMESCAM. IV. Título.**

**CDU: 36**

---

**GILMÁRIA MILLERE TAVARES**

**ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR NO ESTADO DO  
ESPÍRITO SANTO: UMA AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

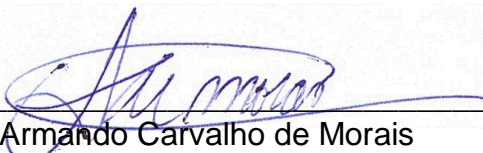
Aprovada em 10 de Junho de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA



---

Prof<sup>a</sup> Dra. Alacir Ramos Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora



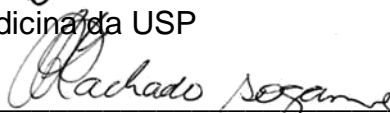
---

Prof<sup>o</sup> Ms. Álvaro Armando Carvalho de Moraes  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Co-Orientador



---

Prof<sup>o</sup> Phd. Joel Faintuch  
Faculdade de Medicina da USP



---

Prof<sup>a</sup> Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que atuam na Terapia Nutricional, de uma forma bem generalizada, a todos os profissionais (nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros, gestores, médicos, lactaristas e outros) com quem já trabalhei nos hospitais. Aos colegas de congressos e cursos. Aos meus ex- alunos da Pós – Graduação em Terapia Nutricional. Aos representantes da indústria e a todos os amigos que adquiri ao longo dessa jornada. Em especial a uma amiga que partiu, mas deixou um rastro luminoso, que muito contribuiu para muitas decisões tomadas, a você Érica, um brinde eterno.

Ao grande homem e profissional que tive a graça de ter desde o início da minha jornada profissional, sem dúvida, ao Dr. Álvaro (eu jamais conseguiria chamá-lo de Álvaro), motivo do meu caminhar nutrológico.

## AGRADECIMENTOS

Sempre gostei de estudar, por isso na graduação tinha certeza que estava apenas transpondo uma porta para a entrada em muitas outras salas de aprendizado. Uma delas eu sonhava que seria o mestrado. Após muitos anos, vi essa possibilidade, no momento certo para mim. Mas a realização desse sonho não ocorreria se eu estivesse sozinha. Por isso, não posso deixar de fazer meus verdadeiros agradecimentos aos incontáveis anjos que Deus me enviou sob forma humana para me apoiarem. Sou então grata a todos a saber:

À Deus, razão pela qual existo.

Ao Gabriel, meu anjo maior, meu maior aprendizado, minha maior felicidade, meu maior estímulo para a vida. Tentar ajudá-lo a crescer me permite sentir com alma de artista, que cria, se inspira, desmancha tudo e recomeça.

Aos meus pais, mas sem preferências, ao incansável apoio, estímulo e confiança da minha mãe. A eles agradeço todos os dias o privilégio de tê-los como pais, agradeço os valores que incorporo no meu dia a dia, os dons adquiridos e o que sou. Neles recarrego minhas energias. Exemplos de tudo de bom que construo na vida.

A toda minha família, que me prova todos os dias que o amor existe mesmo, mas em especial, à minha irmã Gaby e ao meu cunhado (possivelmente um irmão espiritual) Paulo, que são a maior demonstração de amor e desprendimento que pude conviver na experiência deliciosa de educar.

Às minhas amigas Fernanda e Ana Raquel, com elas renasci como aluna, trocamos forças e acreditamos juntas.

Às minhas amigas e parceiras (nessa ordem, pois tive a graça de tê-las primeiro como amigas), Renza e Angélica, sempre disponíveis na arte de ajudar.

Aos amigos Edvaldo e Juvenal, que com bom humor sempre me incentivam e me mostram que a vida pode ser mais leve e prazerosa, sem abrir mão do que é realmente importante.

Ao amigo de sempre Prof. Antônio Cláudio, a inteligência e a criatividade dele me fascina, o carinho me preenche.

À Maria Márcia, Vítor e Tiago, que me deram forças para me manter de pé na forma física, emocional, e por que não dizer, espiritual.

A todos os meus amigos próximos e distantes, que compreenderam meus ideais que justificam minha falta de tempo, e continuaram me aceitando. A cada um deles meu reconhecimento guardado em meu coração, sob forma de oração.

À minha orientadora Sissa e a todos os professores do Mestrado, que nos possibilitaram entender que Política Pública está presente nas ações mais inimagináveis do nosso dia a dia, e, portanto podemos e devemos ajudar a construí-las.

Ao Dr. Alexandre, que por meio de uma aparição mágica, consolidou através do seu vasto e fascinante conhecimento na área do Direito, nossos ideais de luta; de uma maneira lógica e acessível.

Ao Dr. Álvaro, meu grande exemplo, ídolo, amigo, verdadeiro e único Mestre, a quem devo as escolhas que tive na minha vida profissional. Com ele, aprendi a não ter medo de construir sonhos e realizá-los, é uma sirene que alerta para os grandes valores da vida: a humildade enamora o poder, a irmandade justifica viver, dedicação constrói o sucesso, e este é só consequência do que temos obrigação de fazer. Muito obrigado por cada degrau que me apoiou. E não bastando, ainda me possibilita desfrutar do convívio e ajuda do seu filho Rafael, que permitiu Deus ser também um grande homem como o pai.

***“A tarefa não é contemplar o que ninguém ainda contemplou, mas meditar, como ninguém ainda meditou, sobre o que todo mundo tem diante dos olhos”.***

**Schopenhau**



## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo, conhecer a realidade da assistência nutricional nos hospitais do Estado do Espírito Santo. Foi revisada a literatura sobre a influência da desnutrição e do apoio nutricional na evolução dos doentes internados, assim como foi analisado o direito do paciente e o dever do estado em relação aos alimentos e à terapia nutricional. Foram identificados os hospitais que possuem Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) regulamentadas, e as dificuldades para sua implantação e manutenção. Buscou-se identificar se a legislação vigente estava sendo cumprida, em relação à prática da avaliação nutricional; às características das equipes quanto sua composição e forma de atuação; às características da terapia nutricional oferecida aos pacientes. Observou-se que na prática, existem várias dificuldades para a sistematização da assistência nutricional. Visto que a desnutrição hospitalar apresenta repercussões negativas do ponto de vista assistencial e financeiro, para o paciente, sua família e a sociedade, buscou-se entender e propor soluções para atuação adequada das EMTN.

**Palavras-chave:** Terapia Nutricional. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. Desnutrição.

## **ABSTRACT**

This study aims to know the reality of nutritional care in hospitals in the state of Espírito Santo. We reviewed the literature on the influence of malnutrition and nutritional support on outcome of hospitalized patients, and analyzed the patient's right and the state's duty concerned to food and nutritional therapy. We identified hospitals that have regulated Nutritional Therapy Multidisciplinary Teams (NTMT), and its difficulties for implementation and maintenance.

It was intended to identify whether the legislation was being complied with in relation to the practice of nutritional assessment; the characteristics of teams and their composition and manner of operation; the characteristics of nutrition therapy provided to patients. It was observed so that in practice there are several difficulties for the systematization of nutritional assistance. Since the hospital malnutrition has negative repercussions in terms of care and financial arrangements for the patient, family and society, we sought to understand and propose solutions for adequate performance of the NTMT.

**Keywords:** Nutrition Therapy. Nutritional Therapy Multidisciplinary Team. Malnutrition.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABNT</b>	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>ABRAN</b>	Associação Brasileira de Nutrologia
<b>ANSG</b>	Avaliação Nutricional Subjetiva Global
<b>ASG</b>	Avaliação Subjetiva Global
<b>CAISM</b>	Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade de Campinas
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CONSEA</b>	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
<b>CRM</b>	Conselho Regional de Medicina
<b>ELAN</b>	Estudo Latino Americano de Nutrição
<b>EMTN</b>	Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional
<b>FAO</b>	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IBRANUTRI</b>	Inquérito Brasileiro de Nutrição
<b>LOSAN</b>	Lei Orgânica de Segurança Alimentar
<b>NE</b>	Nutrição Enteral
<b>NP</b>	Nutrição Parenteral
<b>SBNPE</b>	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TN</b>	Terapia Nutricional
<b>TNE</b>	Terapia Nutricional Enteral
<b>TNP</b>	Terapia Nutricional Parenteral

## SUMÁRIO

<b>1 CAPÍTULO INTRODUTÓRIO .....</b>	<b>14</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES VIVENCIAIS.....	16
1.2 O CAMINHO METODOLÓGICO.....	17
<b>2 ALIMENTAÇÃO AO LONGO DO TEMPO .....</b>	<b>20</b>
2.1 BUSCANDO NA HISTÓRIA.....	20
2.2 DIREITO À ALIMENTAÇÃO É DIREITO DE TODOS.....	24
<b>3 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR .....</b>	<b>31</b>
3.1 A FOME CAMUFLADA .....	31
3.2 REVISITANDO O ESQUELETO NO ARMÁRIO DO HOSPITAL .....	35
3.3 A INFLAMAÇÃO QUE NÃO É VERMELHA .....	36
3.4 A FOME QUE NÃO DÓI, MATA.....	38
<b>4 A PESQUISA E SEUS DESDOBRAMENTOS.....</b>	<b>40</b>
4.1 ABORDAGEM DO PROBLEMA.....	40
4.1.1 A soma de 1 + 1 pode ser maior que 2 .....	40
4.1.2 O que diz a lei.....	43
4.1.3 É possível reduzir custos com a nutrição .....	45
4.1.4 Vida real .....	46
<b>5 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NO ESPÍRITO SANTO. ONDE ESTAMOS?.....</b>	<b>48</b>
<b>6 À GUIA DA CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO C .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>89</b>

## 1 CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

A desnutrição em pacientes hospitalizados ocorre em todo o mundo, mas sua prevalência é muito variada, dependendo das características dos pacientes e dos hospitais. Há quase 40 anos, existem evidências desse problema, sendo a desnutrição proteico-calórica reconhecida em hospitais, em uma taxa alarmante de 44% para pacientes clínicos e 50% para pacientes cirúrgicos (BISTRIAN, 1974, 1976). Muitos pacientes internam-se desnutridos; em outros a desnutrição surge ou agrava-se durante o tratamento. Ela aumenta a prevalência de complicações, eleva a mortalidade e prolonga a permanência no hospital.

O estudo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI), realizado em 1996, demonstrou que aproximadamente 48,1% da população hospitalizada, representada por 4000 casos estudados, apresentavam algum tipo de desnutrição, sendo 12,6% desnutridos graves. Esse estudo mostrou que 31,8% de 813 pacientes avaliados nas primeiras 48h de internação já estavam desnutridos, ou seja, tinham desnutrição primária, devido ao baixo nível sócio-econômico, associada à desnutrição secundária causada pela própria condição clínica do paciente. Observou-se também, que 44,5% dos 1108 pacientes hospitalizados por 3 a 7 dias estavam desnutridos; esse índice subiu para 51,2% dos pacientes com permanência de 8 a 15 dias; e para 61% dos pacientes que permaneceram no hospital por mais de 15 dias (WAITZBERG, 2000).

Em sequência ao IBRANUTRI, o Estudo Latino- Americano de Nutrição (ELAN) em 2003, realizado em 12 países da América Latina, incluindo Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Peru, Paraguai, República Dominicana, Venezuela e Uruguai, demonstrou que aproximadamente 50,2% da população hospitalizada, numa amostra de 9233 pacientes estudados, apresentavam algum tipo de desnutrição, sendo 12,6% desnutridos graves e 37,6% desnutridos moderados. A desnutrição grave variou de 4,6% no Chile até 18% na Costa Rica. A desnutrição moderada e os casos suspeitos de desnutrição leve foram de 28,9% em Cuba até 57% na República Dominicana (CORREIA, 2003).

Os resultados do IBRANUTRI e do ELAN revelam que a terapia nutricional<sup>1</sup> (TN) vem sendo usada de modo apenas incipiente. É importante ressaltar, que em três desses países, Brasil, Cuba e Costa Rica, há regulamentação para a prática de nutricional enteral<sup>2</sup> (NE); a regulamentação para terapia de nutrição parenteral<sup>3</sup> (TNP) existe no Brasil e Costa Rica. A nutrição enteral e parenteral são subsidiadas pelo governo, na Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba e México. No Brasil, desde 1998 existe regulamentação para Terapia Nutricional, através da Portaria nº 272 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 8 de abril de 1998, que aprova o Regulamento Técnico da nutrição parenteral (BRASIL, 1998); e da Portaria SVS/MS nº 337, de 14 de abril de 1999, que estabelece os procedimentos que trata da terapia nutricional enteral (BRASIL, 1999) .

A internação hospitalar por si só, interfere negativamente no estado nutricional do indivíduo. Isso gera uma evolução clínica desfavorável, implica no agravamento da própria doença e diminui a efetividade de seu tratamento. Por outro lado, pode resultar em reinternações frequentes, que encarecem o tratamento e reduzem a disponibilidade de leitos para outras situações. Essa população de pacientes hospitalizados tem necessidade de assistência nutricional ativa e regular, a fim de minimizar a possibilidade de aparecimento ou de agravamento de desnutrição.

O presente estudo surgiu da lógica e do questionamento que a alimentação, assim como a nutrição, é direito de todo cidadão e dever do Estado; e que a desnutrição hospitalar existe, com prevalência elevada, mas em grande parte das vezes não é reconhecida. Tendo em vista todas as consequências clínicas, sociais e financeiras da desnutrição hospitalar, a intervenção nutricional se impõe; porém, na prática, isso nem sempre ocorre.

---

<sup>1</sup> Terapia Nutricional (TN): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do usuário por meio da Nutrição Parenteral e/ou Enteral.

<sup>2</sup> Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em usuário desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

<sup>3</sup> Terapia de Nutrição Parenteral (TNP): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do usuário por meio de Nutrição Parenteral.

## 1.1 CONSIDERAÇÕES VIVENCIAIS

**“Por isso eu pergunto, a você no mundo,  
se é mais inteligente, o livro ou a sabedoria...”**

**Marisa Monte**

Há 15 anos atuando na área de Terapia Nutricional, constato, infelizmente, que essa especialidade vem sendo pouco utilizada, e, quando praticada, frequentemente é feita de forma inadequada; gerando prejuízos principalmente ao paciente, que fica sem assistência. Desde que iniciei minha atuação como médica, desfruto do privilégio de poder trabalhar de uma forma bem peculiar: atuo em duas especialidades que estão relacionadas, Cirurgia Geral e Nutrologia, em hospitais públicos e privados, como também em localidades diferentes, no interior do Estado do Espírito Santo e na capital, Vitória. Essa maravilhosa experiência com a Medicina é fantástica, pois me possibilita conhecer realidades muito diferentes em vários aspectos, permitindo-me o acúmulo de resultados e experiências que hoje servem para as reflexões que farei nesse estudo.

Refletindo então sobre toda a evolução técnica e científica que teve a Nutrologia, e em especial a Terapia Nutricional nos últimos anos, e comparando à realidade que vivenciamos, revela-se no nosso imaginário que existe conhecimento e legislação, mas falta aplicabilidade. A inadequação da atuação plena da Terapia Nutricional pode limitar sua abrangência e mascarar os resultados esperados. O presente estudo, visa investigar esta relação, propor a divulgação e estimular a prática das leis existentes para implementação da Terapia Nutricional, o que serviria, além dos numerosos efeitos já referidos, para valorizar todos os profissionais envolvidos (médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais), ampliando a disponibilidade de vagas de emprego, facilitando e valorizando sua atuação, e conseqüentemente promovendo possibilidade de melhorias na remuneração salarial.

Além disso, numa sociedade em que se divulga tanto a negação da fome, torna-se inaceitável não lutar para minimizar, ou melhor, exterminar a fome hospitalar. O grande problema é que no doente internado, as manifestações da desnutrição tendem a ser mascaradas pela dor e outros sintomas da doença, pela fragilidade

emocional gerada pela hospitalização e, às vezes, até pelo desespero; a fome hospitalar torna-se camuflada e até despercebida, pela vítima, por seus acompanhantes e, o que é pior, até pelos componentes da equipe assistente. Por fim, ansiamos que as discussões ora expostas estimule a sociedade civil e o Estado a reconhecer a importância do direito à nutrição hospitalar adequada, a formulação de ações compartilhadas de defesa e promoção em prol deste direito, capazes de efetivar a concretização do objetivo maior de um Estado dito democrático de direito, qual seja, a dignidade do ser humano. Havendo essas mudanças de ordem prática, a atuação do profissional da área de nutrição deixaria de ser apenas figurativa e passaria a dar resultados reais.

## 1.2 O CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo de natureza exploratória, do tipo observacional, de corte transversal, usando uma abordagem quantiqualitativa.

Como objetivo geral buscou conhecer a realidade da assistência nutricional nos hospitais do Estado do Espírito Santo; e especificamente objetivou revisar a literatura sobre a influência da desnutrição e do apoio nutricional na evolução dos doentes internados, assim como analisar o direito do paciente e o dever do Estado em relação aos alimentos e à terapia nutricional; identificar os hospitais que tem Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional<sup>4</sup> ( EMTN ) regulamentadas e as dificuldades para sua implantação; identificar as características das equipes, sua composição e forma de atuação; identificar as características da terapia nutricional oferecida aos pacientes; e avaliar o cumprimento da legislação vigente referente à prática da avaliação nutricional e da terapia nutricional.

A pesquisa está em consonância com a Resolução 196/96 e suas Complementares e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Vitória/ES (Protocolo CEP/EMESCAM – 074/10).

---

<sup>4</sup> Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: Nutricionista, Médico, Farmacêutico e Enfermeiro, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional (BRASIL, 1998)



A fase inicial constou da busca de conhecimento amplo e bem fundamentado, resultante da análise e combinação de várias informações fornecidas pela literatura através da busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, sendo incluídos artigos originais e de revisão, teses e dissertações, publicados em português, inglês e espanhol, no período de 1990 a 2010. Os descritores utilizados para a busca foram: desnutrição hospitalar, avaliação nutricional, terapia nutricional, legislação e equipe multidisciplinar de saúde relacionado ao objeto de pesquisa, com o objetivo de discutir conceitos e justificar categorias de análise, além de focalizar e contextualizar o problema.

A pesquisa constou de uma fase de análise de documentos, que também serviu como base para fonte de dados. Foram buscadas informações comprobatórias de vários tipos de documentos que comprovaram a legitimidade da equipe e da sua atuação; como regulamentos, atas de reunião, livros de frequência, relatórios, arquivos e pareceres, que foram muito importantes para informar sobre o comportamento profissional do grupo. Esses documentos também foram úteis para os casos de equipes que já existiram e no momento estão desativadas, e quando os profissionais participantes de uma formação anterior, não pudessem ser encontrados para informações. Além disso, esses dados serviram para *checagem* ou complementação dos dados obtidos através da entrevista. Outro aspecto da pesquisa documental foi a busca de documentos na Constituição Federal e nas Leis existentes no Brasil, relacionadas à Terapia Nutricional, como portarias, regulamentos, etc.

A investigação focalizada foi precedida por um período exploratório, que por sua vez foi antecedido por uma fase de negociações para obter acesso ao campo. O pesquisador portava uma carta de apresentação da instituição a que pertence, explicava a seriedade do estudo, e fazia o reconhecimento da hierarquia que rege a instituição a ser pesquisada. O pesquisador estava apto a responder perguntas que surgiriam como: o que seria investigado; se o estudo iria interferir na rotina das pessoas; o que seria feito com os resultados; que tipo de benefício a pesquisa vai trazer para a instituição e para a comunidade.

Posteriormente à obtenção do acesso ao campo, iniciamos o período exploratório, objetivando proporcionar ao pesquisador, uma visão geral do problema considerado; o que contribuiu para a focalização das questões e a identificação de informantes e outras fontes de dados. No período exploratório, objetivou-se obter informações suficientes para orientar decisões iniciais sobre as questões relevantes e o desenho do estudo.

Após definidos os contornos da pesquisa, passa-se para a fase de investigação focalizada, na qual se iniciou a coleta sistemática de dados. Nessa fase, recorreu-se a instrumentos auxiliares, representados por um roteiro de entrevista e formulários de observação. Os dados foram coletados durante a visita, através de entrevista estruturada, contemplando informações de identificação, disponibilidade da TN, atuação de EMTN, modelo de atuação e recursos aplicados na prática (APÊNDICE A). Essa fase foi realizada após autorização da direção e consentimento do responsável pelo Serviço de Nutrição de cada hospital que participou do estudo.

Foram avaliados hospitais públicos ou privados de referência das Macroregionais de Saúde do Estado do Espírito Santo que tenham indicativo de necessidade de um Serviço de Terapia Nutricional, considerando-se disponibilidade de especialidades como cirurgia geral e terapia intensiva, de acordo com informações obtidas através do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2010). Não houve seleção de amostra. Tentou-se pesquisar todos os hospitais com as características descritas. Como critérios de inclusão foram considerados hospitais do Espírito Santo que possuíam serviço de Terapia Intensiva e/ou Cirurgia Geral, especialidades estas que demandam rotineiramente de multidisciplinaridade com a Terapia Nutricional; e foram excluídos os hospitais que não aceitaram participar do estudo.

## 2 ALIMENTAÇÃO AO LONGO DO TEMPO

### 2.1 BUSCANDO NA HISTÓRIA

Desde a pré-história, há relatos sobre os esforços realizados no mundo, por aldeias inteiras, para satisfazer a necessidade básica de acesso à alimentação (ORNELLAS, 2003). Contudo, somente a partir do século XIV, esta passou a ser reivindicada em face do Estado. A primeira das insurreições com o objetivo de assegurar a subsistência humana data de julho de 1378, em Florença, na Itália, quando os *ciompi*, trabalhadores têxteis diaristas, e os pequenos proprietários burgueses, insatisfeitos com as condições de fome e miséria a que eram submetidos, tomaram o poder local e saquearam as casas dos mais abastados (TRINDADE, 2002). O próximo registro deu-se em 1601, quando o governo da Inglaterra, para conter a massa de desempregados que lhe rodeava, criou as famosas *Leis dos Pobres*, que tornavam as paróquias responsáveis pelo sustento de seus pobres, ou seja, dos residentes que perdiam seus meios de vida (SINGER, 2003). Na França, durante o século XVIII, os clamores foram encorpados aos escritos de Jean Jacques Rousseau, por meio de sua análise sobre a constituição das diferentes classes sociais e dos privilégios dos mais abastados, tendo concluído que:

[...] a desigualdade, sendo quase nula no estado de natureza, tira a sua força e o seu crescimento do desenvolvimento das nossas faculdades e dos progressos do espírito humano, tornando-se enfim estável e legítima pelo estabelecimento da propriedade e das leis (ROUSSEAU, 2006,p.87).

Com esse ponto de vista, Rousseau (2006) trouxe novos elementos às discussões sobre a desigualdade, na medida em que afirmou que a pobreza não decorria da natureza humana ou do privilégio divino de uns poucos em face dos demais, mas derivava da apropriação das terras, muitas vezes ilícita e injusta, e de todas as vantagens recolhidas sobre aquelas.

Em 1789, a Revolução Francesa foi deflagrada, motivada por uma crise interna multifacetada. Primeiramente, esta crise caracterizou-se pela degeneração fiscal do Estado francês devido aos elevados gastos da Corte, que cumulados ao longo do tempo, tornaram-se insustentáveis. Ela também decorreu de um descontentamento

dos burgueses para com a condução política do Rei, sobretudo, pelo protecionismo em favor da aristocracia. Aliada aos dois aspectos citados, quais sejam, o fiscal e o político, a crise evidenciava-se, ainda, no âmbito social e econômico por meio da miséria disseminada entre os camponeses e o pequeno proletariado, especialmente pelas fracas safras entre 1788 e 1789 (TRINDADE, 2002). A burguesia (SIEYÈS, 1988) se autodenominava como uma das principais responsáveis pelo sustento do Reino, contudo, sentia-se excluída dos espaços de decisão e dos privilégios de que gozavam nobreza e clero (TRINDADE, 2002). Por isso, estava decidida a tomar o governo através de uma revolução. Para tanto, a burguesia negociava a adesão dos camponeses e dos demais trabalhadores à sua causa, entendendo que esta era a única maneira de alcançar superioridade quantitativa em relação à nobreza e, assim, governar a França.

Para os camponeses, a Revolução significava uma oportunidade ímpar de garantir alguns dos direitos mais básicos, dentre os quais a sua própria sobrevivência, haja vista que, naqueles tempos de crise agrícola e econômica, pouco lhes restava, além de peregrinar pelas cidades e pela zona rural, buscando sobrevivência na mendicância ou extravasando seu ódio aos privilegiados mediante saques e atentados contra senhores rurais. Assim, os pleitos de ambos os grupos se conjugavam e consolidavam a intenção de tomada do poder. Os socialmente vulneráveis não suportavam mais a miséria, por isso, decidiram fortalecer a burguesia e, conseqüentemente, contribuir para a insurreição (GASPARINI, 2008). Os mais abastados, eram dotados de bens, todavia não lhes era concedido espaço no governo do Estado, nem possuíam condições de obtê-lo sozinhos, o que explicava a sua vinculação aos demais.

Em 1789, a Revolução findou com a ascensão da burguesia ao poder. Este fato, entretanto, diferentemente do pactuado entre os grupos revolucionários, não se traduziu na concessão de direitos em favor dos camponeses e pequenos trabalhadores urbanos. Na realidade, os próprios fundamentos ideológicos da Revolução Francesa se encarregaram de apartar os responsáveis pela derrocada do Antigo Regime. Ao se estabelecer no governo, a burguesia cuidou de direcionar suas ações para o fortalecimento do seu poder, investindo na política liberal e no interesse privado (COUTINHO, 1994). Tais providências, em nada se comungavam

com os anseios dos demais revolucionários, haja vista que não considerava a sua condição de vulnerabilidade social, tampouco a necessidade de intervenção do Estado em seu favor. Daí, porque concluir que a gestão burguesa, ao invés de colaborar para a emancipação dos desprovidos, findou por lhes perpetuar o sofrimento, que, na maioria das vezes, se arrematava pela extrema pobreza. A proclamação da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, somente veio ratificar a matriz liberal e protecionista da Revolução, conforme demonstram os artigos 1º. e 17, referentes à igualdade e à propriedade, respectivamente:

Art. 1º. – Os homens nascem livres e iguais em direitos. As distinções sociais só podem fundamentar-se na utilidade comum [...].

Art. 17. – Como a propriedade é um direito inviolável e sagrado, ninguém dela pode ser privado, a não ser quando a necessidade pública legalmente comprovada o exigir evidentemente e sob condição de justa e prévia indenização.

É verdade que esta declaração destacou a necessidade da intervenção do Estado para a segurança de todos e a obrigação de zelo para com o patrimônio público pelos seus administradores. Todavia, nada lhes garantia exequibilidade, conforme transcrito a seguir:

Art. 12. – A garantia dos direitos do homem e do cidadão necessita de uma força pública; esta força é, pois, instituída para fruição por todos, e não para a utilidade particular daqueles a quem é confiada [...].

Art. 15. – A sociedade tem o direito de pedir contas a todo agente público pela sua administração (LIMA, 2002, p. 23).

A partir dos anos 40 do século XIX, o economista alemão Karl Marx contribuiu para novas discussões sobre direitos, agora, contudo, direcionadas aos direitos sociais, especialmente aqueles vinculados às lutas proletárias (CASTRO, 1968). Para o economista, o grande problema se baseava no modo de organização e de produção em que estava pautada a sociedade, que, uma vez habituada ao capitalismo explorador e opressor, tenderia a instituir um exército industrial de reserva, condenado ao desemprego ou subemprego, a baixos salários, condições de vida miseráveis e fome persistente (CARNEIRO, 2003). Marx refletiu sobre o Estado e a maneira como fora constituído, notadamente como o mesmo servia para justificar e perpetuar o poder burguês. Afirmava, inclusive, que o fato das declarações e constituições determinarem diversamente, não alterava esta verdade, mas, em algumas circunstâncias, colaborava para o abismo existente entre as classes, na medida em sustentavam uma pseudo-igualdade, de fato, inexistente.

Em 1848, Marx publicou, juntamente com Friedrich Engels, o Manifesto Comunista, obra significativa pela análise firmada sobre o capitalismo e a necessidade de uma revolução conduzida pelos proletários, demonstrando as injustiças provocadas pelo modo de aquisição burguês, conclamou: “Proletários de todo o mundo, uni-vos” (MARX; ENGELS, 2000).

Observam-se, então, o crescimento do movimento de operários, de livres pensadores e de profissionais liberais em prol dos direitos dos trabalhadores, principalmente os concernentes ao seu bem-estar e à sua condição enquanto cidadãos. A partir de então, os direitos deixam de serem normas postas, para se tornarem objetos de lutas e indagação entre classes (MARX; ENGELS, 2000). Contudo, a questão permaneceu latente até o final do século XIX, quando a Inglaterra suportou uma crise de escassez de trigo, decorrente do aumento de sua demanda, embora sua oferta permanecesse quase estática (JOHNSON, 1975). O assunto tornou-se recorrente nas principais rodas inglesas, tanto pela popularização dos estudos de Cornelius Walford, em 1878, que analisava as causas de mais de 350 surtos de fome que haviam flagelado os povos ao longo dos séculos, como por meio de um discurso de Sir William Crookes na Associação Britânica para o Progresso da Ciência em 1898, quando a emergência da crise de alimentos alastrou-se juntamente com o anseio de se encontrar meios sustentáveis para sua superação (CARNEIRO, 2003). Pela primeira vez, também, teve-se a compreensão de que o provimento de alimentos deveria ser encarado como garantia e não como caridade do governo em favor da população (JOHNSON, 1975).

Segundo Poole (2007), em 1914, iniciou-se a I Guerra Mundial, causando morte, fome e horror no mundo ocidental, a uma pequena fração; a agricultura estagnou-se, a fome e a pobreza agravaram-se progressivamente. Stotz (2005) comenta que depois disso, o próximo enfrentamento institucionalizado à pobreza somente ocorreu com a revolução que instaurou o socialismo na Rússia em 1917 e acelerou a implementação de medidas de proteção social, inclusive, por meio de sua constituição escrita. Entretanto, tais feitos do governo russo não foram fruto de sua benevolência, mas deveu-se, em grande medida, às reivindicações dos camponeses e operários por pão, paz e terra.

Após a I Guerra Mundial, em 1919 foi criado o Pacto da Liga das Nações, para melhorar a segurança, garantir a paz, os direitos dos grupos e das pessoas e a cooperação entre os países (POOLE, 2007). No mesmo ano, uma nova era foi formalizada por meio da Constituição de Weimar, da Alemanha. Por meio desta Constituição, os direitos sociais passaram a ser normatizados e, por isso, formalmente exigíveis. Suas inovações influenciaram toda uma geração de constituições que lhe seguiram, a exemplo da Constituição Brasileira de 1934, demandando nova postura do Estado, agora efetivo provedor dos direitos individuais e coletivos. A apreensão dos governantes e estudiosos diverge dos apelos anteriores, não mais se baseando sobre os alimentos propriamente ditos, mas sobre as alternativas eficazes de promoção e acesso à alimentação adequada para o contingente populacional do mundo. A demanda por alimentos inaugurou uma nova fase, quando passou a ser compreendida como direito dos cidadãos e dever do Estado, tal qual proclamava Goodfellow: “[...] o homem não precisa apenas de comida, mas de uma organização para obter comida” (apud FREITAS, 2003, p.25).

## 2.2 DIREITO À ALIMENTAÇÃO É DIREITO DE TODOS

Em 1966, o direito à alimentação tornou-se pauta específica do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que determinou o seguinte:

Artigo 11[...]§1º - Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e para sua família, inclusive, à alimentação, vestuário e moradia adequados, assim como uma melhoria contínua de suas condições de vida. Os Estados-partes tomarão medidas apropriadas para assegurar a consecução desse direito, reconhecendo, nesse sentido, a importância essencial da cooperação internacional fundada no livre convencimento.

§2º - Os Estados-partes no presente pacto, reconhecendo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, adotarão, individualmente e mediante cooperação internacional, as medidas, inclusive programas concretos, que se façam necessários para:

1. Melhorar os métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios pela plena utilização dos conhecimentos técnicos e científicos, pela difusão dos princípios de educação nutricional e pelo aperfeiçoamento ou reforma dos regimes agrários, de maneira que se assegurem a exploração e a utilização mais eficazes dos recursos naturais;
2. Assegurar uma repartição equitativa dos recursos alimentícios mundiais em relação às necessidades, levando-se em conta os problemas tanto dos países importadores quanto dos exportadores de gêneros alimentícios (BRASIL, 1992).

Desde então, os Estados foram responsabilizados a prover os meios necessários para a subsistência de seus cidadãos. Todo Estado—parte do Pacto era obrigado a assegurar que toda pessoa sob sua jurisdição tivesse acesso ao mínimo essencial no tocante ao direito à alimentação, que deveria ser suficiente, nutricionalmente adequada e segura, para assegurar a erradicação da fome (PIOVESAN, 2008).

Alguns países, entre os quais o Brasil, resistiram por longas décadas até subscreverem e implementarem o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (SARMENTO, 2008). Estas políticas disseminaram a lógica de estado mínimo, que deveria realizar cortes drásticos nos programas de bem-estar para manter a dívida pública sanada, a inflação debelada e promover o crescimento econômico da nação. Reverenciadas por alguns, abominadas por outros, estas práticas findaram por colocar a ordem social em segundo plano, o que colaborou com o prejuízo à implementação do direito à alimentação adequada (SINGER, 2003).

Entre 1987 e 1989, um estudo elaborado pela Subcomissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, sobre o direito à alimentação adequada reafirmou a obrigação do Estado de respeitar, proteger e garantir (facilitar e prover) todos os direitos humanos seja: políticos, civis, econômicos, sociais ou culturais. Respeitar inclui uma obrigação de não interferência. A obrigação de proteger requer do Estado medidas para prevenir que terceiros, empresas ou indivíduos, interfiram ou privem os indivíduos de seus direitos. Facilitar implica num dever de tomar medidas positivas para permitir que indivíduos e comunidades desfrutem dos seus direitos (EIDE, 2007).

A omissão estatal, entretanto, persistiu (PIOVESAN, 2009). Todavia, se há algum crédito neste período pelo desenvolvimento e reconhecimento da alimentação adequada, este não se deve às políticas estatais, mas ao trabalho desempenhado pelas organizações não governamentais, as quais firmaram posição sobre a relevância do tema e mobilizaram diversos países para a causa, através do encontro conhecido como Cúpula Mundial da Alimentação, realizado em 1996, ocasião em que mais de 1.000 organizadores, oriundos de mais de 80 países,



participaram do fórum paralelo de organizações não governamentais. Vários governos foram também ativos em exigir que a Conferência reconhecesse e construísse o direito à alimentação e obtiveram certo sucesso.

Na declaração da Cúpula Mundial da Alimentação, os líderes de Estado e Governo ali reunidos reafirmaram o direito de todos ao acesso seguro e à alimentação nutritiva, consistente no direito à alimentação adequada e no direito de todos serem livres da fome (EIDE, 2007). Em seguida, foi adotado pela Organização das Nações Unidas o Comentário Geral nº 12, que discutiu sobre acessibilidade, adequação e frequência à alimentação adequada, ratificando os três níveis de obrigação sobre a matéria, preceituados ainda em 1987, quais sejam respeitar, proteger e garantir (DURAN, 2007).

Em 2002, a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) decidiu por criar um grupo de trabalho intergovernamental para elaborar um conjunto de diretrizes para apoiar os esforços das nações para a realização progressiva do direito humano à alimentação adequada (VALENTE, 2002), findando na publicação das Diretrizes Voluntárias para o Direito à Alimentação Adequada em 2004 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO, 2004). A partir de então, a FAO tem buscado fomentar ações de promoção e monitoramento com enfoques diferenciados por continente, no intuito de criar diretrizes e intervenções que se assemelhem com o demandado por cada um, de modo a tornar a realização da alimentação adequada mais eficaz.

Apesar de todos esses registros de normas alimentares desde a antiguidade, o Direito Alimentar tornou-se disciplina jurídica vinculada à proteção da saúde pública, justificado pela inegável importância do tema. No Brasil, ele não tem recebido a devida atenção, necessitando de discussões e atitudes que tornem essa realidade diferente. A importância de se discutir e divulgar essa realidade sobre o Direito Alimentar está diretamente relacionado aos bens jurídicos mais importantes que ele protege: a vida<sup>5</sup> e a saúde<sup>6</sup>, são bens

---

<sup>5</sup> Direito fundamental – art.5º da Constituição Federal.

jurídicos essenciais aos consumidores, de modo que todas as ações e serviços de saúde destinados a atendê-los são considerados de relevância pública no art. 197, da Constituição Federal (BRASIL, 2008).

Os prejuízos, entretanto, não se limitam apenas às consequências da falta de comida, mas também devido à alimentação inadequada constatada no mundo moderno, seja por insuficiência financeira, seja por desconhecimento claro, da maior parte da população, sobre os nutrientes necessários para uma vida saudável.

Desta forma, a Organização das Nações Unidas (ONU) tem defendido que o acesso à alimentação deve ser qualitativo e constante, proporcionando meios efetivamente adequados para um bom desenvolvimento humano. Tal preceito fora disseminado através das Diretrizes Voluntárias formuladas pela FAO em novembro de 2004, com fundamento no Comentário Geral nº 12 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que definiu o direito à alimentação adequada, como sendo aquele em que cada homem, mulher ou criança, sozinho ou em companhia de outros, tenha acesso físico e econômico, sem interrupção, à alimentação adequada ou aos meios para a sua obtenção. Este documento tem progressivamente se legitimado e concretizado nos mais diversos países, seja por meio da recepção de pactos internacionais, seja pela edição de leis locais, promovendo ações governamentais para defesa e promoção do direito à alimentação adequada, e possibilitando, inclusive, o seu controle pela sociedade civil.

No Brasil, as primeiras discussões sobre a fome e as suas implicações datam de 1946, através dos escritos do médico e sociólogo pernambucano, Josué de Castro. Este alertou sobre a urgência da temática, tendo tal clamor retornado à agenda nacional somente após a abertura política nos anos 80, quando se reorganizaram as Conferências Nacionais de Alimentação e Nutrição e tornaram-se públicos os dados acerca da pobreza da população, destacando-se

---

<sup>6</sup> Direito social e direito público subjetivo – arts. 6º e 196 da Constituição Federal e art. 2º da Lei nº 8.080, de 19/09/90 – Lei Orgânica da Saúde; e com a vida, direitos básicos dos consumidores – artigos 6º I e 8º a 10 da Lei nº 8.078, de 11/09/90 – Código de Defesa do Consumidor

notadamente sua dificuldade de acesso à alimentação adequada. A partir de então, constituíram-se grupos governamentais, não governamentais e mistos para elaborarem diretrizes e ações de promoção e defesa da alimentação adequada com a realidade brasileira, o que culminou com a edição da Lei nº. 11.346/2006, nomeada como Lei Orgânica da Segurança Alimentar (LOSAN), que reconheceu em âmbito infraconstitucional a alimentação adequada como um direito fundamental, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal (LOPES; CHEHAB, 2008).

Junto à crise econômica, o Brasil suportou durante quase trinta anos, uma grave crise político-social decorrente do regime ditatorial instaurado em 1964. Naquela época, embora milhares de brasileiros vivessem abaixo da linha da pobreza, suportando a fome e todos os seus efeitos, era proibida qualquer menção ao termo, sendo permitido o uso apenas da palavra *má-nutrição*, como meio para ocultar a dimensão social e política da fome (VALENTE, 2007).

Após os anos 80, com a abertura política e a reestruturação do capitalismo no Brasil, presenciou-se uma inclusão alternativa no mercado de trabalho, incipientes políticas públicas e o fortalecimento dos movimentos sociais; fatores estes que, em dimensões diversas, findaram por evidenciar a grave crise estatal, a limitação das políticas de emprego e renda, e a recessão da economia brasileira, que durante muito tempo fundou-se numa suposta cultura da abundância e no mito do desenvolvimento econômico (LOPES; CHEHAB, 2008).

Com o governo do então Presidente Lula, a partir de 2003, as políticas de promoção à alimentação adequada passam a ter destaque em âmbito governamental, concretizando-se mediante o Programa Fome Zero, que em seu ano de lançamento dispôs de um orçamento de R\$ 5,7 bilhões, tendo um acréscimo em sua dotação para R\$ 12,3 bilhões em 2005. Esses investimentos produziram significativos resultados, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao período entre 2003 a 2005, quando a pobreza diminuiu 19,2% no território nacional. Embora expressivos, os números não têm sido suficientes para transformar nossa herança de exclusão social.

Segundo números do IBGE naquele período, aproximadamente 8,7% da população estava desempregada, 51,2% da população ocupada não era filiada a um sistema previdenciário e milhões de pessoas ainda têm fome no Brasil – seja de ordem crônica ou aguda (BRASIL, 2008). Atualmente, dados deste instituto mostram oscilação na taxa de desemprego no Brasil, que em fevereiro de 2011 subiu para 6,4%, sendo o maior patamar desde agosto de 2010 (BRASIL, 2011).

Com base na situação exposta, entende-se como é relevante analisar as políticas públicas, bem como as leis formuladas e os agentes envolvidos, como forma de verificar a real efetividade no enfrentamento à exclusão social e, especificamente, na promoção do direito fundamental à alimentação adequada. A partir de 2003, o enfrentamento à pobreza ocupou espaço na agenda política do Executivo central, possibilitando a dotação de verbas específicas, além da criação de um aparato burocrático-administrativo em seu favor, o Ministério de Desenvolvimento Social de Combate à Fome. Fundadas nas Diretrizes Voluntárias para o direito à alimentação adequada, as políticas públicas brasileiras destacam-se pelas seguintes iniciativas:

- a) uma primeira espécie diz respeito à conveniência de acesso aos meios ou recursos produtivos, e a participação da sociedade civil no processo de controle e promoção destes direitos;
- b) uma segunda espécie concerne ao acesso físico e econômico, através dos Programas de Transferência de Renda que, embora recriminados pela grande mídia, têm sido co-responsáveis significativos no processo de redistribuição de renda no Brasil.

Igualmente, ressalta-se a importância da iniciativa da Presidência da República, para a formação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), integrado por representantes governamentais e não governamentais, que tem alcançado diversos resultados, especialmente, no âmbito “da visibilidade à situação de insegurança alimentar e nutricional de populações tradicionalmente excluídas: negros, quilombolas, indígenas, acampados e coletadores de materiais recicláveis”, e da organização das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar de 2004 e 2007. Ainda, como não poderia deixar de sê-lo, sublinhamos

o papel do Programa Fome Zero como marco irradiador de uma política de confluência para a promoção da alimentação adequada, que se concretiza, por meio de 31 programas, com destaque para alguns, devido à sua abrangência: Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, Programa Bolsa Família e Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF (LOPES; CHEHAB, 2008).

Há 800 milhões de pessoas desnutridas no mundo, um bilhão de pessoas passando fome, 30 mil crianças morrem de fome a cada dia, 15 milhões a cada ano, um terço das crianças dos países em desenvolvimento apresenta atraso no crescimento físico e intelectual, 1,3 bilhão de pessoas no mundo não dispõem de água potável, 40% das mulheres dos países em desenvolvimento são anêmicas e se encontram com baixo peso. Uma pessoa a cada sete padece de fome no mundo. A cada dia, 275 mil pessoas começam a passar fome ao redor do mundo. O Brasil é o 9º país com o maior número de pessoas com fome, tem 15 milhões de crianças desnutridas; 45% de suas crianças, menores de cinco anos, sofrem de anemia crônica. Os dados da fome no mundo e, conseqüentemente da desnutrição, são sem dúvida, alarmantes, vergonhosos e desumanos. Ao lado desse problema, difícil de reduzir e praticamente impossível de eliminar, vivencia-se na área da saúde outro tipo de fome que é a desnutrição hospitalar, também complexa e abrangente, mas que nos parece ter controle mais fácil em relação à desnutrição comunitária.

### 3 DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

A desnutrição pode ser definida como estado de nutrição em que uma deficiência, excesso ou desequilíbrio de nutrientes, gerais ou específicos causam efeitos adversos no organismo, com consequências clínicas e funcionais. Quando esta ocorre relacionando-se à internação hospitalar, denomina-se desnutrição hospitalar.

A prevalência da desnutrição hospitalar varia de 20% a 50% em diferentes estudos, podendo variar de acordo com critérios utilizados, como tipo de doença, fator etário e intervenções terapêuticas. Alguns pacientes já são admitidos no hospital com desnutrição e outros a desenvolvem após internação, até pelo fato de terem maior risco nutricional.

#### 3.1 A FOME CAMUFLADA

Várias publicações destacam a prevalência elevada de desnutrição proteico-calórica nos hospitais de todo o mundo, com variações muito amplas, oscilando entre 15% e 90%, relacionadas ao perfil de atendimento prestado. Como exemplos, existem serviços de cirurgia geral nos EUA, onde esta prevalência atinge 50% (BISTRIAN, 1974), 44% na Inglaterra (HILL, 1977) e 28% na Nova Zelândia (PETTGREW, 1994); nos serviços especializados em oncologia pode variar entre 25% e 40% nos EUA (MEGUID, 1985) e entre 74% e 80% na Holanda (HOOF, 1986). Em um hospital geral e público na Espanha, foram identificados 80% de desnutrição à admissão (PABLO; IZAGA; ALDAY, 2003). Em hospitais tailandeses, encontrou-se prevalência de desnutrição variando entre 18% e 98%, nas especialidades pediátrica, cirúrgica e médica (TIENBOON, 2002).

No Brasil, o IBRANUTRI publicado em 1996 avaliou, através da Avaliação Subjetiva Global (ASG), 4000 pacientes internados em hospitais públicos de 12 estados e do Distrito Federal, e revelou dados alarmantes da prevalência de desnutrição hospitalar; 48,1% dos pacientes hospitalizados eram desnutridos, sendo 35,5% desnutrição moderada e 12,6% desnutrição grave. Um dos estados avaliados no IBRANUTRI foi o Espírito Santo, onde os números não foram muito diferentes; encontrou-se desnutrição em 43% dos pacientes internados, sendo 29% desnutridos

moderados e 14% desnutridos graves (WAITZBERG, 1996). Esse estudo foi estendido para 13 países da América Latina, numa população de 9000 pacientes, revelando prevalência de desnutrição em 50% desses enfermos (CORREIA; CAMPOS, 2003).

É importante salientar que a desnutrição pode ter comportamento variado em diferentes populações, e existem alguns grupos mais predispostos ou susceptíveis, como idosos e portadores de câncer, entre outros. Esses grupos de risco devem ter atenção especial na triagem nutricional. À medida que aumenta a proporção de pessoas com idade avançada em todos os países do mundo, também se espera um aumento na taxa de desnutrição e seus riscos inerentes.

A proporção de pacientes geriátricos com deficiência nutricional e risco de desnutrição em hospitais e centros de atenção, oscila entre 30 a 80% (GUIGOZ, 2002). Encontrou-se desnutrição ou risco de desnutrição, com base na Mini Avaliação Nutricional (MAN), em 91,3% de 847 idosos hospitalizados nos Estados Unidos (THOMAS et al., 2002). Deficiência nutricional ou risco de desnutrição, foi demonstrado em 40% a 80% dos pacientes geriátricos, com idade variando entre 60 e 103 anos, internados em hospitais de todo o mundo (GUIGOZ, 2002). No IBRANUTRI, desnutrição estava presente em 52,8% dos doentes com idade superior a 60 anos e em 44,7% dos demais (WAITZBERG et al., 2001). Outro estudo realizado no Brasil, com idosos residentes em instituições asilares, encontrou 61% em risco de desnutrição, 33% eutróficos e 6% desnutridos (MAGNONI et al., 2006).

A fim de conhecer um pouco da nossa realidade, foi avaliado o estado nutricional dos pacientes idosos internados na Unidade Geriátrica do hospital privado onde atuamos. Aplicou-se a MAN nas primeiras 72 horas após a internação. Foram avaliados 60 pacientes, internados entre maio/2008 e maio/2009, por 85 dias em média. Eram 45 (75%) do sexo feminino; a idade variou entre 60 e 98 anos, com média de 80 anos. Com relação ao estado nutricional, 12 pacientes (20%) estavam sem risco nutricional, 29 (48%) com risco nutricional e 17 (28%) desnutridos; 82% receberam algum tipo de terapia nutricional (TAVARES; MANNATO; ARAÚJO, 2010).

Em outro estudo, avaliamos 321 pacientes, com idade superior a 60 anos, internados nos vários setores do mesmo hospital, num período de 06 meses. Os pacientes foram também avaliados através da MAN, e como critério de inclusão, foram considerados todos os pacientes acima de 60 anos, que utilizavam apenas a via oral, nas primeiras 72h após admissão. A média de idade foi de 72 anos (70 a 74 anos). A aplicação do MAN revelou 232 pacientes (72%) com risco de desnutrição, 87 (27%) sem risco nutricional e 2 (1%) desnutridos (TAVARES et al., 2010).

A prevalência e o risco de desnutrição dependem também, do local em que o idoso se encontra. Na comunidade, predomina a obesidade; a desnutrição predomina nos hospitalizados e institucionalizados. A desnutrição proteico-calórica tem prevalência variável, de 1% a 15%, nos idosos da comunidade, 25% a 65% nos institucionalizados sem doenças agudas e 35% a 65% nos internados (OMRAN; MORLEY, 2000). No cenário brasileiro, um estudo detectou prevalência de desnutrição em idosos hospitalizados de 90,6% e, no ambiente de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), 78,7% (SILVA, 2005; YAMATTO; BARRETO; NAJAS, 2006). Avaliando-se 197 idosos hospitalizados na Unidade de Geriatria do Hospital dos Servidores Públicos de Minas Gerais, encontrou-se 54,7% de desnutridos, baseando-se no índice de massa corpórea (COELHO; ROCHA; FAUSTO, 2006). Nesse trabalho comenta-se que cerca de 2/3 dos leitos de hospitais gerais são ocupados por idosos com 65 anos ou mais, sendo que aqueles com idade superior a 75 anos têm sua permanência mais prolongada. Idosos hospitalizados representam maior custo e evolução clínica mais complicada, além de maiores taxas de mortalidade e comprometimento funcional e cognitivo, que agravam os problemas sociais no momento da alta e potencializam os riscos para o desenvolvimento da síndrome de fragilidade.

A triagem nutricional realizada de forma precoce (em até 48 horas da admissão), com o objetivo de identificar o risco nutricional, é o primeiro passo para a assistência nutricional e para prevenção de complicações relacionadas à depleção das reservas corpóreas. Sugere-se uma triagem nutricional rotineira para todos os pacientes internados, em especial para os idosos, iniciada nas primeiras 48 à 72h da admissão hospitalar, complementada com avaliação e intervenção nutricional, nos casos indicados. Como a internação hospitalar é um fator causal de desnutrição, indica-se



repetição semanal da triagem nutricional para os enfermos que se internarem sem desnutrição. Considerando que estes resultados relatados por Tavares em 2010, foram obtidos em um hospital da rede privada, com pacientes que teoricamente tem acesso a uma alimentação e cuidados mais adequados, imagina-se que estes resultados sejam mais negativos se avaliados em hospitais da rede pública.

Um estudo multicêntrico realizado em 2007, em pacientes internados em hospitais privados no Estado do Rio de Janeiro, avaliou a prevalência de desnutrição, seu impacto na morbidade e mortalidade, e a utilização da terapia nutricional. Foram computados 1492 pacientes, dos quais 775 (51,9%) eram mulheres; a idade média foi  $65 \pm 18,9$  anos. Encontrou-se desnutrição moderada ou risco nutricional em 34% dos pacientes e desnutrição grave em 6%. Os pacientes com desnutrição moderada e grave eram mais idosos quando comparados aos bem nutridos ( $p < 0.001$ ). Vinte e oito por cento dos enfermos receberam terapia nutricional durante a internação hospitalar. A presença de desnutrição ou de risco nutricional esteve diretamente relacionada à maior mortalidade e tempo de internação. No grupo bem nutrido (60%), a duração da internação (9 dias) foi significativamente menor, tanto em relação ao grupo em risco nutricional (23 dias) ,quanto ao grupo com desnutrição grave (38 dias). A mortalidade foi 2% no grupo bem nutrido, 22% no moderadamente desnutrido e 45% no gravemente desnutrido. Tanto a duração da internação, quanto a mortalidade foram significativamente diferentes entre os moderadamente e os gravemente desnutridos (HISSA et al., 2007).

A desnutrição é maléfica para quase todas as pessoas, em especial para o doente crítico, porque interfere na resposta às agressões. Afeta, em especial, a resposta imune, em todas as suas etapas, causando uma imunodeficiência secundária. A desnutrição aumenta o tempo de ventilação artificial, a permanência na UTI e no hospital, a morbidade, a mortalidade e o custo do tratamento (MOTA et al., 2002). As repercussões clínicas variam de acordo com: a intensidade e o tempo de privação nutricional, a idade do paciente, as condições clínicas prévias ao acontecimento e, sobretudo, com a associação com outras doenças (GOULART, 2007).

A prevalência de desnutrição nos doentes críticos não é bem conhecida. A falta de publicações específicas decorre, em parte, da gama variada de pacientes atendidos

nas unidades de terapia intensiva. Alguns já se internam desnutridos, mas a maioria torna-se desnutrida durante a internação, em decorrência da alimentação insuficiente, da incapacidade de assimilar os alimentos e do aumento da necessidade de energia e de nutrientes (SALTZMAN, 2002).

Os estudos descritos nesse item demonstram o impacto negativo da desnutrição na evolução clínica dos pacientes hospitalizados, e servem para denunciar a necessidade urgente de intervenção neste problema.

### 3.2 REVISITANDO O ESQUELETO NO ARMÁRIO DO HOSPITAL

Há mais de 70 anos, na terceira década do século passado, um trabalho clássico relacionou o estado nutricional debilitado de pacientes com úlceras duodenais, submetidos a tratamento cirúrgico, com o aumento de complicações pós-operatórias e mortalidade (STUDLEY, 1933). No entanto, foi na década de 70, que as discussões sobre prevalência de desnutrição hospitalar tiveram repercussões, principalmente nos Estados Unidos. Estudo pioneiro de Bistran et al. (1998), demonstrou prevalência de desnutrição de 44% em pacientes internados nas enfermarias de clínica médica e de 50% em pacientes cirúrgicos, como já citado.

Outro trabalho clássico intitulado *O esqueleto no armário do hospital*, mostrou a prevalência elevada da desnutrição hospitalar, mas destacou a falta de atitude dos profissionais de saúde em relação ao problema (BUTTERWORTH et al., 1974 apud CORREIA, 2003). Posteriormente, o mesmo autor publicou outro artigo cujo título foi *O esqueleto no armário do hospital – 20 anos depois*, em que ele destaca que apesar de transcorridos tantos anos, a situação nos hospitais permanecia inalterada (BUTTERWORTH et al., 1994 apud CORREIA, 2003). Resultados semelhantes foram publicados por outros autores, sempre salientando, o desconhecimento, o desinteresse e a apatia dos profissionais de saúde em relação à desnutrição hospitalar.

Na Inglaterra, McWhirter e Pennington, em 1994, mostraram que em um grupo de 200 pacientes diagnosticados como desnutridos, apenas 50% deles tiveram anotados em seus prontuários médicos quaisquer referências ao estado nutricional

(CORREIA, 2003). Outro estudo, no Reino Unido, demonstrou a deterioração do estado nutricional após a admissão hospitalar; houve redução de peso em 60% dos 500 pacientes, durante a hospitalização (SCHENKER, 2003). Esse fato foi também demonstrado no Brasil, através do IBRANUTRI, menos de 25% dos 4000 enfermos avaliados, tiveram qualquer palavra, frase ou hipótese diagnóstica relacionadas com desnutrição relatadas no prontuário, poucos pacientes tinham seu peso e altura aferidos, apesar da existência de balanças perto dos leitos.

É possível concluir que a desnutrição hospitalar foi o diagnóstico, provavelmente, mais prevalente dos hospitais brasileiros no fim do século XX. Em um país onde os recursos dedicados à saúde são precários e o número de leitos hospitalares não é suficiente para atender à demanda da população, essa situação merece atenção e intervenção.

### 3.3 A INFLAMAÇÃO QUE NÃO É VERMELHA

O reconhecimento da relação entre desnutrição e inflamação tem sido bastante discutido. O papel da desnutrição é reconhecido há bastante tempo; a participação da inflamação sistêmica tem sido sugerida na atualidade.

Os sinais cardinais da inflamação: calor, rubor, tumor e dor foram descritos há centenas de anos, mas são encontrados apenas em doenças localizadas. Mais importante é a resposta inflamatória sistêmica, que resulta de vários estímulos, incluindo lesão tissular, inflamação e infecção, com consequências fisiológicas, metabólicas e imunológicas. As manifestações sistêmicas da inflamação são bem identificadas em grandes agressões, como politrauma, operações abertas e doenças infecciosas. Mais recentemente, demonstrou-se que existe resposta inflamatória em várias outras situações, como obesidade, síndrome metabólica, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), maioria das formas de câncer e insuficiências orgânicas graves (cardíaca, renal, respiratória e hepática). Nessas doenças crônicas, a resposta inflamatória tem manifestações clínicas discretas ou ausentes, mas as repercussões podem ser sérias, incluindo o agravamento da doença básica (BISTRAN, 1998; FAINTUCH, 2006).

As manifestações da resposta inflamatória sistêmica têm sido agrupadas com o nome de resposta de fase aguda. Ela é mediada, principalmente, pela interleucina-6. Há aumento de algumas proteínas, denominadas proteínas positivas de fase aguda e redução de outras, as proteínas negativas de fase aguda. Há aumento dos níveis plasmáticos de proteína C reativa, amilóide A, complemento C3, alfa<sub>1</sub>glicoproteína ácida, fibrinogênio, haptoglobina e ferritina, associado à redução de albumina, de pré-albumina e de transferrina (GABAY; KUSHNER, 1999).

A resposta de fase aguda e a desnutrição estão muito relacionadas, porque os mediadores inflamatórios também suprimem o apetite, aumentam o catabolismo muscular e resultam em progressiva caquexia (BENGMARK, 2004). Há nesta fase, hipermetabolismo, lipólise, aumento do *turn-over* de proteínas e resistência insulínica, associados a aumento de pró-oxidantes, como a homocisteína, e redução de antioxidantes como ácido fólico e glutathiona (BENGMARK, 2004).

Alguns estudos têm relacionado inflamação com intensidade, características e prognóstico da desnutrição em populações variadas, incluindo enfermos com doenças agudas e crônicas (BISTRAN, 1998). Bistran (1998) tem classificado a desnutrição em três tipos: marasmo, caquexia e hipoalbuminêmica. No marasmo, existe ingestão insuficiente de alimento, sem inflamação associada; o prognóstico é muito bom, o comprometimento imunológico é tardio e a resposta à terapia nutricional é rápida e adequada. Na caquexia existe inflamação crônica; o prognóstico e a resposta à terapia nutricional dependem da intensidade dessa inflamação e da possibilidade de controle da doença básica. A desnutrição hipoalbuminêmica está presente nas grandes agressões, como ocorre na sepse e nos grandes traumatismos; existe uma descarga maciça de mediadores inflamatórios e o prognóstico depende do controle do fator agressor nas doenças agudas e nas crônicas (BISTRAN, 1998).

O reconhecimento da participação de cada um dos componentes: desnutrição e inflamação sistêmica são muito importantes para orientar o prognóstico e até o tratamento. A abordagem nutricional deverá ser diferente no desnutrido sem inflamação, no desnutrido com inflamação sistêmica crônica, no desnutrido com

inflamação sistêmica aguda e no inflamado sem desnutrição. A indústria farmacêutica já oferece produtos capazes de atuar em cada uma dessas situações.

### 3.4 A FOME QUE NÃO É SENTIDA, MAS MATA

Em comparação com pacientes nutridos adequadamente, os desnutridos apresentam cicatrização retardada, íleo paralítico mais prolongado, fraqueza muscular, redução da função imune, taxas aumentadas de morbidade e mortalidade, complicações mais graves e hospitalizações mais prolongadas, tudo isso conduzindo à elevação do custo global do tratamento.

Em relação à função imune, a desnutrição proteica reduz a resposta celular e humoral, as imunoglobulinas circulantes e a função de macrófagos, além de promover aumento do estresse oxidativo.

Avaliando-se 586 pacientes não terminais, idade média 74 anos, internados por mais de três dias, encontrou-se aumento de três a sete vezes no risco de complicações potencialmente mortais nos desnutridos (SULLIVAN; BOPP; ROBERSON, 2002).

Na Índia foram avaliados os fatores nutricionais em 100 pacientes com retardo do processo de cicatrização de feridas, resultantes de úlceras por pressão, hanseníase, diabetes e outras causas. O baixo nível de proteínas totais ( $< 6\text{g/dL}$ ) associa-se de maneira significativa com retardo de cicatrização ( $p < 0,001$ ) (AGRAWAL et al., 2003).

Há vários estudos que confirmam aumento da mortalidade relacionado à desnutrição. O risco de morte estava aumentado em quatro vezes ( $p < 0,001$ ) em 771 pacientes desnutridos, clínicos e cirúrgicos, internados em hospitais da Pensilvânia (REILLY et al., 1988). Estudo no Brasil, avaliando 709 enfermos hospitalizados, mostrou risco de morte aumentado em três vezes nos desnutridos (CORREIA; WAITZBERG, 2003). Resultado semelhante foi encontrado em 1145 pacientes internados em hospital geriátrico na Suíça (VAN NES et al., 2001).

Esses estudos reforçam o impacto negativo da desnutrição nos doentes com condições clínicas variadas, internados em setores diferentes, em hospitais com

realidades bem diferentes. Outros estudos, por outro lado, demonstram a eficiência do apoio nutricional em minimizar os efeitos negativos da desnutrição. Avaliando-se 2485 enfermos, internados em 20 hospitais nos EUA, encontrou-se redução do tempo de hospitalização em 20%, e a eficácia desse apoio foi proporcional à intensidade da desnutrição (TUCKER, 1996). Os bons resultados da terapia nutricional parecem ter íntima relação com a forma pela qual o tratamento é instituído. É mais eficiente e segura quando administrada por equipe especializada.

## 4 A PESQUISA E SEUS DESDOBRAMENTOS

### 4.1 ABORDAGEM DO PROBLEMA

Enquanto alguns casos de desnutrição são consequentes a doenças, outros devem-se à ingestão inadequada, que deve ser diagnosticado e feita intervenção, com medidas precoces de prevenção e tratamento. Isso ocorrerá se atenção especial for dada ao cuidado nutricional, através de medidas simples como triagem nutricional.

Estudos recentes reforçam a relação entre estado nutricional depauperado e maiores incidências de complicações, mortalidade, tempo de internação prolongado e maiores custos.

#### 4.1.1 A soma de 1+1 pode ser maior que 2

“Gentileza gera gentileza”

Profeta Gentileza (José Datrino)

A assistência ao paciente em Terapia Nutricional (TN) iniciou-se no Brasil em meados de 1970; em 1975 foi fundada a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), que tem trabalhado para o desenvolvimento da Terapia Nutricional, objetivando aprimoramento, qualificação e reconhecimento dos profissionais que atuam nesta área.

Terapia Nutricional é o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Enteral e/ou Nutrição Parenteral. A complexidade da TN exige comprometimento e capacitação dos componentes da equipe multiprofissional para garantir eficácia do tratamento e segurança para os pacientes (BRASIL, 1998).

Diante do reconhecimento da existência da desnutrição hospitalar, e buscando assegurar a atenção adequada aos pacientes hospitalizados, a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde aprovou o Regulamento Técnico que fixou os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral (TNP) e

Enteral (TNE) e estabeleceu as normas para criação e atuação da EMTN (BRASIL, 1998).

A EMTN, segundo a Portaria nº 272 de 08/04/1998 da ANVISA (BRASIL, 1998) e a Resolução nº 63 de 06/07/2000 também da ANVISA (BRASIL, 2000), é o grupo formal e obrigatoriamente constituído de pelo menos um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissional de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da TN; objetivando a execução, supervisão e avaliação em todas as etapas da TNP e TNE.

Cada profissional tem suas atribuições específicas, que serão descritas a seguir: ao médico cabe a responsabilidade de indicar, prescrever e acompanhar os pacientes submetidos à TN. Ao farmacêutico compete à realização de todas as operações inerentes ao desenvolvimento, preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte) da NP, atendendo às recomendações das *Boas Práticas de Preparação da Nutrição Parenteral*, assim como adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas e/ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista. As atribuições do enfermeiro são administrar a TNP e a TNE, observando as recomendações das *Boas Práticas de Administração da Nutrição Parenteral e Enteral*. O nutricionista é responsável por avaliar o estado nutricional dos pacientes, suas necessidades e requerimentos, bem como realizar todas as operações inerentes à prescrição dietética, composição e preparação da NE, atendendo às recomendações das *Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral*. (BRASIL, 1998).

De acordo com a legislação, é atribuído à EMTN, definir metas técnico-administrativas; realizar avaliação, triagem e vigilância nutricional; indicar TN e metabólica; assegurar condições de indicação, prescrição, preparação, armazenamento, transporte, administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final da TN; educar e capacitar a equipe; criar protocolos; documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TN; estabelecer auditorias periódicas; analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a



manutenção ou a suspensão da TN; desenvolver, rever e atualizar as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da TN; traçar metas operacionais para a EMTN (BRASIL, 1998).

Em síntese, os objetivos das equipes são normatizar indicação, procedimentos, prescrição, cuidados e controles; otimizar compras; melhorar resultado do tratamento e reduzir o custo global do tratamento nutricional. Para garantir o atendimento com qualidade total, é necessário o acompanhamento em todas as etapas do processo, que se inicia na indicação da TN e vai até a suspensão desta. É de fundamental importância a EMTN estabelecer e monitorizar as normas, os protocolos e os indicadores de qualidade em TN, racionalizando gastos e minimizando possíveis desperdícios (BRASIL, 1998).

Existem várias formas de atuação destas equipes, podendo ser por ação direta ou através de consultorias. A atuação direta, ou seja, quando a equipe prescreve a TN parece promover melhores resultados (CHRIS-ANDERSON, 1996). Também em relação ao tipo de terapia nutricional instituída, houve benefícios nas duas diferentes modalidades, quando estas foram aplicadas por uma equipe multidisciplinar. No tocante ao emprego da Nutrição Parenteral (NP), houve redução das complicações metabólicas (34 & 66%), diminuição da indicação de NP (62 & 82%) e redução do custo do tratamento (meio milhão de dólares/ hospital / ano). Quando a utilização deste método foi aplicado por EMTN (TRUJILLO et al., 1999). Já quanto à NE, a atuação da equipe revelou redução da incidência de complicações, promoveu melhor ajuste às necessidades individuais e menor prevalência de oferta nutricional inadequada (POWERS et al., 1987; BROWN,1987). Outra publicação demonstrou que há retorno favorável sobre o custo/benefício, sugerindo que para cada \$1,00 dólar investido na equipe, houve redução de \$4,20 dólares no custo do tratamento (HASSEL et al., 1994).

É sabido pela experiência individual, que também corrobora com dados da literatura, que o resultado positivo da terapia nutricional depende de uma abordagem precoce com correto seguimento. As complicações, quando não controladas, anulam os possíveis efeitos benéficos desta prática. O sucesso da terapia nutricional depende

então, entre vários fatores, de equipe multiprofissional integrada e atuante, rotinas escritas e cumpridas e integração com o corpo clínico (WILMORE, 2000)

Em nosso meio, um fato histórico serviu para mostrar a importância de se implantar sistematização de condutas, com protocolos e rotinas escritas e cumpridas: foi a morte de Tancredo Neves, em 1985. A evolução insatisfatória alertou para a necessidade de abordagem sistematizada na área da infectologia, surgindo legislação específica para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

Um acontecimento triste estimulou o aparecimento da legislação que normatizou a ação das EMTN. Em 1995, no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Universidade de Campinas – CAISM – ocorreram seis óbitos de neonatos, em 48 horas, decorrentes de uso de nutrição parenteral contaminada com a bactéria gram-negativa *Enterobacter cloacae*, apontado como um dos patógenos mais frequentes em contaminação de líquidos de infusão endovenosa. Posteriormente, entre março e abril de 1997, oito pessoas (sete recém-nascidos e um homem de 52 anos) que estavam internadas no CAISM, morreram de infecção generalizada decorrente de contaminação sanguínea, tendo como fonte soluções de Nutrição Parenteral contaminadas, como consta na sentença (BEIRANGÊ, 1997).

#### 4.1.2 O que diz a lei

A prática da TN não é tão recente no Brasil. Sua regulamentação aconteceu apenas no final da década de 90, com a publicação da portaria 272/98, que regulamenta a NP, e em 2000, com a publicação da resolução 63/00 regulamentando a NE. Além destas, podemos citar também a portaria 38/99, que tratou do reembolso da NE. Em março de 2005, ocorre outra etapa na história da TN com as publicações de três novas legislações: as portarias nº 343, 131 e 135. Estas novas legislações consideram a TN como Assistência de Alta Complexidade, o que significa que para o Ministério da Saúde, a TN é um procedimento complexo que requer a criação de: protocolos, equipes capacitadas, fiscalização periódica e acompanhamento do paciente desde sua internação, até sua alta. A partir de então, a Assistência de Alta Complexidade em TN passa a ser composta por:

- a) unidade de Assistência de Alta Complexidade em TN, que são as unidades hospitalares com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados, ao atendimento do paciente sob TN; e
- b) centros de Referência de Alta Complexidade em TN, que têm, entre outras características, o fato de serem hospitais de ensino, capacitados a assessorar a

implantação dos protocolos de *triagem e avaliação nutricional* e dar consultoria em nutrição, capacitando, orientando a avaliação, a prescrição e o acompanhamento do paciente. Estes centros são indicados pelos Gestores Estaduais.

Vale salientar, que a portaria 272 e a resolução 63 não foram revogadas, permanecendo as exigências técnicas para a prática da NP e NE, respectivamente. Isso quer dizer que permanecem as exigências quanto à criação de uma EMTN, além da necessidade de estrutura física compatível. Por outro lado, a portaria 38 foi revogada e novos procedimentos e valores são descritos na portaria 131, em que se trata e se descreve o reembolso da NE e NP. Pode-se dizer que as diferenças entre as legislações anteriores portaria 272 e resolução 63 e as mais recentes portarias 343, 131 e 135 são que as primeiras são regulamentos técnicos que estabelecem as diretrizes necessárias para a boa prática da NP e NE, enquanto que as novas legislações explicitam os mecanismos e normas para a organização e implantação da Assistência de Alta Complexidade, entre eles, a regulação, fiscalização, controle e avaliação da TN (OSMO, 2005). Inicialmente, a Legislação foi criada de forma genérica sendo abrangente a todos os hospitais, sendo que mais recentemente foi reformulada especificamente para hospitais do SUS, porém não isentando as outras instituições.

Contudo, apesar de todos esses esforços, na prática as dificuldades existem tanto para a implementação destas EMTN, quanto para a aplicabilidade da TN; tanto no ambiente hospitalar quanto no seguimento desses pacientes que necessitam dessa terapêutica no domicílio. Em suma, fazendo justiça, concordamos que, no Brasil, foi dado um grande passo com as Portarias nº 272 e 337, complementadas pela resolução nº 63. No entanto, infelizmente, para que a realidade passe do papel à prática, principalmente na ausência de fiscalização rígida, por muito tempo assistiremos ao mesmo filme.

A educação sugere ser o grande caminho para tentar minimizar ou solucionar o problema. Enquanto a TN, ou qualquer matéria relacionada à Nutrição, não fizerem parte da grande maioria dos currículos das escolas de medicina e de

outras faculdades da área de saúde, continuaremos a discutir sobre o assunto apenas com um pequeno grupo de profissionais. A grande maioria continuará a desconhecer o impacto negativo da desnutrição na evolução clínica dos pacientes e, obviamente, não se mobilizará para resolver a situação.

O papel do Estado, sem dúvida, deverá ser o de impulsionar e fazer com que as leis sejam cumpridas, já que elas existem e são claras. As Sociedades de Nutrição e os Conselhos de Classes deverão posicionar-se firmemente sobre a questão. Torna-se necessário, a implementação de Políticas Públicas que permitam atuação junto aos órgãos governamentais, entidades de saúde, compradores de serviços médicos e administradores hospitalares, mostrando que há que se fiscalizar, mas que acima de tudo, há de se mudar conceitos e paradigmas (CORREIA, 2003).

#### **4.1.3 É possível reduzir custos**

Os Sistemas de Saúde em todo o mundo enfrentam o desafio de proporcionar atenção eficiente à saúde, controlando ao mesmo tempo o custo de tais cuidados. As estratégias para limitar o custo dos medicamentos e reduzir o tempo de hospitalização são discutidas amplamente na atualidade. Os Sistemas de saúde se mostram preocupados com os custos, o tempo de hospitalização e a incidência de complicações cada vez mais frequentes; além dos gastos com rehospitalizações como também custos pós-hospitalares para tratamento das sequelas. Todos esses custos podem ser reduzidos quando os profissionais de saúde abordarem o problema da desnutrição sob uma ótica que inclua: a avaliação do risco de desnutrição de cada paciente, identificação dos pacientes com evidência de desnutrição ou em risco de desenvolvê-la e finalmente, implementação de intervenções nutricionais oportunas, sempre que se faça necessário.

Nos enfermos, a desnutrição se associa com resultados negativos na luta pela recuperação da saúde e gera maior utilização de recursos, como acontece quando um estado de deficiência nutricional incrementa a susceptibilidade para infecção nosocomial.

Nos Estados Unidos, a saída da assistência de uma enfermeira de suporte nutricional em um hospital comunitário de atenção terciária, aumentou o número de pacientes com trato gastrointestinal funcional que foram erroneamente submetidos à nutrição parenteral, fato esse que incrementou o número de casos de sepse<sup>7</sup> por contaminação de cateteres de infusão e consequente aumento desnecessário dos custos do tratamento (GOLDSTEIN, 2000).

A nutrição adequada, não somente, reduz as consequências da enfermidade sobre a evolução clínica e o bem-estar do enfermo, como também diminui os custos financeiros do serviço, podendo ainda gerar lucros.

Em 1993, *St. Francis Healthcare Services*, hospital de 400 leitos no estado de *Delaware*, nos Estados Unidos participou de um estudo de referência, ingressando em um programa de otimização a longo prazo para tratar a desnutrição em pacientes hospitalizados. Durante um período de dois anos, o hospital economizou \$2.4 milhões e melhorou significativamente resultados referentes à mortalidade, tempo de hospitalização e incidência de complicações. Alguns desses resultados podem ser exemplificados como: redução da mortalidade em 44% a 57%, nos pacientes com altos níveis de desnutrição; as principais complicações foram reduzidas em 77% em desnutridos, a taxa de reinternações nos trinta dias seguintes à primeira hospitalização se reduziu em 57% (BRUGLER, 1999).

#### **4.1.4 Vida real**

Vivemos em um país que contempla um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo. O Sistema Único de Saúde (SUS) é fascinante. Infelizmente, assim como inúmeros projetos no nosso meio, as maravilhas ocorrem no campo da teoria e com pouca ação.

---

<sup>7</sup> Um ano após a suspensão dos serviços de suporte nutricional, os custos evitáveis se elevaram em \$38.148 - \$194.285 (dólares norte-americanos), segundo o custo estimado da sepse. O restabelecimento dos serviços de nutrição resultaram em uma redução dos custos que oscilaram entre \$34.485 e \$156.654 (GOLDSTEIN,2000).

No tocante à TN, a realidade não é diferente. E é essa trajetória que esse estudo busca revelar. Desejamos conhecer concretamente a realidade praticada no nosso meio, que não sugere ser muito diferente do que ocorre no SUS.

O Espírito Santo dispõe de 86 hospitais em todo seu território, sendo 53 destes hospitais de alta complexidade; dentre estes apenas cinco estão habilitados a atuar com Terapia Nutricional de Alta Complexidade, a saber: Hospital Santa Casa de Cachoeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro, Hospital Santa Rita de Cássia, Hospital São Lucas e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (BRASIL, 2010). Torna-se necessário mapear a maneira que a TN vem sendo aplicada, e após o diagnóstico dos problemas, buscar soluções para os mesmos. Através de informações informais suspeita-se que a grande maioria desses estabelecimentos não cumpre adequadamente a lei, e não dispõe de atendimento nutricional especializado e sistematizado.

A implantação de uma EMTN ao mesmo tempo em que parece tarefa simples, na prática esbarra numa série de dificuldades. A maior delas talvez fosse o desconhecimento da sua importância e de suas ações, e daí gerando certo desinteresse que corrobora em falta de remuneração para os profissionais que a compõe. Essa barreira inicial já se torna suficiente para gerar desestímulo nos poucos profissionais que por esse ideal se interessam.

## 5 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL NO ESPÍRITO SANTO. ONDE ESTAMOS?

**“Sem esforço de nossa parte, jamais atingiremos o alto da montanha. Não desanime no meio da estrada: siga à frente, porque os horizontes se tornarão amplos e maravilhosos à medida que for subindo. Mas não se iluda, pois só atingirá o cimo da montanha se estiver decidido a enfrentar o esforço da caminhada.”**

**Maria Radespiel**

Foram avaliados 29 hospitais localizados no Estado do Espírito Santo, distribuídos pela Grande Vitória (Vitória, Serra, Cariacica e Vila Velha), Aracruz, Santa Teresa, Colatina, Linhares, São Mateus, Cachoeiro de Itapemirim e São José do Calçado; 11 eram públicos, 11 privados e 7 múltiplos. Dos 29 hospitais, 20 tem mais de 100 leitos; todos disponibilizam de terapia intensiva para adultos, clínica médica e cirúrgica, 19 tem clínica pediátrica e 22 tem clínica ginecológica e obstétrica, demonstrando atendimento generalizado e abrangente.

Em relação às EMTN, elas estavam plenamente constituídas em 15 hospitais; nos demais, alguns dos profissionais que a compõem estavam sempre presentes. Quanto a esses profissionais, existiam 29 nutricionistas, 6 nutrólogos, 6 médicos não especialistas, 13 enfermeiros, 14 farmacêuticos e 4 outros profissionais não especificados. Existiam, portanto, nutricionistas em todos os hospitais e os 6 nutrólogos atuavam em 11 hospitais. Ocorriam reuniões semanais em 5 hospitais, reuniões mensais em 5 e esporádicas em 4. Apenas 7 equipes tem protocolos. Quanto ao atendimento aos pacientes, em nenhum dos hospitais existia visita com todos os componentes da EMTN; há visita por apenas um dos profissionais em 10 hospitais e por mais de um profissional em 6 estabelecimentos. As visitas são diárias, mas restritas aos doentes críticos em 8 hospitais e duas vezes por semana em 3 hospitais.

Avaliação nutricional é feita em 24 hospitais; todos eles empregam a ASG. Avaliação bioquímica é realizada em 25 serviços e antropometria em 15. A bioimpedância não é empregada rotineiramente em nenhum deles; apenas em casos esporádicos, em poucos hospitais. Nenhum dos serviços tinha calorímetro.

Todos os hospitais avaliados oferecem tanto nutrição enteral quanto parenteral.

Especificamente falando sobre a NE, ela se faz presente sob a forma de suplementos nutricionais para uso oral em 25 locais. A NE em sistema aberto ocorre em 19 hospitais e sistema fechado em 18. Todos os hospitais utilizam dietas industrializadas; dietas artesanais não são oferecidas em nenhum dos hospitais; 12 serviços utilizam dietas em pó e 29 dietas líquidas, sendo que em 27 locais elas existem na forma padrão, e em 26 na forma especializada.

Sobre a forma de administração, utilizou-se a técnica gravitacional em 15 hospitais e em bolus em apenas um; o uso é intermitente em 17 hospitais e contínuo também em 17. Bombas de infusão são empregadas em 27 instituições.

Não se manipula NP em nenhum dos hospitais; utilizam-se bolsas prontas em 16 e bolsas fornecidas por empresas terceirizadas em 19 hospitais, inclusive no interior. Sobre o tipo de NPT fornecida, em 29 locais utilizam-se soluções padrão; em 14, soluções especializadas (farmaconutrição, especificamente com óleo de peixe e glutamina).

Quanto às atividades acadêmicas, existiam informativos e publicações em 1 hospital, eram ministrados cursos em 3, treinamento interno em 11 e treinamento externo em 1; aulas eram ministradas em 6 e trabalhos científicos publicados em 4.

Dentre as dificuldades citadas para a implantação e atuação da EMTN, as mais comuns foram:

- a) resistência ao trabalho da equipe por parte do corpo clínico;
- b) não adesão dos gestores da instituição para adequar-se ao disposto na legislação relacionada à TN;
- c) dificuldade para despertar o interesse da equipe de saúde para a importância da nutrição no paciente hospitalizado;
- d) espaço físico, recursos humanos e materiais e equipamentos insuficientes;
- e) falta de carga horária e remuneração adicional para os membros da equipe;
- f) contratação de profissionais especialistas em TN para compor a EMTN;
- g) falta de estrutura para assegurar a qualidade da TN;



h) disponibilidade de pessoal auxiliar para acompanhar o paciente em TN e, finalmente, o baixo valor repassado pelo SUS para cobrir as despesas com a terapia nutricional.

A TN é uma das áreas que mais avançaram nos últimos decênios do Século XX. Procedimentos ligados à nutrição deixaram seus nichos, restritos às copas e cozinhas de estabelecimentos hospitalares, invadiram indústrias, farmácias, unidades de terapia intensiva e, deixando os muros dos hospitais, chegaram aos ambulatórios, e, por incrível que pudesse parecer, atingiram o próprio domicílio do paciente (JORGE FILHO, 2002).

A TN no Estado do Espírito Santo iniciou por volta de 1976, quando a primeira Nutrição Parenteral foi preparada, no Hospital Santa Rita de Cássia, de maneira muito artesanal; a NE foi introduzida alguns anos após, na Santa Casa de Misericórdia de Vitória e no Hospital Evangélico, localizado em Vila Velha, utilizando-se dieta artesanal à base de soja.

Muitos fatos ocorreram até o momento atual. Durante meu curso de graduação em Medicina tive os primeiros contatos com a TN, na disciplina de Clínica Cirúrgica da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, sob a tutela do Dr. Álvaro Armando Carvalho de Moraes. Na época, e ainda hoje, a EMESCAM representava uma das poucas escolas que contemplava na sua grade curricular a TN, isso graças novamente ao pioneirismo de um homem que dedicou parte de sua vida profissional a este fim. Isso motivou alguns poucos alunos a darem uma atenção maior a esse tratamento.

Em seguida, durante a Residência Médica em Cirurgia, na Santa Casa de Vitória, tivemos a oportunidade (eu e Fábio Pimenta da Silva) de participar ativamente, sob a supervisão do Dr. Álvaro, do maior estudo sobre prevalência de desnutrição hospitalar realizado no Brasil, o IBRANUTRI. Atuamos na coleta de dados e nos sensibilizamos com os resultados obtidos, e com as evidências dos extremos; por um lado o descaso das equipes de saúde e por outros a tomada de consciência de como medidas simples, como a aplicação da Avaliação Subjetiva Global (ASG) são capazes de reverter esse quadro. Interessante que a partir dessa experiência,

eu particularmente, incorporei os hábitos de buscar evitar os erros que mais me incomodaram, em especial a falta de registro nos prontuários de dados sobre a evolução do peso, além de preocupar-me com a presença de balança nos diversos setores dos hospitais. Posteriormente, surgiram as Portarias nº 272/98 (BRASIL, 1998), que regulamenta a NP, e nº 38/99 (BRASIL, 1999), que tratou do reembolso da NE; e nessa época iniciamos então a formação das primeiras EMTN no nosso Estado. Nossa atuação foi iniciada no Hospital Santa Rita de Cássia, onde Dr. Álvaro já trabalhava e lembro bem das dificuldades que encontrávamos desde o acesso para aquisição de novos produtos enterais até o convencimento dos profissionais da área médica, enfermagem e administração em compreender e valorizar nossa atuação.

Durante anos desenvolvendo vários trabalhos na área da TN: formação de novas equipes, organização de cursos, eventos e até uma Pós-Graduação em Terapia Nutricional, que serviu e serve para estimular e orientar muitos profissionais; participação ativa junto à Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) e mais discreta junto à Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN); confecção de trabalhos científicos com publicações nacionais e internacionais, entre muitas outras ações que certamente contribuíram para divulgar e tentar valorizar a TN no nosso meio. Agora, este estudo trata-se de mais uma ação com este propósito.

Conforme demonstrado nos resultados, as equipes devidamente registradas existem somente em hospitais públicos, já que nestes ambientes esse fator é condicionado à remuneração dos insumos. Logo, na maioria dos serviços, o que se denomina EMTN, está muito aquém da exigida por lei. Identificamos muitos fatos que merecem reflexão.

Em relação à atuação dos profissionais de forma plena, sem dúvida a falta de remuneração específica para os profissionais envolvidos é o grande motivo dessa deficiência. A atuação destes, na maioria das vezes, se justifica pela relação de encantamento com a nutrição, agregado à obrigação de contribuir para aprimoramento do serviço em que trabalha. No caso de hospitais particulares, durante muitos anos alguns de nós éramos tratados de forma muito

desrespeitosa. Desenvolvíamos nosso trabalho, com evolução e prescrição diárias, relacionadas à TN, porém só éramos remunerados a cada três dias. Após muitas conversas com auditores e gestores de convênios é que, bem recentemente (em fevereiro/11, ou seja, exatamente há 3 meses), conquistamos junto a um grande convênio, o direito de remuneração diária para tratamento nutricional de doentes críticos. Esse fato foi coincidente com as exigências da Resolução Normativa – RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010, da ANVISA, (BRASIL, 2010), que na Seção II fala “Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar”, cita no Art. 3º ser a atuação multiprofissional um desses princípios. Isso, provavelmente, justifica o resultado do modelo de visitas da EMTN, certamente já influenciado por esta mudança. Outra influência que contribui para a negativa dessas visitas completas e diárias é o fato de que os outros profissionais da equipe não têm remuneração nem carga horária para dedicação a esta finalidade.

Observando qual tipo de hospital tem mais equipe, possivelmente os públicos, que tem a necessidade do registro para remuneração da terapia nutricional (mas não dos profissionais), e atualmente os privados que necessitam como pré-requisito para *Acreditação Hospitalar*, que é um instrumento de valorização da instituição. Outro ponto que deduzimos é que muitos dos profissionais que hoje atuam nos locais pesquisados, principalmente nutricionistas, são indivíduos que tiveram contato com algumas daquelas nossas ações anteriormente citadas, principalmente a Pós-Graduação e uma das consequências identificadas entre tantas é a realização da ASG, método simples, sem custo, que é utilizado como ferramenta de avaliação nutricional em 23 destes serviços. Por outro lado, curioso é o fato de que avaliação bioquímica que gera custos e implica em informações menos relevantes para avaliação nutricional, seja realizada em 24 instituições. Outra ferramenta para avaliação nutricional que é realizada é a antropometria, que foi citada em 14 serviços. Isso nos preocupa pelo fato que para essa população e para este tipo de avaliação, esse não nos parece ser um método interessante, já que seus resultados podem ser mascarados, assim como os da avaliação bioquímica, por várias circunstâncias resultantes da própria evolução clínica da doença, como edema.

Outra importância de se valorizar a ASG é que esta, além de todas as vantagens expostas, serve como opção útil para triagem nutricional. Existe uma máxima que diz: *Medicina é arte e ciência*, a arte está numa anamnese bem feita, no campo da nutrição a ASG permite realizar de forma direcionada uma história bastante sugestiva para o diagnóstico nutricional.

Entretanto, existe a necessidade e a obrigatoriedade científica de diagnóstico e prescrição adequada; e esta tarefa terá muito mais acurácia e benefício para o nosso paciente, se dispusermos de métodos e ferramentas precisas que definam a composição corpórea do paciente, como a Bioimpedância (A NECESSIDADE..., 2011), método utilizado esporadicamente em apenas alguns dos hospitais avaliados.

A TNE é utilizada em todos os serviços analisados. Curiosamente, o sistema fechado é utilizado em 18 hospitais e o aberto também em 18; isso talvez se justifique pelo fato da legislação ser muito rigorosa em relação às características da área de preparo e distribuição das dietas enterais, condições essas dispensáveis quando se usa o sistema fechado. Por outro lado, esse sistema é muito mais caro, além da necessidade de infusão contínua, em bomba de infusão, o que acrescenta mais custos devido ao preço muito alto do valor dos equipamentos específicos para essas bombas de infusão. A disponibilidade de dietas especializadas é muito próxima das dietas padrão que são muito mais caras e podem ser muito mais utilizadas, com indicação, às vezes, baseada em um nome comercial sugestivo. Seu uso deve ser restringido a situações específicas; algumas delas podem agregar problemas aos pacientes. Vale destacar as dietas chamadas imunomoduladoras que possuem componentes excelentes para algumas situações clínicas, mas passíveis de efeitos adversos importantes, nem sempre devidamente divulgados. Em suma, felizmente existe hoje no mercado uma gama imensa de opções para prescrição de NE. Entretanto, a utilização desses produtos requer um conhecimento aprofundado da fisiopatogenia das doenças e das condições clínicas dos enfermos.

Um dos sinais de alerta, foi a dificuldade para preenchimento de dados sobre a NE, em nossa pesquisa, com várias informações discordantes, que foram

sanadas através de contatos telefônicos com o informante, e detalhamento da informação solicitada.

A TNP também estava disponível em todas as instituições pesquisadas; é fornecida de forma terceirizada em 18 instituições e de forma pronta pra uso (*read to use*), ou seja, no formato de bolsas em sistema fechado em 15. Essa situação é muito diferente da encontrada há poucos anos; quando disponível, era manipulada no próprio hospital, com frequência em área inadequada, preparada por profissionais não treinados. As soluções prontas para uso têm algumas vantagens: não há necessidade de ambiente especial para o preparo, que é uma estrutura muito cara, oferecem praticidade e segurança e facilita a prescrição por médico não especialista. Mas, existem desvantagens: são apresentações incompletas, pois não contem alguns componentes como vitaminas e oligoelementos. A complementação destes é estritamente necessária; a adição desses componentes à bolsa requer todas as exigências da manipulação, ou seja, que seja feito por profissional farmacêutico na área de preparo.

A utilização por uma via acessória é permitida, porém também exige cuidados de diluição (quantidade e tipo de solução) e infusão (velocidade e local), que nem sempre são seguidos. Além destas questões, essas bolsas diferem principalmente na oferta lipídica, com apresentação de vários tipos de lipídeos que geram benefícios ou não para populações específicas, de acordo com o tipo e momento de sua doença. Por fim, outro ponto angustiante, é que em alguns casos essas bolsas são hipoprotéicas e quando utilizadas para pacientes hipercatabólicos, que é uma condição frequente em pacientes que demandam TNP, podem também promover déficit protéico e balanço nitrogenado negativo cumulativo. Sobre o tipo de TNP ser padrão ou especializada, encontramos 26 & 14, sendo outro ponto de questionamento. Houve dificuldade no entendimento dos conceitos sobre as especificações das dietas de acordo com suas características, então fica a dúvida de como está sendo a utilização desses produtos.

Outro ponto negativo dessa evolução foi o afastamento do profissional farmacêutico do contato com a TNP. Não me refiro apenas à manipulação, mas

este profissional quando o uso da NP manipulada é mais atuante, até pelo fato de erroneamente se julgar que sua responsabilidade seja maior. Na realidade, as NP prontas pra uso, também estão sob inteira responsabilidade do farmacêutico, e deve este profissional participar das decisões relacionadas, apontar possíveis interações nutricionais e medicamentosas e efeitos colaterais.

O fato de a maioria dos serviços não realizar reuniões e não apresentar indicativos de qualidade sugere que não há confiança nos resultados apresentados. Por exemplo, há discordância entre volume calculado, volume prescrito e volume infundido. Apesar dos grandes avanços na TN, como o desenvolvimento de bons produtos, por exemplo, a melhora dos resultados pode ser alterada se o produto não for empregado de forma adequada. Nos últimos tempos ocorreu um incrível desenvolvimento tecnológico e científico da Medicina e da TN, com resultados diagnósticos e terapêuticos grandiosos, trazendo obviamente uma perspectiva de melhora da sobrevida, mas também provocando frequentemente o ofuscamento dos artistas que controlam todos estes recursos.

Como já foi citado, as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) surgiram da necessidade de se fazer algo para conter o surgimento das famigeradas infecções hospitalares que promoveram aumento da morbi – mortalidade das internações. Um estudo na Universidade Federal de Pernambuco demonstrou que a implantação da CCIH reduziu as infecções de ferida cirúrgica em 35%, infecção respiratória em 50%, urinária em 35% e infecção hospitalar em 30%. O sucesso desse trabalho tem sido resultado de compromisso com controles e protocolos que possibilitem auditorias desses resultados.

Tem-se aumentado nos EUA o número de sites acessíveis a toda população, como o *The Pagan Law Firm, P.C.*, onde é possível o cidadão comum pesquisar por patologia qual o valor a ser restituído caso se processe o médico ou a instituição hospitalar por um possível erro, como uma infecção hospitalar. A situação é tão alarmante que a tendência atual é substituir o termo infecção hospitalar por infecção relacionada à assistência à saúde. No Brasil, está em crescimento, a exemplo do que ocorre em outros países, a indústria de indenizações (GUIMARÃES, 2011). Recentemente ocorreu o I Congresso

Brasileiro de Direito Médico, organizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com o tema *Vários direitos, um dever: cuidar das pessoas*, que debateu de forma qualificada sobre questões urgentes que afetam a interface entre o Direito e a Medicina, motivado pelo aumento de ações judiciais nesse campo, que ocorreu nas últimas duas décadas.

Esse assunto é pertinente, porque a discussão sobre desnutrição hospitalar apresenta peculiaridades comuns à infecção hospitalar. Ambas são produzidas durante a internação hospitalar e existem maneiras de serem evitadas. Talvez, no futuro, essa analogia se torne realidade e somente assim, haja atitude para mudanças, as quais se iniciam com medidas simples como, a triagem nutricional, para qual existem métodos caracterizados por terem simplicidade, aplicabilidade e segurança na mensuração, como a ASG.

Assistimos um tempo de absurda simplificação dos fatos no campo da saúde pública. Alguns setores da sociedade se recusam a enxergar a complexidade do panorama e tende a recair sobre o médico a responsabilidade pela falta de assistência e precariedade dos serviços oferecidos pelo do SUS. Vale notar, que o mínimo, o essencial, depende de uma gestão sem paixões ou certezas absolutas, que entenda que não adianta médico munido apenas de estetoscópio para garantir a assistência (D'AVILA, 2011). Também não adianta, no tocante à assistência nutricional, a atuação de forma desestruturada e sem gestão. Além da oferta de produtos de qualidade, torna-se necessário o cumprimento das legislações e a participação de profissionais com formação específica, com função dirigida para a área e remuneração justa; o que possibilitaria a assistência no tripé básico de triagem, avaliação e intervenção nutricional.

Após desenvolvimento do trabalho, tivemos acesso a um estudo realizado em nosso Estado em 2010, com moldes parecidos, porém este se diferencia por abordar população pediátrica e apenas hospitais públicos. Entretanto, quando se compara os resultados encontrados, observamos muitas semelhanças com os nossos, principalmente em relação ao descumprimento da legislação em Terapia Nutricional referente ao paciente hospitalizado (SILVA, 2010).

## 6 À GUIZA DA CONCLUSÃO

“Não podemos modificar a condição humana, mas podemos modificar as condições humanas em que trabalhamos”.

James Reason

Alimentar, além de uma necessidade básica à sobrevivência, trata-se de um ato de socialização e prazer.

Esta ação deixa de ser privilégio de todos, em função das limitações sociais que imperam no mundo, as quais promovem condições sub-humanas de vida.

Apesar de inúmeros projetos na tentativa de minimizar esta condição, a equação que possibilitaria solucionar esta problemática não foi desvendada. Essa triste realidade que perdura desde os primórdios da história, consolidou-se numa situação de cronicidade que contemporizou o esquecimento de que direito à alimentação de forma adequada, e por que não dizer prazerosa, é direito indissociável e que a todos pertence.

Vários clamores são até hoje divulgados em relação à fome e à desnutrição no mundo, principalmente a desnutrição infantil, que ao serem revelados, principalmente como mostra visual, chocam nossa visão e angustiam nossas emoções. Da mesma maneira, porém em outra circunstância, surgiram relatos de dados que denunciam outro tipo de desnutrição, a desnutrição hospitalar; e conseqüentemente a necessidade notória de intervenção, que, por conseguinte gerou leis que objetivam dominar este desfecho. Partindo do princípio que o sucesso de um trabalho a ser realizado depende de liderança, compromisso, união de forças, processos bem desenhados que promovam práticas seguras; essas leis contemplam a atuação em equipe de profissionais afins com a TN.

Objetivando conhecer a aplicação dessas condutas de abordagem para minimização da desnutrição hospitalar, este estudo avaliou 29 hospitais no Estado do Espírito Santo, com capacidade de atendimento a pacientes adultos clínicos, cirúrgicos e críticos, que são populações que frequentemente necessitam de TN.



Como já anteriormente exposto, a desnutrição hospitalar impacta em resultados negativos na evolução clínica dos pacientes; a intervenção nutricional tem capacidade de mudar esses resultados, sendo esta ação um direito já estabelecido em lei. No Espírito Santo há grande precariedade de equipes regulamentadas e as principais dificuldades encontradas estão relacionadas principalmente à remuneração e carência de conhecimento. Quanto à avaliação das equipes, as existentes apresentam uma série de discordâncias com as exigências expostas na lei, estando na maioria das vezes incompletas na composição e sem atingir as metas exigidas. Contrariamente, a qualidade dos insumos da terapia nutricional tanto enteral quanto parenteral, são de ótima qualidade; demonstrando que falta de recursos humanos e o cumprimento da legislação vigente é que dificultam o bom exercício com qualidade desta modalidade terapêutica.

Considerando que sonhar e recomeçar são verbos indissociáveis da vida, espera-se que estes dados possam ser úteis para possibilitar melhores condições no serviço prestado; e alertar para que se monitore a área que atuamos para que esta, não faça parte da geléia política que assola nosso país, que goza de boas intenções e determinações, mas comporta-se com indiferença ou permissividade ao descumprimento desses propósitos.

Diante dos resultados confrontados, sugere-se que alguns pontos de ação sejam importantes na contribuição para melhorias desta situação, a saber:

- a) necessidade de sensibilização pública, por meio de campanhas educativas que denunciem que a malnutrição hospitalar é um problema existente com prevalência alta e que essa mensagem seja difundida entre sociedade civil, grupos de pacientes, profissionais de saúde com apoio de suas sociedades de classe;
- b) desenvolvimento e implementação de *guidelines* nutricionais nacionais, o que já está ocorrendo no Brasil com a finalização do DITEN (Diretrizes Terapia Nutricional), entretanto, há necessidade de treinamento para manuseio;
- c) triagem nutricional mandatória nos hospitais, serviços de *home-care* e instituições asilares de longa permanência;
- d) estímulo à pesquisa nesse campo;

- e) treinamento dos profissionais da saúde, principalmente enfermagem quanto aos cuidados relacionados à nutrição;
- f) valorização dos profissionais que atuam na Terapia Nutricional mediante reconhecimento da sua importância e possibilidade de remuneração justa;
- g) fiscalização e controle das legislações já existentes, para que sejam praticadas e não apenas escritas.

O Brasil carece de investimentos e qualificação da gestão. Há ainda a necessidade de infraestrutura adequada e de implantar uma carreira de Estado para o SUS, que traga condições de trabalho com remuneração digna aos seus profissionais, com perspectivas de progressão e educação continuada (D'AVILA, 2011). Caminhos semelhantes percorrem os profissionais em algumas instituições privadas, realizando uma espécie de trabalho escravo para as operadoras de saúde. Além disso, as equipes de profissionais da saúde são cada vez mais desviadas da assistência direta ao paciente para cumprimento de questões de ordem burocrática, necessárias para a manutenção da "qualidade" dos serviços prestados. As causas do vazio assistencial são multifatoriais e exigem adoção de um conjunto de medidas, a partir de amplo debate com a sociedade. Cabe aos profissionais da saúde para se defenderem: cumprir as resoluções dos conselhos regionais e federais, denunciarem ao Ministério Público, aos conselhos e aos demais órgãos de saúde as práticas econômicas abusivas, e as condições de trabalho inadequadas e exigir que tanto o Ministério Público quanto as entidades de classe atuem efetivamente em defesa e a favor da boa prática (GUIMARÃES, 2011).

Neste ponto de intersecção entre a prática e a legislação relacionada à terapia nutricional há vários caminhos a serem percorridos, e pode-se escolher ajustar ou não a realidade mostrada; entretanto, entre a Bíblia e o Alcorão, destaca-se a Constituição que é bem clara ao declarar: Alimentação é direito fundamental do cidadão e dever do Estado.

## 7 REFERÊNCIAS

AGRAWAL, S. et al. Nutritional and vitamin status of non-healing wounds in patients attending a tertiary hospital in India. **J Dermatol**, v. 20, n. 30, p.98-103, 2003.

ARAÚJO, C. L. C. et al. **Dicionário médico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooghan, 1996.

BARKER, D. J. P. et al. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. **Clin Nutr**, v. 54, n. 25, p. 187-95, 2006.

BEIRANGÊ, H. **Justiça condena laboratório a indenizar famílias**. Campinas. 1997. Disponível em: < <http://www.rac.com.br/noticias/campinas-e-rmc/78509/2011/03/22/justica-condena-laboratorio-a-indenizar-familias.html>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

BENGMARK, S. Acute and chronic phase reaction: a mother of disease. **Clin Nutr**, v. 23, n.6, p. 1256-66, 2004.

BISTRAN, B. R.; BLACKBURN, G. L.; HALLOWELL, E.; HEDDLE, R. Protein status of general surgical patients. **JAMA**, v. 230, p.858-60, 1974.

BISTRAN, B. R. et al. Prevalence of malnutrition in general medical patients. **JAMA**, v. 235, p. 1567-70, 1976.

BISTRAN, B. R. Role of the systemic inflammatory response syndrome in the development of protein-calorie malnutrition in ESRD. **Am J Kidney Dis**, v. 32, n. 4, p. 113-7, 1998.

BRAGA, X. et al. Does immunonutrition in patients with sepsis do more harm than good?. **JAMA**, v. 22, n. 7, p. 280-7, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 12. Ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 1999.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos e Culturais. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Estabelece as definições, princípios, diretrizes, objetivos e composição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISVAN). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16. Set. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 272 de 08 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Parenteral. Brasília: ANVISA, 1998.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 337 de 14 de abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: ANVISA, 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução RDC n. 63. 06 de julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: ANVISA, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 131, de 08 de março de 2005. Define Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 135, de 08 de março de 2005. Altera a tabela de serviços de Terapia Nutricional. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 343, de 07 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Brasília: ANVISA, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 120 de 14 de abril de 2009. Regulamenta a definição de unidades de tratamento de alta complexidade em Terapia Nutricional. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução Normativa n. 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e eventos em saúde. Brasília: ANVISA, 2010.

BROWN, R. O. et al. Enteral nutritional support management in a university teaching hospital: team vs non-team. **J Parent Ent Nutr**, ano1, v.11, p.52-6, 1987.

BRUGLER, L.; DIPRINZIO, M.; BERNSTEIN, L. The five-year evolution of a malnutrition treatment program in a community hospital. **J Quality Improvement**, v. 25, n.4, p. 191-206, Apr. 1999.

CARNEIRO, H. **Comida e sociedade**: uma história da alimentação. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CASTRO, J. **Geopolítica da fome**: ensaios sobre os problemas de alimentação e de população do mundo. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1968.

CHRISANDERSON, D. et al. Metabolic complications of total parenteral nutrition: effects of a nutrition support service. **JPEN**, v.20, n. 3, p. 206-210, 1996.

COELHO, A. K.; ROCHA, F. L.; FAUSTO, M. A. Prevalence of undernutrition in elderly patients hospitalized in a geriatric unit in Belo Horizonte, MG, Brazil. **Nutrition**, v. 22, n. 10, p. 1005-11, Oct. 2006.

CORREIA, M. Desnutrição hospitalar: ontem, hoje e amanhã. **Informativo da SBNPE**, ano 8, n. 44, p. 6-7, 2003.

CORREIA, M.; CAMPOS, A. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the multicenter ELAN study. **Nutrition**, n.19, p. 823-5, 2003.

CORREIA, M.; WAITZBERG, D. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. **Clin Nutr**, v. 21, n. 5, p.235-9, 2003.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e política**: a dualidade poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1994.

CRUZ, C.; RIBEIRO, U. **Metodologia científica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

D'AVILA, R. L. Palavra do presidente do CFM. **Rev Cons Fed Med**, Brasília, ano. 26, n. 195, 2011.

DSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

DURÁN, C. V. **Obligaciones derivadas del derecho a la alimentación en el Derecho Internacional**. Córdoba: 2007. Disponível em: <[http://www.cehap.bellinux.net/IMG/doc/Carlos\\_Villan.doc](http://www.cehap.bellinux.net/IMG/doc/Carlos_Villan.doc)>. Acesso em: 11 out. 2007.

EIDE, A. **Origin and historical evolution of the right to food**. Córdoba: 2007. Disponível em: <[http://cehap.bellinux.net/IMG/doc/Cordoba\\_presentation\\_final\\_EIDE.doc](http://cehap.bellinux.net/IMG/doc/Cordoba_presentation_final_EIDE.doc)>. Acesso em: 31 ago. 2008.

FAINTUCH, J. et al. Propriedades antiinflamatórias da farinha de linhaça em pacientes obesos. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 21, n.4, p. 273-7, 2006.

FOME atinge 17% das crianças no nordeste. 2006. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=337435>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

FREITAS, M. C. S. **Agonia da fome**. Salvador: EDUFBA; FIOCRUZ, 2003.

GABAY, C.; KUSHNER, I. Acute-phase proteins and other systemic responses to inflammation. **N Engl J Med**, v. 340, n. 6, p. 448-54, Feb. 1999.

GASPARINI, B. **Biotecnologia e direitos humanos**: o direito humano a se alimentar, soberania alimentar e transgênicos. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5785>>. Acesso em: 30 ago. 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. 3. ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Record, 1999.

GOLDSTEIN, M. The medical and financial costs associated with termination of a nutrition support nurse. **JPEN**, v. 24, n. 6, p. 24-323, 2000.

GONÇALVES, S. E. Breve história do direito alimentar. **Rev Ciênc Juríd Soc Unipar**, Parana, v. 5, n. 1, p. 5-23, jan. 2002.

GOULART, A. C. D. **Avaliação nutricional**: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007.

GUIGOZ, Y.; LAUQUE, S.; VELLAS, B. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assesment. **Clin Geriatr Med**, v. 18, p. 737-57, 2002.

GUIMARÃES, A. Tabela de honorários não é formação de cartel. **J CRM-ES**, ano 13, n. 62, 2011.

HASSEL, J. T. et al. Educating high-risk Minnesotans about dietary fats, blood cholesterol, and heart disease. **J Am Diet Assoc**, v. 94, n. 6, p.659-60, 1994.

HILL, G. L. et al. Malnutrition in surgical patients: an unrecognised problem. **The Lancet**, v. 1, n. 8013, p. 689-92, mar.1977.

HISSA, M. et al. O impacto do estado nutricional na evolução de pacientes hospitalizados em instituições privadas no Rio De Janeiro. **Boletim do Capítulo Rio de Janeiro da SBNPE**, ano 9, n. 24, p. 5-7, 2007.

JOHNSON, D. G. **A crise de alimentos**. Rio de Janeiro: Atlântida, 1975.

JORGE FILHO, I. A ética e a bioética na terapia nutricional. **Informativo da SBNPE**, ano 7, n. 40, 2002.

LIMA, M. C. Raízes da miséria no Brasil: da senzala à favela. In: LIMA, J. R J. B.; ZETTERSTROM, L. (Orgs.). **Extrema pobreza no Brasil**: a situação do direito à alimentação e moradia adequada. São Paulo: Loyola, 2002. p. 23

LOPES, A. M. D.; CHEHAB, I. M. C. V. A implementação do direito fundamental a alimentação adequada no estado democrático de direito brasileiro. In: COMPENDI, 17., 2008, Salvador, **Anais...**, Salvador, 2008, p. 1913-27.

MAGNONI, D; EMED, T. C. S; KRONBAUER, A. Mini-Avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 3, jul./set. 2006.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do partido comunista**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MEGUID, M. M.; DEBONIS, D.; MEGUID, V. Complications of abdominal operations for malignant disease. **Am J Surg**, v. 156 n. 5, p.341-5, Nov. 1988.

MOTA, E. M. et al. The influence of poor nutrition on the necessity of mechanical ventilation among children admitted to the Pediatric Intensive Care Unit. **J Ped**, v. 78, n.5, p. 41-57, 2002.

A NECESSIDADE da bioimpedanciometria na prática nutrológica diária. **Boletim Brasileiro de Nutrologia**, ano 5, n. 23, 2011.

NUNES, A. J. A. **Neoliberalismo e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

O'LEARY-KELLEY, C. M.; HEYLAND, D.; COOK, D. J. Enteral nutrition in the critically ill. **Crit Care Med**, ano 29, v. 35, n. 7, p. 204-205, 2001.

OMRAN, M. L.; MORLEY, J. E. Assessment of protein energy malnutrition in older persons. Part I: history, examination, body composition, and screening tools. **Nutrition**. v. 40, n.16, p. 131-40, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Comentário Geral nº. 12**: o direito humano à alimentação. Disponível em: <<http://www.abrandh.org.be/downloads/comentario12.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Declaração Universal Dos Direitos Humanos**. Disponível em: <[http://www.oas.org/dil/port/1948% 20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf](http://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2010.

ORNELLAS, L. H. **Alimentação através dos tempos**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2003, p.11.

OSMO, H. Novas legislações em terapia nutricional. **Informativo da SBNPE**, ano 9, n. 56, 2005.

PABLO, A.; IZAGA, M.; ALDAY, L. Assesment of nutritional status on hospital admission: nutritional scores. **Eur J Clin Nutr**, v. 57, p.57-824, 2003.



PETTIGREW, R. A.; HILL, G. L. Indicators of surgical risk and clinical judgement. **Br J Surg**, v. 73, n.1, p. 47-51, 1986.

PINTO, M. M. A questão judaica e a crítica de Marx à ideologia dos direitos do homem e do cidadão. **Controvérsia**. São Leopoldo, v. 2, n.2, jul./dez. 2006.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 9. ed. São Paulo: Max Limonad, 2008.

PIOVESAN, F. **Temas de direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

POOLE, H. (Org.). **Direitos humanos: referências essenciais**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007.

POWERS, D. et al. Nutrition support team vs non team management of enteral nutrition. **JPEN**, v. 10, p. 635-8, 1986.

REILLY, J. et al. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. **JPEN**, n.12, p.371-376, 1988.

ROUSSEAU, J. J. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. São Paulo: Martins Claret, 2006.

SALTZMAN, E.; MOGENSEN, K. M.; HASSOUN, P. **Malnutrition in the intensive care unit**. ASPEN, 2002.

SARMENTO, D. **Direitos fundamentais e relações privadas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008, p. 26.

SCHENKER, S. Undernutrition in the UK. **Br Nutr Foundation Nutr Bulletin**, v. 28, n. 1, p. 87-120, 2003.

SCHUTT, R. K. **Investigating the social world: the process and practice of research**. 2nd ed. Local: Pine Forge Press, 1999.

SHEFFNER, S. E. et al. Nutritional support of the hospitalized patient. **J Parenter Enteral Nutr**, v. 39, n. 10, p. 635-638, 1986.

SIEYÈS, E. J. **Que é o terceiro estado?** – a constituinte burguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Liber Juris, 1988.

SILVA, J. R. S; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev Bras Hist Ciên Soc**, v.1, n.1, julho, 2009.

SILVA, L. F. **Uso da mini avaliação nutricional para o diagnóstico de desnutrição e risco de desnutrição de idosos residentes em instituições de longa permanência.** 2005. 175f. Dissertação (Mestrado em Nutrição). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2005.

SILVA, J. P. **Avaliação nutricional em crianças internadas em hospitais públicos do Estado do Espírito Santo:** atuação da equipe multidisciplinar de terapia nutricional. 2010. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SINGER, P. A cidadania para todos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs). **História da cidadania.** São Paulo: Contexto, 2003, p. 193

STOP disease-related malnutrition and diseases due to malnutrition!. **Nutrition-News**, p. 1-3, 2009.

STOTZ, E. N. Pobreza e capitalismo. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.). **Para compreender a pobreza no Brasil.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2005, p. 55.

STUDLEY, H. Percentage of weight loss. A basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. **JAMA**, v.106, p. 458-500, 1936.

SULLIVAN, D.; BOPP, M.; ROBERSON, P. Protein-energy undernutrition and life-threatening complications among hospital elderly. **J Gen Intern Med**, v. 17, n.12, p. 923-32, 2002.

TAVARES, G. M.; MANNATO, L. W. ; ARAÚJO, L. C. Estado nutricional de idosos internados numa unidade geriátrica num hospital no Município da Serra-ES. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 17; 2010, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: SBG, 2010.

TAVARES, G. M. et al. Perfil nutricional de pacientes idosos num hospital geral da rede privada no município da Serra- ES. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 17; 2010, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: SBG, 2010.

TAVARES, G. M. E. T. Perfil nutricional de pacientes idosos num hospital geral da rede privada no município da Serra- ES. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y POBREZA, 3; 2010, Montevideo, **Anais...** Montevideo: 2010.

THOMAS, D. R. et al. Malnutrition in subacute care. **Am J Clin Nutr**, v. 75, n.2, p. 308-13, 2002.

TIENBOON, P. Nutrition problems of hospitalized children in a developing country: Thailand. **Asia Pacific J Clin Nutr**, v.4, n.62, p. 258-262, 2002.

TRINDADE, J. D. L. **História social dos direitos humanos**. 2. ed. São Paulo: Peirópolis, 2002.

TRUJILLO, E. B. Metabolic support service, Brigham and women's Hospital and Harvard Medical. **J Parent Enteral Nutr**, v. 23, n. 24, p. 109-13, 1999.

Tucker, H. N.; Miguel, S. G. Cost containment through nutrition intervention. **Nutr Rev**, v.54, n. 4, pt.1, p.111-21, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Guia para normalização de referências**: NBR 6023:2002. 3. ed. Vitória, ES: A Biblioteca, 2005.

\_\_\_\_\_. **Normalização e apresentação de trabalhos científicos e acadêmicos: guia para alunos, professores e pesquisadores da UFES**. 7. ed. Vitória, ES: A Biblioteca, 2005.

VALENTE, F. S. L. et al. **Direito humano à alimentação adequada**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

\_\_\_\_\_. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. In: VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 2002, p. 38.

VAN NES, M. C. et al. Does the mini nutritional assesment predict hospitalization outcomes in older people?. **Brit Geriatrics Soc**, v.3, n.30, p. 221-6, 2001.

VERAS, R. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2463-6, 2007.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.2, p.1-5, 2008.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar - IBRANUTRI: proposta para tratamento da desnutrição hospitalar no Brasil. **Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral-SBPNE**. São Paulo, 1996.

WILMORE, D. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

YAMATTO, T. H. ; BARRETO, G. P.; NAJAS, M. S. Risco nutricional de idosos admitidos em unidade hospitalar geriátrica. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 15. Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia, 2. e o IV Encontro das Ligas de Geriatria e Gerontologia, 4; 2006, **Anais...** Goiânia: SBG, 2006.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – PORTARIA CONJUNTA SE/SAS N. 38 DE SETEMBRO DE 1999

O Secretário Executivo e o Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, por meio do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar - IBRANUTRI sobre a avaliação da desnutrição no Brasil;

Considerando o alto índice de desnutrição em pacientes hospitalizados;

Considerando a necessidade de se diminuir o tempo de permanência hospitalar, os índices de morbidade e mortalidade e o custo associado à desnutrição, e

Considerando que os estudos do IBRANUTRI, em relação ao custo benefício da Terapia de Nutrição na Assistência Integral à Saúde, demonstram que cada R\$ 1,00 (um real) investido em terapia nutricional gera R\$ 4,13 (quatro reais e treze centavos) de economia, resolve:

Art. 1º - Incluir, na Tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, os procedimentos:

Código	Nome do Procedimento	Valor(R\$)	Quant.
99.300.02-8	Nutrição Enteral em Pediatria (aplicação/dia)	40,00	31
99.500.02-7	Nutrição Enteral em Adulto (aplicação/dia)	20,00	31

Art. 2º - Definir que a Terapia de Nutrição Enteral poderá ser indicada, preferencialmente, nos casos de pacientes distróficos portadores de disfunções orgânicas, infecções, doenças oncológicas e cirúrgicas, transplantes e recém-nascidos de muito baixo peso.

Art. 3º - Estabelecer que os procedimentos de que trata esta Portaria poderão ser realizados por serviços habilitados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 337, de 14 de abril de 1999.

Art. 4º - Determinar que a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - EMTN será responsável pela normatização da indicação da Terapia de Nutrição Enteral.

Art. 5º - Definir que a avaliação da fórmula indicada para aplicação da Terapia de Nutrição Enteral deverá ser normatizada pela EMTN, conforme item 3.4 da Portaria SVS/MS nº 337/99.

Art. 6º - Definir que o procedimento de Terapia de Nutrição Enteral, para efeito de preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, deverá ser lançado no Campo de Procedimentos Especiais.

Art. 7º - Determinar que caberá ao gestor o acompanhamento dos índices de aplicação da Terapia de Nutrição Enteral, tendo em vista o seu baixo custo, menores complicações associadas e diminuição da necessidade de controles clínicos/laboratoriais.

Art. 8º - Esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

RENILSON REHEM DE SOUZA

**ANEXO B - PORTARIA N. 343/GM, DE 7 DE MARÇO DE 2005**

Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e  
Considerando a necessidade de definição de Terapia Parenteral e Enteral, no âmbito hospitalar no Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade de organizar a assistência hospitalar aos pacientes com deficiência nutricional, com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde;

Considerando a necessidade do estabelecimento de um sistema de regulação, controle e avaliação da terapia nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de implantação de Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional, de Indicação de Terapia Nutricional e Acompanhamento desses pacientes;

Considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente o controle e a implantação de serviços hospitalares e de estabelecer critérios e rotinas para credenciamento de serviços no atendimento da terapia nutricional, por meio de procedimentos considerados de alta complexidade;

Considerando que essa assistência exige uma estrutura hospitalar, com área física adequada, equipe multiprofissional nas áreas de terapia enteral e parenteral e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;

Considerando que a Terapia Parenteral e Enteral, quando devidamente indicada, é fundamental para a diminuição da morbi-mortalidade hospitalar;

Considerando a Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 272, de 8 de abril de 1998, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral;

Considerando que a Terapia Parenteral e Enteral é importante para a diminuição do tempo de permanência das internações, e

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63, de 6 de julho de 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral,



## R E S O L V E:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, mecanismos para a organização e implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Parágrafo único. A assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional será composta por:

- I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional; e
- II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Art. 2º Determinar que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional proporcionem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência hospitalar e especializada a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização.

Parágrafo único. As aptidões e atribuições das Unidades e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS em ato próprio.

Art. 3º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/01 - 2002, adotem as providências necessárias ao credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

Art. 4º Criar a “Câmara Técnica em Terapia Nutricional”, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação do disposto nesta Portaria.

Art. 5º Estabelecer o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a regulamentação dos seguintes instrumentos de gestão:

- I - Banco de Dados dos Usuários de Terapia Nutricional; e

II - Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional, Protocolos de Indicação de Terapia Nutricional e de Protocolos para o Acompanhamento dos Pacientes em Terapia Nutricional.

Art. 6º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde adote as medidas necessárias à implantação do disposto nesta Portaria.

Art. 7º Estabelecer que os processos de solicitação de habilitação dos estabelecimentos de saúde para realização dos procedimentos em Terapia Nutricional devam ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB e encaminhados para apreciação da Coordenação-Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada - DAE/SAS.

Art. 8º Estabelecer que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População nos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada;

II - 10.302.1220.8587 - Atenção à Saúde da População nos Municípios não-habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados não-habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência março de 2005, revogando a Portaria SAS/MS nº 420, de 6 de novembro de 2000, e a Portaria conjunta SE/SAS nº 38, de 29 setembro de 1999.

HUMBERTO COSTA

**ANEXO C - PORTARIA N. 120, DE 14 DE ABRIL DE 2009**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,  
Considerando a Portaria GM/MS nº 343, de 07 de março de 2005, que institui mecanismos para a organização e implantação de Unidades de Assistência e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2529, de 19 de outubro de 2006, que regula a Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de conceituar as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, bem como determinar seus papéis na atenção à saúde e as qualidades técnicas necessárias ao bom desempenho de suas funções;

Considerando a necessidade de atualizar o sistema de credenciamento/habilitação e adequá-lo à prestação dos procedimentos de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;

Considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente o controle e a implantação de serviços hospitalares e de estabelecer critérios e rotinas para credenciamento/habilitação de serviços no atendimento para a assistência nutricional, por meio de procedimentos considerados de alta complexidade;

Considerando a necessidade de estabelecer uma nova conformação para a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, para a Assistência em Terapia Nutricional de Alta Complexidade;

Considerando a necessidade de garantir, aos pacientes em risco nutricional ou desnutridos, uma adequada assistência nutricional, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas específicas, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma dos Anexos desta Portaria:

I. Anexo I: “Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral”;

II. Anexo II: “Formulário de Vistoria do Gestor, com Relatório da VISA local”;

- III. Anexo III: “Relação dos procedimentos em Terapia Nutricional da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS”;
- IV. Anexo IV: “Parâmetros para Composição de Teto Financeiro em Terapia Nutricional”;
- V. Anexo V – Tabela de Serviço/Classificação do SCNES de Terapia Nutricional, com CBO/2002 (Código Brasileiro de Ocupação);
- VI. Anexo VI A e B – Relação de hospitais habilitados em Terapia Nutricional, nos respectivos Estados.

Art. 2º - Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, suas competências e qualidades.

§1º - São Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação.

§2º - São Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, as unidades hospitalares que, além de preencherem os critérios do §1º deste artigo, executem ações de triagem e avaliação, indicação e acompanhamento nutricional, de manipulação/fabricação, dispensação e administração da fórmula enteral e/ou parenteral necessária, e que possuam as seguintes características:

- I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007;
- II. Estar integrado com o sistema local e regional do SUS que permita exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, aos gestores na Política Nacional de Terapia Nutricional;
- III. Dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos em terapia nutricional;
- IV. Ter estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

V. Ter estrutura para subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo - efetividade tecnológica.

Art. 3º - Determinar que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional poderão prestar atendimento em:

- I – Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral;
- II – Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral e Parenteral;

Art. 4º - Estabelecer que o Centro de Referência deve prestar serviço de consultoria ao gestor e a outros estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência, tendo as seguintes atribuições na sua área de atuação técnica, sendo obrigatório o atendimento em Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral e Parenteral:

- I. Assessorar na implantação das Condutas de "Triagem e Avaliação Nutricional", de "Indicação de Terapia Nutricional" e de "Acompanhamento do Paciente em Terapia Nutricional";
- II. Prestar consultoria orientando a avaliação, a prescrição e o acompanhamento do paciente;
- III. Oferecer capacitação aos serviços que compõem a rede, identificados pelo gestor local;
- IV. Subsidiar as ações do gestor na regulação, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- V. Dispor de mecanismos de acompanhamento e avaliação de qualidade de serviço prestado;
- VI. Subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento de acordo com as diretrizes desta estabelecidos nesta Política e de educação permanente do SUS.

Art. 5º - Determinar que na definição dos quantitativos e da distribuição geográfica dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, os gestores do Sistema Único de Saúde devem utilizar os seguintes critérios:

- I. Ter base territorial de atuação definida;

- II. População a ser atendida, conforme os parâmetros utilizados na Programação Pactuada Integrada - PPI;
- III. Necessidade de cobertura assistencial;
- IV. Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência;
- V. Capacidade técnica e operacional dos serviços;
- VI. Série histórica de atendimentos realizados.

Art. 6º - Definir que os Gestores Estaduais serão responsáveis pelo envio à Coordenação-Geral da Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS, a relação dos Centros de Referência devidamente credenciados, conforme o disposto nesta Portaria.

§1º Todos os serviços credenciados em conformidade com normatizações anteriores deverão estar de acordo com o estabelecido no Anexo I desta Portaria.

§2º Cabe à Coordenação-Geral de Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde – CGAC/DAE/SAS/MS, habilitar os Centros de Referência credenciados pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Art. 7º - Instituir que os Centros de Referência que descumprirem o disposto nesta Portaria serão desabilitados pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS.

Art. 8º - Definir que, para efeitos desta Portaria, entende-se por nutrição enteral aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia.

§ 1º - A fórmula nutricional completa referida no caput deste artigo exclui qualquer tipo de dieta artesanal e semi-artesanal, conforme definido na Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no 63, de 06 de julho 2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

§ 2º - As dietas artesanais ou semi-artesanais administradas por sondas, a partir de maltodextrina, caseína, leite ou proteína de soja, ovo, gordura, etc., em pacientes com trato digestivo íntegro, mas com déficit de deglutição, estão com seus valores inseridos nos Serviços Hospitalares-SH, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

§ 3º - As dietas artesanais e/ou semi-artesanais deverão ser incentivadas naqueles pacientes sob cuidados e/ou internação domiciliar.

§ 4º - O valor de qualquer fórmula nutricional administrada por via oral está inserido no componente Serviços Hospitalares - SH da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

§ 5º - Em neonatologia, a administração de alimentos, leite materno ou fórmula láctea infantil por via nasogástrica ou nasoenteral, devido à incapacidade fisiológica de sugar ou ingerir o volume necessário, compõe o valor das diárias de UTI neonatal.

§ 6º - O período de 30 (trinta) dias de neonatologia poderá ser estendido por até 99 (noventa e nove) dias, de acordo com a prematuridade do recém-nascido, cabendo ao gestor local autorizar a liberação de quantidade nos procedimentos de Nutrição Enteral e/ ou Parenteral em Neonatologia.

Art. 9º - Definir que, para efeitos desta Portaria, entende-se por nutrição parenteral aquela administrada por via intravenosa, sendo uma solução ou emulsão composta obrigatoriamente de aminoácidos, carboidratos, vitaminas e minerais, com ou sem administração diária de lipídios, para suprir as necessidades metabólicas e nutricionais de pacientes impossibilitados de alcançá-la por via oral ou enteral.

Art. 10º - Quando for utilizado o acesso de veia central para a instalação de nutrição parenteral, deve ser utilizado o código 04.15.04.001-9 - Cateterismo de Veia Central por Punção.

Art. 11º - Estabelecer que na administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independente da faixa etária, será remunerada a terapia de maior valor, ou seja, a parenteral.

Parágrafo Único. Os procedimentos 03.09.01.007-1, 03.09.01.008-0 e 03.09.01.009-8, relacionados à nutrição parenteral, são excludentes para cobrança, com os procedimentos 03.09.01.004-7, 03.09.01.005-5 e 03.09.01.006-3 relacionados à nutrição enteral.

Art. 12º - Quando a indicação de nutrição enteral, for por período de até 05 (cinco) dias, a via de acesso preferencial será o cateter naso-gástrico.

Art. 13º - O valor dos Serviços Hospitalares – SH que integram os procedimentos constantes no Anexo III desta Portaria, corresponde ao valor de todos os componentes, insumos, dietas, fórmulas, materiais especiais e os recursos humanos que forem necessários ao estabelecimento da terapia nutricional.

Art. 14º - As unidades credenciadas para executar Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional deverão submeter-se à regulação, controle e avaliação do gestor do SUS.

Art. 15º - Excluir da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os procedimentos de códigos a seguir relacionados:

Código	Descrição
0301100 160	Sondagem enteral
0309010 020	Cateterismo de veia central em pediatria (inclui duplo lumem)
0309010 012	Cateterismo de veia central (duplo Lumem)

Art. 16º – As Empresas Prestadoras de Bens e/ou Serviços contratadas pelos hospitais – EPBS deverão estar autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em conformidade com a Portaria SVS/MS nº 272/98, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Parenteral e a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 63/2000, que aprova o Regulamento Técnico da Nutrição Enteral.

Art. 17º – Redefinir os valores dos seguintes procedimentos:

Código	Procedimento	Total Ambulatorial	SP	SH	Total Hospitalar
03.09.0 1.006-3	Nutrição Enteral em Pediatria	0,00	0,00	18,00	18,00
03.09.0 1.005-5	Nutrição Enteral em Neonatologia	0,00	0,00	18,00	18,00



Art. 18º – Os estabelecimentos habilitados em Terapia Nutricional, conforme normas de credenciamento/habilitação descritas no Anexo I desta Portaria, deverão estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, dispondo do Serviço 136 e suas respectivas classificações, conforme Anexo V desta Portaria.

Art. 19º– Os estabelecimentos que não constarem do Anexo VI a) e b) desta Portaria e que já realizavam terapia nutricional por normativos anteriores estarão autorizados por 12 meses, a contar da data da publicação desta Portaria.

Parágrafo Único – Durante o prazo estabelecido neste Artigo as Secretarias de Estado da Saúde devem instruir processo do hospital e encaminhá-lo à Coordenação-Geral da Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada – DAE/SAS/MS, para avaliação e publicação de Portaria de habilitação.

Art. 20º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência fevereiro de 2009.

Art. 21º – Ficam revogadas as Portarias SAS/MS nº 97, de 14 de fevereiro de 2006, SAS/MS nº 304, de 03 de maio de 2006, SAS/MS nº 135 de 08 de março de 2005, SAS/MS nº 224 de 23 de março de 2006, e SAS/MS nº 217, de 16 de abril de 2008.

ALBERTO BELTRAME  
SECRETÁRIO

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – Entrevista Estruturada

### ENTREVISTA ESTRUTURADA

#### 1. Identificação:

-Nome da instituição:

-Endereço:

-Entrevistado:

-Cargo do entrevistado:

-Características da instituição:

terapia intensiva

clínica médica

clínica cirúrgica

pediatria

ginecologia e obstetrícia

#### 2. EMTN:

-Presença de EMTN:

sim  não

-Identificação da EMTN

-Coordenador:

-Membros da EMTN e especialidades:

-Presença de especialista pela SBNPE ou ABRAN:

-Profissionais da EMTN:

nutricionista

nutrólogo

médico não especialista em Nutrologia e/ou Terapia Nutricional

farmacêutico

enfermeiro

outros

- Forma de atuação:

- visita diária
- visita 2x/semana
- visita pela equipe completa
- visita incompleta
- visita por apenas um profissional

3. Terapia Nutricional:

-Terapia Nutricional:

- nutrição enteral
- nutrição parenteral
- suplemento oral
- mais de uma das opções acima

4. Nutrição enteral:

- sistema aberto
- sistema fechado
- artesanal
- industrializada
- pó
- líquida
- terciarizada
- padrão
- especializada
- gravitacional
- bolus
- intermitente
- bolus
- contínua
- bomba de infusão

5. Nutrição parenteral:

- manipulada
- pronta pra uso

- terciarizada
- padrão
- especializada

#### 6. Assistência Nutricional:

##### -Avaliação nutricional:

- clínica
- ASG
- bioquímica
- bioimpedância
- antropometria
- outros

##### -Atividades regulares:

- reuniões semanais
- reuniões mensais
- reuniões esporádicas

##### -Produções:

- protocolos
- publicações
- informativos
- cursos
- treinamentos internos
- treinamentos externos
- aulas
- trabalhos em congressos

## APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE MONITORAMENTO DE SEGURANÇA DOS DADOS

Eu, **Gilmária Millere Tavares**, tenho conhecimento e cumprirei os requisitos da Resolução ,l....., 0063196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Como responsável pela pesquisa **“Assistência Nutricional Hospitalar: uma avaliação”** comprometo-me a manter a privacidade dos dados coletados, preservando integralmente o anonimato das instituições e da equipe de saúde envolvida no atendimento prestado. Estou ciente de que os dados obtidos poderão ser utilizados para o projeto ao qual se veiculam e serão divulgados apenas em publicações ou eventos científicos, sem identificação dos sujeitos da pesquisa.

Vitória, 18 de abril de 2010.

Gilmária Millere Tavares  
RG: 853.222 ES

**APÊNDICE C - Declaração de que a pesquisa não foi iniciada antes do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

Eu, Gilmária Millere Tavares, responsável pela pesquisa “**Assistência Nutricional Hospitalar: uma avaliação**” declaro que a mesma será iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Vitória, 18 de abril de 2010.

Gilmária Millere Tavares

RG: 853.222 - ES

## APÊNDICE D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).



### Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)

#### Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Protocolo Nº: 074/2010	Data de Entrada: 23/04/2010	Data do Parecer: 25/05/2010
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Grupo da Área Temática (segundo a Folha de Rosto do MS):</b> Grupo III: fora da área temática especial
--

<b>Título do Projeto:</b> Adequado Assistência Nutricional Hospitalar no Espírito Santo: uma avaliação
<b>Comentário:</b>

<b>Pesquisador Responsável:</b> Gilmária Millere Tavares
--

<p><b>Sumário e objetivos do Projeto:</b> O presente trabalho se propõe a estudar a assistência nutricional hospitalar prestada nos hospitais do Espírito Santo. Essa pesquisa pretende conhecer a realidade da Terapia Nutricional no nosso estado, quais os profissionais envolvidos com essa modalidade de abordagem terapêutica, como eles atuam, se conhecem a legislação a respeito dessa especialidade e quais obstáculos encontram para sua real aplicabilidade. A necessidade de triagem e intervenção nutricional no intra-hospitalar já está bem caracterizada, e para tal existem, há mais de 10 anos, leis que norteiam esse serviço tanto em hospitais públicos, como em privados. A correta abordagem nutricional reflete na redução de complicações, na diminuição do tempo de internação, na menor morbimortalidade e obviamente, na redução dos custos hospitalares. Entretanto, na prática, existem várias dificuldades para a sistematização dessa assistência nutricional, e é esse problema que os autores pretendem entender e propor soluções, mediante a identificação das barreiras que impedem sua adequada execução. Para tal, farão um estudo de natureza exploratória, observacional e quantitativo, que incluirá pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e aplicação de uma entrevista em hospitais do Espírito Santo que tenham mais de 100 leitos.</p> <p><b>Objetivo geral:</b> Estudar a assistência nutricional hospitalar no estado do Espírito Santo.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> 1- Mapear a assistência nutricional hospitalar no Espírito Santo. 2- Verificar a prevalência da assistência nutricional regulamentada. 3- Estudar as condições da assistência nutricional ofertada nos hospitais do nosso estado. 4- Identificar o nível de informação dos profissionais da área sobre o dever do Estado de fornecer insumos nutricionais aos indivíduos com indicação de uso, assim como a assistência técnica.</p>
---

<b>Autores, Local e Condições da Pesquisa</b>	<b>Parecer</b>
1. Autores	Adequados
2. Local da instituição de origem	Emescam
a) Projeto elaborado por patrocinador	Não
b) Projeto aprovado no país de origem	Não necessita
3. Local de realização da maior parte da pesquisa	Outro Hospital ou Serviço de Saúde
4. Condições de realização da pesquisa	Adequadas