

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MONOGRAFIA

**NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM PACIENTES
ASSISTIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

JANE LÚCIA OSWALD TULIO

**CURITIBA-PR
2004**

JANE LÚCIA OSWALD TULIO

NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM PACIENTES ASSISTIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Monografia apresentada ao curso de
Nutrição, como requisito final de conclusão do
curso de Nutrição Clínica, Pós-Graduação da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Maria Eliana M. Schieferdecker

Curitiba, setembro 2004

AGRADECIMENTO

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que de um modo contribuíram para o meu aprendizado. Elas são minha família, minha orientadora querida que nunca negou um sorriso, à grande amiga e companheira Ângela Cristina que me deu apoio e condições para que eu concluísse este trabalho. Enfim a todos que indiretamente me propiciaram este prazer em contribuir para a sociedade, um pouco de mim. Obrigado!

MENSAGEM

No Brasil como em outros países a condição humana ainda se faz frágil perante o estrago da mão do homem que não mede conseqüências para dominar as máquinas e sobressair numa sociedade cega e fria muitas vezes. Os sentimentos são negados e a integralidade é cortada, e o funcionamento é danificado. As emoções não chegam ao funcional e este não gera mais fluído para novos inventos e grandiosas descobertas capazes de mudar o mundo em seus conceitos e aflições. A Deus confio o poder dos homens, amém.

(Autora)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	2
2 OBJETIVO.....	4
2.1 OBJETIVO GERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
3.1 TERAPIA NUTRICIONAL.....	5
3.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL.....	6
3.3 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR.....	8
3.4 SUS NO BRASIL.....	10
4 METODOLOGIA.....	15
4.1 LEVANTAMENTO DE DADOS.....	15
5 RESULTADO.....	16
5.1 DISTRITOS SANITÁRIOS.....	16
5.2 DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	18
5.3 SEXO E FAIXA ETÁRIA.....	18
5.4 PROCEDÊNCIA.....	19
5.5 SOLICITAÇÃO DE EXAMES, TIPOS DE EXAMES E CONSULTAS.....	19
5.6 U.S. QUE VISITAM, REGISTRO DE REINTERNAMENTO.....	20
5.7 ACOMPANHAMENTO, PERÍODO DE ACOMPANHAMENTO.....	21
5.8 PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM.....	21
5.9 FORNECIMENTO DE ALIMENTO, ALIMENTO E QUANTIDADE/MÊS.....	21
6 DISCUSSÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas os avanços tecnológicos estão cada vez mais acelerados e com eles novas perspectivas na área da saúde. A sobrevivência da população cresce com novos recursos e as doenças crônicas degenerativas aumentam conseqüentemente. Os internamentos hospitalares por sua vez se fazem em maior número uma vez que a população está mais idosa e a sobrecarga de pacientes nas instituições particulares e principalmente as públicas são freqüentes.

Com a elevação da expectativa de vida, as doenças aumentam, as instituições superlotam, faltam leitos vagos e os recursos financeiros ficam escassos, pois, sabe-se que os custos são elevados nestes tratamentos e o tempo de internamento se faz muitas vezes além do necessário devido à falta de profissionais especializados.

A desnutrição hospitalar é visível, e a terapia nutricional hospitalar não consegue acompanhar o desenrolar deste inevitável acontecimento mundial, porque faltam profissionais com qualificação no estudo das ciências nutricionais para mudar este quadro crítico.

Segundo o IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar), a desnutrição em pacientes hospitalizados pelo SUS é de 48,1%, sendo 12,6% considerados graves, o que representa uma maior morbi-mortalidade em relação aos nutridos. A TN contribui nos tempos atuais com grande importância em relação ao custo-benefício hospitalar (Baxter, 2002; Watanabe, et al, 2002).

A terapia nutricional tem como benefícios, a melhor recuperação do paciente desnutrido, visa manter os tecidos e órgãos, preserva a integridade da mucosa intestinal, previne a translocação bacteriana, melhora a resposta imune, diminui a resposta inflamatória, e o risco de infecções hospitalares. (Andrade et al, 2002).

A indicação da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) contribui para diminuir as deficiências nutricionais tendo como vantagens satisfazer as necessidades nutricionais, diminuir o número de reinternamentos, favorecer o fator psicológico do paciente no seu convívio domiciliar contribuindo na sua melhor recuperação.

A atenção para o paciente deve ser individualizada, onde a realidade domiciliar difere das condições hospitalares, sendo os fatores sócio-econômicos e culturais determinantes na conduta dietética. A orientação do paciente, pela equipe de terapia nutricional domiciliar será a base para o sucesso do mesmo.

Entre as várias vantagens do atendimento nutricional domiciliar pode-se citar: a melhora da qualidade de vida do paciente, redução do estresse causado pelo ambiente e pela rotina do hospital, reforço do vínculo paciente-família-profissional e dependendo do estado geral, ele poderá vir a exercer alguma atividade profissional, ter maior independência financeira. O atendimento individualizado e humanizado da equipe multidisciplinar garante maior confiança, favorece o fator a adesão ao tratamento, propiciando uma melhor reabilitação (Augusto, et al, 2002; Andrade et al, 2002; Loeser et al, 2003).

O custo-benefício na TNED é vantajosa não só para o paciente como também para o hospital, em relação às complicações. O tratamento domiciliar tem custos significativamente menores quando comparadas aos dos pacientes internados ou reinternados. Através de um programa bem adequado por um pessoal bem treinado em TNED estaria diminuindo a incidência das complicações futuras. (Waitzberg, 2000; Waitzberg, Watanabe, 2001; Gómez, 2003).

Faz-se necessário uma visão mais abrangente no que diz respeito à “nutrição” uma vez que se a prevenção existir, a incidência de doenças, o número de internamentos hospitalares e o custo serão menores.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o número de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar assistido pelas Unidades Básicas de Saúde (US) de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a procedência hospitalar destes doentes;
- Verificar o procedimento de atendimento aos pacientes: exames, visitas do agente de saúde no domicílio, consultas nas US e acompanhamento;
- Investigar o número de reinternamentos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TERAPIA NUTRICIONAL

A ingestão de nutrientes constitui atividade essencial à manutenção da vida. A relação direta entre ingestão alimentar deficiente e doença foi, provavelmente, observada por nossos antepassados mais primitivos. Algumas das primeiras referências bibliográficas de que dispomos sobre a importância da terapia nutricional pertencem a Hipócrates (460-377 a.C.). O Cláudio Galeno (130-210 d.C.), cujos ensinamentos influenciaram o pensamento médico durante os quinze séculos seguintes, atribui-se a frase: "*A saúde depende da escolha dos alimentos*". (Oliveira, Moron, 1997;Oliveira, et al, 1998).

A nutrição desempenha um papel primário no crescimento, saúde e bem estar. Uma nutrição apropriada por toda a vida também pode prevenir, ou pelo menos retardar, o início de algumas doenças relacionadas à nutrição. (Krause, 1998)

Terapia Nutricional é uma modalidade de tratamento cujo objetivo é fornecer, de forma artificial, energia e nutrientes em quantidade e qualidade adequadas para suprir as necessidades diárias e para o tratamento específico de algumas doenças. Pode ser realizada por meio da nutrição parenteral (que consiste na reposição intravenosa de energia, na forma de glicose e lipídeos, de aminoácidos, além de água eletrólitos e micronutrientes como vitaminas e minerais), ou nutrição enteral (que consiste na infusão de uma dieta líquida nutricionalmente definida, administrada por meio de uma sonda colocada no estômago ou no intestino).

Os principais objetivos da terapia nutricional não são só de curar, e sim de corrigir, atenuar ou prevenir a subnutrição protéico-energética. Mais recentemente, com o avanço das novas dietas que contêm nutrientes específicos, a terapia nutricional tem sido cada vez mais indicada como modulador da resposta metabólica. Dessa forma, a terapia nutricional amplia suas indicações, não apenas limitando-se a prevenção e correção da subnutrição secundária a doenças debilitantes, mas assumindo papel terapêutico primário. A seleção dos pacientes é um importante fator na eficácia do tratamento nutricional.

(Carraza, 1999; Dutra-de-Oliveira; Marchini, 2001).

Para se obter resultados satisfatórios os profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar devem participar de treinamentos e atualizações periódicas, por ser

uma área de constantes inovações tecnológicas, tendo consequências danosas quando utilizadas de forma inadequada (Oliveira, Moron, 1997; Oliveira, et al, 1998).

Segundo o IBRANUTRI (Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar), a desnutrição em pacientes hospitalizados pelo SUS é de 48,1%, sendo 12,6% considerados graves, o que representa uma maior morbi-mortalidade em relação aos nutridos. A TN contribui nos tempos atuais com grande importância em relação ao custo-benefício hospitalar (Baxter, 2002; Watanabe, et al, 2002).

Os avanços na terapia nutricional descrevem uma área de nutrientes, alimentos e de tecnologia de alimentos, cuja ação no organismo ultrapassa a função nutricional e plástica. Incluem-se os farmalimentos, os alimentos funcionais, os fitoquímicos, alimentos terapêuticos, os nutracêuticos, etc. Enfim, alimentos ou nutrientes que possuem, além da função nutritiva, funções fisiológicas como melhora imunológica, prevenindo ou curando doenças (CARRAZA, 1999).

A terapia nutricional é uma situação típica em que o trabalho em equipe multiprofissional é essencial. Médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos devem contribuir com a visão de especialistas. Por trabalharem em uma área na quais as inovações tecnológicas e os conceitos científicos modificam-se com rapidez, os profissionais envolvidos na terapia nutricional devem atualizar-se periodicamente para que o tratamento preconizado tenha sucesso (Dutra-de-Oliveira; Marchini, 2001).

3.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Nutrição Enteral (NE) constitui-se em técnicas ou procedimentos alimentares, empregados para manutenção ou recuperação do estado nutricional, clínico ou cirúrgico, em via digestiva, fisiológica, sendo utilizada para receber dietas especiais.

Entre as possíveis definições de nutrição enteral, uma das mais abrangentes e gerais foi proposta pelo regulamento técnico para a terapia nutrição enteral – a Resolução RCD nº 63, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, de 6/7/00 -: *“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, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou completar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas*

necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas”.

A nutrição enteral precoce pode diminuir complicações infecciosas, melhorar a cicatrização e conseqüentemente reduzir o tempo e custo da internação. Muitas publicações descrevem a importância da preservação da integridade da mucosa intestinal pela infusão de nutrientes, como também a manutenção da homeostase e da competência imunológica. A utilização do trato gastrointestinal, no período pós-operatório imediato, tem-se associado a um decréscimo na taxa metabólica e melhora do balanço nitrogenado.

As diversas dietas existentes com diferentes substratos como os aminoácidos glutamina e arginina, os ácidos graxos ômega-3 e os nucleotídeos, não só satisfazem o objetivo de melhorar a resposta imune atenuar a resposta inflamatória, diminuindo complicações e tempo de internamento, como satisfazem à exigência de fornecer nutrição diferenciada a indivíduos de várias faixas etárias e situações clínicas.

A nutrição enteral é indicada quando houver risco de desnutrição, ou seja, quando a ingestão oral for inadequada para prover de dois terços a três quartos das necessidades diárias nutricionais sendo que o trato digestivo esteja total ou parcialmente funcionante.

Quando o trato gastrointestinal estiver íntegro não há necessidade de dietas semi-elementares ou elementares, apenas fórmulas completas e especiais para determinados grupos clínicos: prematuridade, doenças catabólicas (câncer, sepse, radioterapia, quimioterapia, queimados, insuficiência respiratória).

Quando o trato gastrointestinal estiver alterado há necessidade de dietas especiais, semi-elementares ou elementares. Exemplos: diarreia crônica, desnutrição grave, fibrose cística, doenças inflamatórias intestinais, insuficiência pancreática e biliar, condições cirúrgicas (intestino curto, fístulas, preparo para cirurgia), quando se necessita ultrapassar certos segmentos alterados do intestino. Nesses casos a dieta é administrada por meio de sondas, gastrostomias ou jejunostomias.

Existe ainda a dieta incompleta para doenças metabólicas congênitas, onde o nutriente causador da referida doença esteja ausente. Exemplo: dieta para fenilcetonúria, livre de fenilalanina.

As contra indicações de nutrição enteral são quando o paciente apresentar peritonite, obstrução intestinal baixa, íleo paralítico, hemorragias gastrintestinais, diarreias graves, vômitos recorrentes e em estados de inconsciência e coma.

As dietas são geralmente administradas através de sondas nasogástricas ou nasojejunais. Podem ainda ser introduzidas através de acessos cirúrgicos, por gastrostomias ou por jejunostomias.

As complicações na nutrição enteral podem ser classificadas em gastrintestinais, mecânicas, metabólicas, infecciosas, respiratórias e psicológicas. (Carraza, 1999; Waitzberg, 2000; Watanabe, 2002).

3.3 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

A história da nutrição não convencional inicia-se no antigo Egito, com alimentos sendo injetados por via retal. A alimentação por sonda passa a ser descrita a partir de 1596, não se tendo, com precisão, o histórico da prática da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) com características e definições atualmente aplicadas. Acredita-se que esta prática também date de uma época longínqua e, provavelmente, antes de Cristo (Campos, 2001).

A terapia nutricional enteral domiciliar vem sendo expandida a partir da criação dos programas de *home care*, em especial nos países industrializados. Esta é uma modalidade que vem crescendo rapidamente a partir da década de 80. O número exato de pacientes submetidos a terapias nutricionais enterais domiciliares ainda é pouco conhecido, haja vista que a maior parte de profissionais atuantes em nutrição enteral domiciliar não realizam documentações ou publicações, verificando uma escassez no que se refere ao assunto para a classe de nutricionistas.

A terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) é indicada aos pacientes com alta hospitalar, onde seus requerimentos nutricionais não possam ser alcançados pela via oral, devendo o trato gastrointestinal estar funcionando.

A indicação da terapia nutricional domiciliar objetiva não só humanizar o atendimento do paciente como também melhorar e ou manter o estado nutricional de pacientes clínicos e ou cirúrgicos, diminuir o estresse no pré-operatório, colaborar para a maior disponibilidade de leitos hospitalares e reduzir os custos do tratamento hospitalar. Pacientes pré-operatórios são internados em estado nutricional adequado ou próximo deste, esperando uma melhor resposta ao tratamento, menor risco de infecções hospitalares e melhores condições clínicas na alta hospitalar.

O acompanhamento por profissionais especializados é imperativo, pois, o paciente em esquema domiciliar necessita constantemente de assistência e

reorientação pela equipe multiprofissional, para garantir a adesão integral do paciente ao programa, sentindo-se seguro e bem atendido.

A atenção para o paciente deve ser individualizada, onde a realidade domiciliar difere das condições hospitalares, sendo os fatores sócio-econômicos e culturais determinantes na conduta dietética (Katz, 1994; Cecconelo, 1997; Pinotti, 1997; Andrade et al, 2002; Baxter, 2002).

A Terapia Nutricional Domiciliar (TND), bem como a população de idosos no mundo estão crescendo rapidamente. Particularmente, os idosos acima de 85 anos são os grupos etários que está aumentando mais rapidamente.

O envelhecimento é acompanhado por uma variedade de alterações fisiológicas, psicológicas, econômicas e sociais que comprometem o estado nutricional. Pesquisas sobre o estado nutricional do idoso têm demonstrado uma baixa à moderada prevalência de franca deficiência de nutrientes, porém um aumento acentuado do risco de desnutrição com evidência de deficiências subclínicas. Estas observações deixam claras a influências do estado nutricional no declínio das funções de vários órgãos e sistemas. Esta prevalência de doenças contribui para um risco aumentado de desnutrição protéico-energética primária ou secundária no idoso (Moreira Júnior, 1999).

Na terapia nutricional enteral domiciliar as vantagens superam as desvantagens onde o paciente apresenta uma melhor recuperação clínica, maior estabilidade emocional, diminuição do risco de infecção hospitalar, redução do estresse causado pelo ambiente e pela rotina do hospital. Para a família, reforçam o vínculo familiar e evita constantes deslocamentos ao hospital. Há maior rotatividade de leitos e otimização de recursos próprios.

A atenção individualizada e humanizada gera uma maior confiança entre profissional, paciente e família prevenindo doenças e infecções, ocasionando diagnóstico mais preciso e conseqüentemente uma cura mais rápida. (Augusto, et al, 2002; Andrade et al, 2002; Loeser et al, 2003).

O custo-benefício na TNED é vantajoso não só para o paciente como também para o hospital, em relação às complicações. O tratamento domiciliar tem custos significativamente menores quando comparadas aos dos pacientes internados ou reinternados.

Através de um programa bem adequado por um pessoal bem treinado em TNED estaria diminuindo a incidência das complicações futuras. (Waitzberg, 2000; Waitzberg, Watanabe, 2001; Gómez, 2003).

O atendimento nutricional domiciliar pode ser simples, sendo indicada muitas vezes à orientação prescrição dietoterápica, realizada pelo profissional nutricionista. Nos casos mais complexos, que envolvem a prática da terapia de NE, recomenda-se a participação de uma equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional (EMTN), (Campos, 2001).

Este atendimento domiciliar pelo profissional e/ou equipe se dá através de empresas particulares (em TNED), e muitas vezes através de programas oferecido pelo SUS aos pacientes que não podem despende de recursos financeiros, já que o tratamento tem custos elevados.

3.4 SUS NO BRASIL

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como também, pelo exercício de seus princípios organizacionais. Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito a saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir políticas públicas-econômicas e sociais - que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Antes da constituição de 1988, a saúde não era direito de todos, mas apenas Assistência Médica era permitida a quem tinha carteira assinada e pagava a Previdência Social. Aos outros, só se pagassem ou se sobrasse dinheiro para o Ministério da Saúde, ou Hospitais Universitários, os Governos Municipais e Estaduais fazerem algum tipo de atendimento. Neste caso, essa população que não podia pagar e não tinha INPS era chamada de indigente ou carente.

O modelo oficial da saúde no País era centrado na Assistência Médica, com crescimento dos serviços privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados nas grandes cidades. As unidades públicas eram excluídas do sistema de prestação de cuidados e hospitais, ambulatorios e centros de saúde foram desprestigiados e começaram a piorar numa época em que a previdência social tinha bastantes recursos.

Com a abertura política surgiu na área dos profissionais de saúde um movimento chamado de movimento sanitário e, em 1979 discutiu-se publicamente,

pela primeira vez a proposta de reorientação do sistema de saúde que naquela época já se chamava Sistema Único de Saúde.

A crise econômica dos anos 80 gerou uma nova situação exigindo que o governo reconhecesse a crise e a necessidade de mudar o sistema de saúde, sob a pressão da própria população que já começava a se organizar, lutando pela democratização do País.

Em 1986 realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, discutindo a situação do país e aprovando um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A proposta fez a reorientação do sistema de saúde brasileira cumprir os preceitos constitucionais que e a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Em 1988 foram instituídas bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde, foram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Lei 8080-90 e Lei 8.142-90, que organizavam o funcionamento do SUS. São leis nacionais que tem o caráter de norma geral, contem diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem em seus respectivos territórios o direito à saúde para seus povos. Portanto, são destinadas a esclarecer o papel das esferas do governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações garantindo o cuidado da saúde.

Na Lei 8080-90 observamos a descentralização político-administrativa enfatizada na forma da municipalização dos serviços e ações. A organização dos Distritos Sanitários foi uma das estratégias para mudar o modelo assistencial e as práticas de saúde com efetiva participação social.

A Lei 8142-90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e condicionou o recebimento de recursos financeiros a existência de Conselho Municipal de Saúde funcionando de acordo com a legislação.

Os Conselhos de Saúde buscam participar da discussão das políticas de saúde e ter atuação independente do governo, embora façam parte da estrutura do Estado. São órgãos colegiados do SUS que se manifestam nos interesses dos diferentes segmentos sociais e possibilitam a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes. Cada Conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade do estado ou município.

O SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e

conveniado, como fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando e contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. O SUS tem as seguintes características

Deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento.

Deve atuar de maneira integral, isto é, não ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo, que faz parte de uma sociedade. As ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana.

Deve ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a solução. Isso significa que as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais, as que alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo território nacional devem ser federais.

Deve ser racional. Ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidas ações e serviços de acordo com as necessidades da população, então como é hoje, onde em muitos lugares há serviços hospitalares, mas não há serviços básicos de saúde. Para isso, o SUS deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para as suas populações. É essencial, conforme o princípio da descentralização, que essas decisões sejam tomadas por uma autoridade de saúde no nível local. É a isso que se chama de Distrito Sanitário.

Deve ser eficiente e eficaz. Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas a procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade, para tanto precisa ter qualidade.

Deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema-dirigente institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Por isso, a ideia de organização dos Conselhos de Saúde – nacionais estaduais e municipais, para exercerem esse controle social sobre o SUS, devendo respeitar o critério de composição paritária – participação igual entre usuários e os demais, além de ter poder de decisão (não apenas consultivo).

Deve ser equânime, isto é: equidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. Se o

SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender as necessidades de outros, mantendo as desigualdades. O princípio de equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.

Em Curitiba, o investimento na atenção a saúde não para nos últimos 20 anos, constatado pelos indicadores da saúde que mostram a redução da mortalidade materna e infantil no município, e o aumento da expectativa de vida.

A crescente expansão da rede municipal de Unidades de Saúde, priorizando o acesso dos usuários aos serviços também pode ser constatados. Em 1979 o município contava com poucas unidades de atenção básica de saúde, a partir de então, com a adoção dos princípios da atenção primária à saúde, passou a planejar organização de uma rede municipal de centros de saúde configurados em um Sistema Único de Saúde.

A primeira Unidade de Saúde 24 Horas foi implantada em 1991, onde a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a prestar serviços de pronto atendimento ininterruptamente. A SMS promoveu a descentralização do sistema, estruturando-se em sete regionais da saúde, e as Unidades de Saúde passaram a representar a integração dos centros de saúde e clínicas odontológicas com substituição das chefias isoladas pela Autoridade Sanitária Local (ASL) responsável pela gerência da unidade e pela saúde da população na sua área de abrangência. Fortaleceu-se a Unidade de Saúde para transformá-la em porta de entrada do sistema, referencia para a resolução de problemas de saúde e encaminhamentos para níveis de maior complexidade. Foram estruturadas as centrais de ambulâncias, de leito e de marcação de consultas especializadas.

Em 1993 foi implantada a farmácia curitibana, composta por 62 medicamentos hoje em dia conta com aproximadamente 200 medicamentos incluindo medicação específica para doenças mentais.

Atualmente a rede municipal é composta por 115 Unidades de Saúde, sendo 5 unidades 24 horas, 42 unidades PSF compostas por 116 equipes de saúde da família; 106 equipes de saúde bucal e mais 8 centros de especialidades.

A SMS vem investindo no desenvolvimento com novas ferramentas para a gestão de informação, adoção de tecnologia de informática, cartão personalizado,

permitindo a abertura do prontuário eletrônico único, que registra todos os atendimentos realizados pelo usuário.

Os avanços são evidentes e nacionalmente reconhecidos quanto à organização do SUS no município. No entanto é preciso planejar os investimentos presentes e futuros para poder continuar com qualidade, assistindo a população em permanente processo de mudança, seja em seu perfil demográfico, seja epidemiológico. Curitiba atrai migrantes que pressionam pelo espaço urbano e pela expansão dos serviços básicos de saúde.

O conceito fundamental na política municipal de saúde é que pautara a reorientação do modelo de atenção em Curitiba e o Sistema Integrado de Saúde. Muito além da atenção à demanda, que deve ser realizada sempre com muito respeito, qualidade, os programas trabalhados pela SMS buscam reforçar a proteção e a promoção em saúde assim como prevenir o surgimento de doenças.

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde é composta pelo Conselho Municipal da Saúde; pelo Gabinete, Superintendência, 5 Centros e 8 Distritos Sanitários; e 4 Núcleos de Apoio.

Os Centros são compostos em: Centro de Informação em Saúde; Centro de Saúde Ambiental; Centro de Epidemiologia; Centro de Assistência à Saúde; Centro de Controle, Avaliação e Auditoria.

O Distrito Sanitário é composto pelas Unidades de Saúde; pela Coordenação de Informação; Coordenação de Assistência e Coordenação de Vigilância à Saúde (SMS, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para inversão do atual modelo de saúde praticado em todo mundo. O modelo antigo está centrado na doença, os profissionais de saúde aguardam que os pacientes lhe procurem e geralmente não se preocupam com os agentes causais.

Hoje o conceito de saúde não se resume apenas a ausência de doenças e sim a vários outros fatores relacionados a condições de vida, como moradia, emprego, saneamento, eletrificação, água tratada, acesso aos serviços de saúde, nível educacional, etc. Com esta abrangência da definição da saúde, começou a se perceber que o ciclo doença-cura poderia reduzir drasticamente ao melhorarmos as condições de vida das pessoas, isso porque elas adoeceriam menos.

O PSF surgiu não para resolver todos os problemas, mas com o intuito de tratar com desigualdade os desiguais, ou seja, dar mais atenção a quem precisa. Com isto estão praticando promoção, prevenção e preservação da saúde.

Trabalham com várias formas de diagnóstico da população, identificam as pessoas de risco dentro de seu contexto social e familiar, passamos a ver o indivíduo como o todo, não em partes como a maioria dos especialistas, tenta resgatar a dignidade das pessoas e restaurar seu bem estar, pois a grande maioria das mazelas não é provocada por agentes microbiológicos, às vezes por nós mesmos (Alexandria, 2004).

O PSF é composta por uma equipe de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, não faz parte desta equipe o Nutricionista. Sabemos da necessidade do seu embasamento técnico para a prevenção e tratamento na atenção nutricional.

4 METODOLOGIA

4.1 Levantamento de dados

O projeto teve a aprovação da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, através do parecer viável (anexo) e autorização pelo centro de educação em saúde e pelo parecer técnico, jurídico/ e ou ético do setor profissional competente, por assunto e especialidade.

Foi feito o levantamento de dados de pacientes atendidos em terapia nutricional enteral domiciliar, através da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sendo enviado um questionário (anexo) aos Distritos Sanitários, o qual foi encaminhado as Unidades de Saúde (US) e respondido pela autoridade sanitária local ou representante responsável.

Posteriormente, foram retornados à Secretaria Municipal de Saúde para serem analisados pela pesquisadora.

As análises de dados foram tabuladas no excell e os dados utilizados foram descritivos.

5 RESULTADOS

Foram avaliadas as Unidades de Saúde de 4 Distritos Sanitários.

5.1 Distritos Sanitários

Pode-se observar que 30 pacientes dos quatro Distritos Sanitários, estavam recebendo Nutrição Enteral Domiciliar (NED) via Unidade de Saúde, no período de fevereiro e março de 2004.

Entre as 4 Unidades de Saúde do Distrito Sanitário Matriz, a US Capanema e US Ouvidor Pardinho apresentaram um paciente cada uma, e as US da Criança e da Mulher não havia pacientes em nutrição enteral domiciliar. No Distrito Sanitário Pinheirinho das 13 US, 8 apresentou pacientes em NED. Observou-se 3 pacientes na US Nossa Senhora da Luz, 3 pacientes na US Vila Macedo, 2 pacientes na US Parque Industrial, na US Vila Verde 1 paciente, na US Moradias da Ordem 1 paciente, na US Oswaldo Cruz 1 paciente, na US Pompéia 1 paciente, na US Santa Rita 4 pacientes. As US Maria Angélica, Nossa Senhora do Sagrado Coração, Concórdia, Ipiranga, Taiz Viviane Machado, não apresentaram pacientes em NED.

No Distrito Sanitário Portão, das 16 US, 7 apresentou pacientes em NED. A US Santa Quitéria 2 pacientes, as US Caiuá, Sabará, Fanny, Lindóia, Tancredo Neves e Vila Guaira apresentavam 1 paciente cada uma, e as US Candido Portinari, Vila Feliz, Parolin, Barigui, Vila Clarice, Aurora, São Miguel, Vila Leão e Estrela não apresentavam pacientes em NED.

No Distrito Sanitário Santa Felicidade das 13 US apenas 3 apresentou pacientes em NED. A US Pinheiros com 2 pacientes, US São Braz 1 paciente, US Santa Felicidade 1 paciente. As US União das Vilas, Augusta, Nova Orleans, Campina do Siqueira, Atenas, Jardim Gabinete, Butiatuvinha, Bom Pastor, Santos Andrade e São José, não apresentaram pacientes.

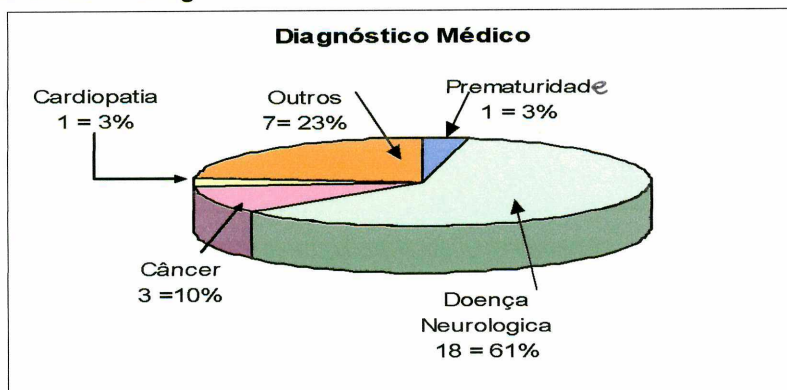
Tabela 1. Número de pacientes nos Distritos Sanitários

Distritos Sanitários	Unidades de Saúde	Nº de Pacientes
Matriz	Capanema	1
	Ouvidor Pardinho	1
Pinheirinho	Ns Sra.da Luz	3
	Vila Machado	2
	Parque Industrial	2
	Vila Verde	1
	Moradias da Ordem	1
	Santa Rita	4
	Oswaldo Cruz	1
	Pompéia	1
Portão	Santa Amélia	2
	Sabará	1
	Santa Quitéria	2
	Caiuá	1
	Fanny Lindóia	1
	Tancredo Neves	1
	Vila Guaíra	1
Santa Felicidade	Pinheiros	2
	São Braz	1
	Santa Felicidade	1

5.2 Diagnóstico Médico

Os pacientes em NED nas US do Município de Curitiba apresentaram vários diagnósticos, procurou-se agrupar as patologias mais encontradas, que podemos observar no gráfico 1: 18 = 61% para doença neurológica, 3 = 10% para câncer, 1 = 3% par cardiopatia, 1 = 3% para prematuridade e 7 = 23% para outras doenças.

Gráfico 1. Diagnóstico Médico.



5.3 Sexo e Faixa Etária

Observa-se nos gráficos 2 e 3, que o sexo predominante com 17 pacientes = 57 % foi o masculino, e o feminino apresentando 13 pacientes = 43%. A faixa etária que se destaca é a de 0 – 20 anos com 13 pacientes e a faixa de maior de 60 anos com 10 pacientes. Na faixa etária de 21 – 40 anos verificamos 2 pacientes e na de 41 – 60 anos, 5 pacientes.

Gráfico 2. Sexo

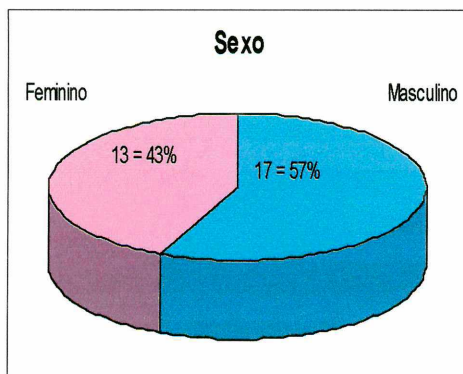
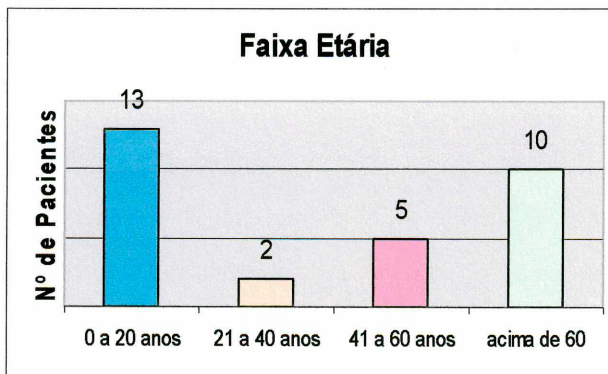


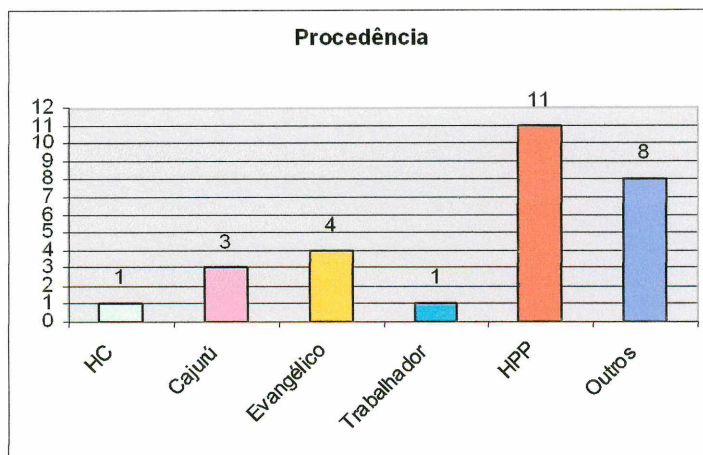
Gráfico 3. Faixa Etária



5.3 Procedência

Quanto à procedência, pode-se observar no gráfico 4, que dos pacientes em NED nas Unidades de Saúde do Município de Curitiba, o maior índice foi para o Hospital Pediátrico Pequeno Príncipe com 11 pacientes, o Hospital Evangélico apresentou 4 pacientes, o Hospital Cajuru 3 pacientes, o Hospital das Clínicas 1 paciente, o Hospital do Trabalhador 1 paciente e 8 pacientes procedentes de outros Hospitais.

Gráfico 4. Procedência.



HC – Hospital das Clínicas
HPP- Hospital Pequeno Príncipe

5.4 Solicitação de Exames, Tipos de Exames e Consultas.

Na tabela 2, encontra-se os exames mais solicitados: o hemograma, a glicemia, o colesterol, os triglicerídeos e a urina, sendo que 21 = 70% Unidades de Saúde não solicitaram exames via US, e que apenas 9 = 30% Unidades Saúde, solicitaram exames aos pacientes em NED. Observa-se que os pedidos de exames via US são apenas os básicos para o diagnóstico e de baixo custo. Os dados apresentados na tabela 2 revelam que mais da metade dos pacientes 12 = 60% em NED não realizam consultas e 8 pacientes = 40% realizaram consultas nas US. As consultas nas US poderiam colaborar na redução do custo hospitalar.

Tabela 2. Solicitação de Exames, Tipos de Exames e Consultas aos Pacientes.

Solicitação de Exames		Tipos de Exames/ Quantidade					Consultas aos Pacientes	
Sim	Não	Hemograma	Glicemia	Colesterol	Triglicerídeos	Urina	Sim	Não
9	21	7	6	4	4	5	8	12

5.6 Unidades de Saúde que Visitam os Pacientes e .Registro de Reinternamento

No gráfico 5 e 6, observa-se que os pacientes em NED não visitados via US são 11 = 37%, e 19 = 63% são visitados por profissionais da saúde que fazem parte do Programa Saúde da Família (PSF). Entre o registro de reinternamentos de pacientes em NED nas Unidades de Saúde observados no gráfico 6, apenas 5 pacientes = 7% reinternaram e 25 pacientes = 83% não foram reinternados. Sendo que a baixo índice de reinternamentos indica um saldo positivo no custo da US.

Gráfico 5. Visitam os pacientes.

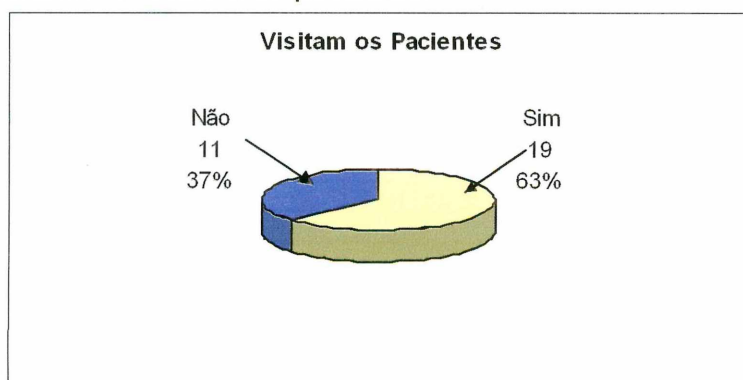
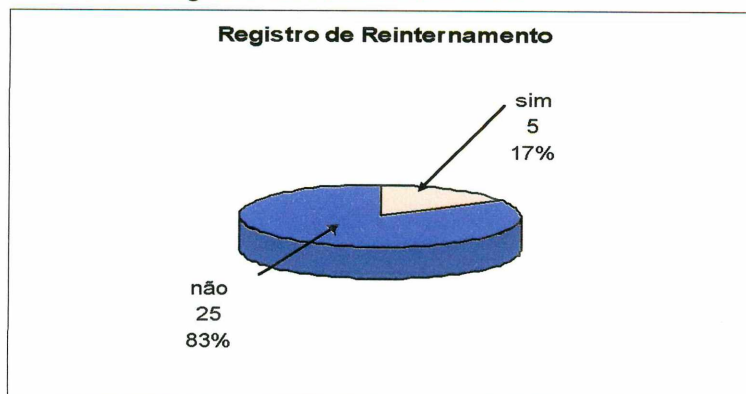


Gráfico 6. Registro de Reinternamento



5.7 Acompanhamento por profissionais das Unidades de Saúde, Período de Acompanhamento

O acompanhamento por profissionais das US aos pacientes em NED é feito em percentuais proporcionais (50%) como mostra o gráfico 3, revela o período de acompanhamento pelos profissionais sendo os mensais (7) em maior destaque, o semanal (4) e quinzenal (3) significativos e o bimestral (1). Na tabela 4, os profissionais envolvidos em geral são os Agentes Comunitários da Saúde (9), os Auxiliares de Enfermagem (9), os Enfermeiros (8), os médicos (8) e os fisioterapeutas (4).

Tabela 3. Acompanhamento por profissionais das Unidades de Saúde, Período de Acompanhamento.

Acompanhamento		Período de Acompanhamento			
Sim	Não	Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimestral
15	15	4	3	7	1

5.8 Profissionais que Acompanham

Tabela 4. Profissionais que Acompanham

Profissionais que acompanham				
Médico	enfermeiro	Fisioterapeuta	ACS	Aux. Enfermagem
8	8	4	9	9

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

Aux. - Auxiliares de Enfermagem

5.9 Fornecimento de Alimentos, Alimento e Quantidade ao Mês.

Observando os gráficos 7 e 8, verificamos o fornecimento de alimentos, tipo de alimentos e quantidade de alimentos ao mês, respectivamente. No fornecimento de alimentos pela US identificamos que dos 30 pacientes em NED, apenas nove recebem ajuda complementar na alimentação das US de Curitiba. Sendo que 3 pacientes recebem dietas industrializadas, 5 pacientes recebem suplementos e 3 pacientes recebem alimentos (frutas, verduras, farinhas, etc). Os alimentos são distribuídos mensalmente, sendo o leite Nan I fornecido para 2 pacientes, Nutren para 3 pacientes, Nutren com fibras para 1 paciente, Nutren Junior para 1 paciente e Hiper Diet Standard para 1 paciente.

Gráfico 7. Fornecimento de Alimentos

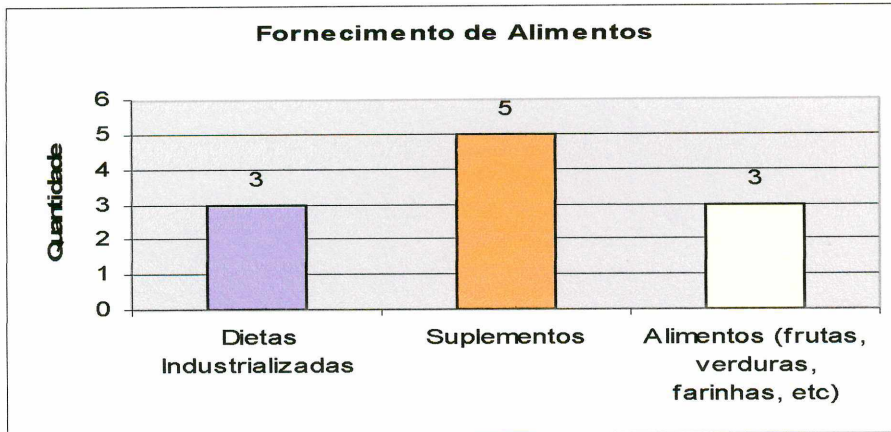
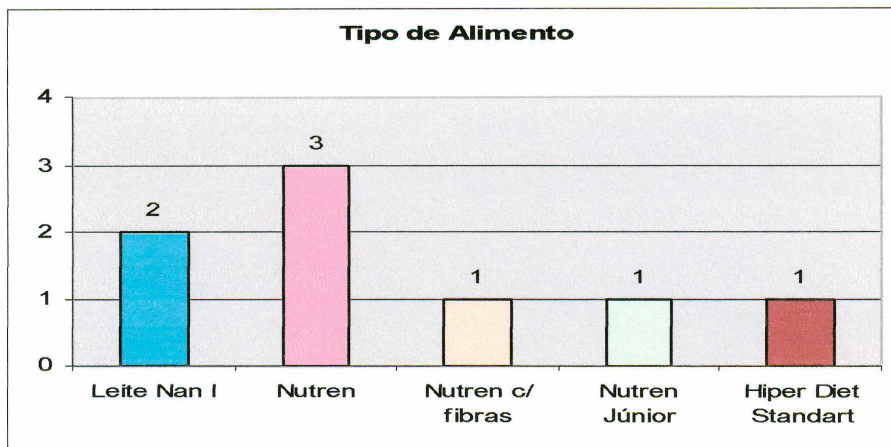


Gráfico 8. Alimento Quantidade / Mês.



6 DISCUSSÃO

No levantamento de pacientes em TNED nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Curitiba, no período de fevereiro a março de 2004, foram registrados através do questionário, 30 pacientes em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. Foram 46 Unidades de Saúde analisadas pertencentes a 4 Distritos Sanitários.

Segundo Baxter e Ceconello, 2001, verifica-se escassez de literatura especializada no que se refere ao assunto nutrição enteral domiciliar. Em geral, é documentada com pouca profundidade técnico - científica quando comparada aos registros de pacientes submetidos à terapia parenteral domiciliar. O número exato de pacientes submetidos a terapias nutricionais enterais domiciliares ainda é desconhecido.

Howard et al e Skipper & Rotman realizaram estudos visando a traçar o perfil dos profissionais dos Centros Hospitalares dos Estados Unidos atuantes em nutrição enteral domiciliar, considerando as atividades desenvolvidas e as atribuições dos profissionais. Inicialmente destacam quão poucas são as documentações e ou publicações das atividades em nutrição enteral domiciliar, haja vista o grande contingente de profissionais que referiu realizar esta atividade sem o conhecimento e ou divulgação desta para a classe de nutricionistas. Estes autores identificaram também, que a situação da terapia nutricional enteral domiciliar aparenta ser bastante precária quanto ao respaldo de equipes multidisciplinares.

Em São Paulo podemos exemplificar alguns centros especializados e ou com experiência em suporte nutricional domiciliar, originados em órgãos públicos, como o PROSNED (Programa de Suporte Nutricional Enteral Domiciliar do Hospital Perla Bygtohon e o da Prefeitura do Município de São Paulo (COAS), e os de instituições privadas como o GANEP (Grupo de Apoio Nutricional Enteral e Parenteral do Hospital Beneficência Portuguesa do Hospital de São Paulo). Entretanto, têm-se publicações apenas dos dados estatísticos de cada grupo, individualmente, com uma grande lacuna quanto ao estágio atual da nutrição domiciliar em nível nacional.

Muitos fatores têm contribuído para o progresso da TND como avanços tecnológicos de materiais e vias de acesso, desenvolvimento de bombas de infusão confiáveis e portáteis, e a necessidade de redução dos custos hospitalares, mantendo-se, no entanto, a mesma qualidade de atendimento ao paciente.

As principais patologias apresentadas aos pacientes neste estudo em NED, foram às doenças neurológicas e câncer, seguidas de prematuridade, cardiopatia e

outras. Revelando uma proporcionalidade quando comparado aos estudos S.M. Madigan e S. O'Neill, 2003, no Reino Unido com diferentes grupos de pacientes que recebem nutrição enteral domiciliar, com 59,5% para doenças neurológicas e 21,5% para câncer; Campos, 2001, no estudo Multicêntrico realizado na Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Polônia, Espanha e Reino Unido com 49,1% para doença neurológica, 26,5% para câncer; Perez de la Cruz, 2000, no estudo do grupo de trabalho de Nutrição Artificial e Ambulatorial da Sociedade Espanhola de Nutrição Enteral e Parenteral com predomínio de doenças neurológicas 41,2%, seguido de neoplasias 33,3%; Hebuterne et al, 2003, no levantamento de indicações da nutrição enteral domiciliar na Europa, com 49,1% para doenças neurológicas e 26,5% para câncer onde se observaram como as patologias de maior incidência no geral.

O maior número de pacientes em NED, neste estudo apresentou-se na faixa etária entre 0 – 20 anos e acima de 60 anos, representando grupos de maior vulnerabilidade a doenças, com predominância do sexo masculino. Nos estudos de Pinotti, 1997, que relata que mais de 25% dos idosos apresentam comprometimento nutricional; Moreira Junior, 1999, deixa claro que 85% dos idosos tem uma ou mais doenças crônicas, e 30% tem três ou mais; são apresentados números proporcionais observados neste levantamento de dados nas Unidades de Saúde, conferindo uma maior atenção a este grupo de risco.

Sabe-se que a nutrição enteral não é isenta de complicações que, uma vez conhecidas, podem ser tratadas e prevenidas monitorando-se de forma adequada os pacientes críticos, como idosos ou recém-nascidos.

A faixa etária de 0 a 20 anos da população foi significativa, podendo verificar que a procedência do Hospital Pediátrico Pequeno Príncipe também foi elevada. Segundo Pinotti, 1997, a desnutrição constitui sério problema de saúde pública no Brasil, que apontada pelos dados do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, 1991, afeta principalmente crianças e idosos. Os idosos de baixa renda são os mais comprometidos, a desnutrição é freqüente nas neoplasias que afetam as pessoas idosas.

Os alimentos contribuem para o fortalecimento dos músculos, ossos e neurônios, garantido um aporte energético, teremos um paciente mais fortalecido e com maior resistência a outras doenças patológicas.

Na solicitação de exames o estudo constata que a maioria das Unidades de Saúde, não solicita exames e quando solicitam, eles representam uma margem pequena e básica, como os exames mais rotineiros para avaliação rápida de um

diagnóstico. Sabe-se que a rede pública tem uma contingência grande de pacientes e também uma limitação no que diz respeito a custos operacionais e ambulatoriais que acarreta a não solicitação de um maior número de exames, a não ser quando se faz muito preciso, deixando para os Hospitais outros tipos de exames que são mais dispendiosos.

Os pacientes em NED nas US, eram visitados na sua grande maioria por agentes comunitários de saúde (ACS) que pertencem à equipe do Programa Saúde da Família (PSF), cada vez mais difundido pela eficácia no combate as doenças e intervenções primárias. As equipes são formadas por profissionais de saúde que se preocupam com o bem estar geral dos pacientes, formando uma integração doente-família-profissional de saúde. Ora, o que precisamos analisar é o fato de que o profissional adequado para verificar o estado nutricional de um paciente é o nutricionista, com a ciência dos alimentos que elevam o nível saudável dos cidadãos de uma população. O papel de difundir esta prática vem dos próprios profissionais engajados na luta de não deixar que seu papel seja coadjuvante nesta travagem diária de combate à má nutrição e como consequência a elevação de doenças. Portanto cabe a nós profissionais da saúde estar alertas para os indícios de combate às pressões em massa de pouco apreço às pessoas que não oferecem condições e chances de se nutrirem adequadamente e constantemente contagiadas por agentes bacterianos que levam as viroses, cataclismos e epidemias regionais. A imunidade baixa e as oportunidades de maiores contágios aumentam a cada ano. Temos que deixar bem frisado que a presença de um nutricionista numa equipe multidisciplinar é de grande importância para se concluir um diagnóstico perfeito e bem implantado a cada pessoa, pois pessoas tem características diferenciadas e necessitam de cuidados individuais. As visitas feitas pelos profissionais de saúde representam no modelo sócio econômico grande importância, já que implantado, assegura o sucesso do tratamento, perante os olhos da população, são armas marcantes no campo da saúde e bem estar da população que em sua grande maioria são carentes e com fome de justiça. O acompanhamento deveria ser feito com mais rotina e por períodos que cada patologia exigisse, os profissionais podem ser qualquer um que saiba e esteja engajado na profissão de dominar o mal e sofrimento alheio. Segundo os autores, S.M. Madigan e S. O'Neill, 2003, o sucesso da NED depende do fornecimento do suporte nutricional adequado e do seguimento dos cuidados do paciente, da família e dos profissionais envolvidos. O monitoramento da nutrição enteral fora do ambiente hospitalar é um aspecto

fundamental dos cuidados ao paciente porque assegura que os requerimentos nutricionais do paciente sejam atingidos, permite que se avalie a eficácia do plano de tratamento e que se faça a detecção precoce de complicações. McWhirter et al. (1994) demonstraram que os pacientes que não eram monitorados corriam o risco de apresentar deficiência de micronutrientes se a alimentação enteral fosse utilizada por um longo período.

Os reinternamentos serão menos freqüentes se a prática da NED for mais utilizada. O bom estado nutricional recupera forças de um organismo protegendo contra doenças o que compreende em vitalidade não necessitando reinternamentos e aumento de custos para o paciente e para a instituição. Os domínios da tecnologia não impedem que o homem exerça a função humanitária de auxiliar o próximo e não deixar que seu organismo sofra malefícios.

Na visão ambiental os alimentos significam força e vitalidade, são os frutos do amanhã. Doenças são menos comuns em pessoas bem alimentadas. As quantidades variam de pessoa para pessoa, pois seus metabolismos interagem diferentemente. A pessoa é um ser único e integralmente armazenado de energia que traduzirá em desempenho emocional e funcional.

A liberação de alimentos/remédios para a vida contribui para que a prevenção vença o tratamento. Assim se integral, completa o círculo da saúde geral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas Unidades de Saúde do Município de Curitiba, o número de pacientes em Nutrição Enteral Domiciliar ainda é considerado pequeno em relação à população de Curitiba. A tendência no aumento populacional é geradora de novos desafios, significando que a aplicação do sistema domiciliar está a caminho de um futuro promissor em relação às prevenções e tratamentos patológicos apresentados neste estudo.

É preciso estar atento para que as equipes fornecedoras de atenções à saúde estejam preparadas para um novo conceito que é a alimentação domiciliar como objeto de cuidado especial, juntamente com o desprendimento de serviços mais especializados e treinados para desempenhar esta função. Os tempos vão e vem, vejamos algumas décadas atrás, dos nossos avós que eram tratados em casa por pessoas de confiança, como médicos da família, parteiras, dentistas e enfermeiros que aplicavam injeções domiciliares.

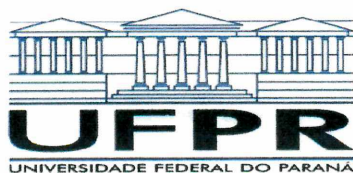
Doravante o futuro renega grandes conquistas na medicina resgatando na própria natureza os alimentos remédios para a cura de várias doenças. Portanto os profissionais relacionados com os alimentos deverão dar infinita importância a todos os cuidados desde a semente até a colheita e ingestão dos alimentos, preparo e técnicas para a própria sobrevivência.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDRIA, Fabiano Oliveira de. (especialista em saúde da família).
2. ANDRADE, Kátia Cristina; MAEDA, Ana Paula; YAMAUTI, Ana Cristina; et al. Atendimento Nutricional Domiciliar: Uma Abordagem Descritiva. Revista Nutrição em Pauta. Julho/Agosto, 2002.
3. AUGUSTO, A. L. P; ALVES, D.C; MANNARINO, I.C; GERUDE, M. Indicações do Suporte Nutricional. As Bases da Alimentação Enteral. In: Terapia Nutricional. São Paulo: Atheneu. 44-50. 1993.
4. BAXTER, Y. C. Estudo Econômico de Programa de Terapia Enteral Domiciliar em pré e pós-operatório de cirurgia digestiva em instituição pública. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
5. BAXTER, Yara C; CECCONELLO, I. Nutrição Enteral Domiciliar. In: PINOTTI, H. W; KLAJNER, S. Nutrição Enteral em Cirurgia. São Paulo: Fundação BYK. 198-206. 1997.
6. CARRAZA, Francisco Roque; FALCÃO, Mário Cícero. Manual Básico de Apoio Nutricional em Pediatria. São Paulo: Atheneu, 1999. 10: (53-63), 27: (171-179), 28 (180-185).
7. CUPPARI, LÍLIAN. NUTRIÇÃO (Nutrição Clínica no Adulto) Editora Manole: São Paulo. 2002. 18:369.
8. DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E; MARCHINI, J. Sérgio. Ciências Nutricionais. São Paulo: Sarvier, 1998. Cap. 18-19.
9. GOMEZ, Candeia C; et al. Complication of enteral nutrition at home. Results of a multicentre trial. Nutr Hosp; 18 (3):167-73, 2003, May –Jun.
10. GOMIDE, Gehisa V. Reinternamentos dos Pacientes do Hospital de Clínicas do Paraná com Alta em Nutrição Enteral Via Sonda: a Repercussão no Custo Hospitalar. (31), 2003.
11. HEBUTERNE, X, et al. Home enteral nutrition I adults: a europea multicentre survey. Clin Nutr. 2003 Jun; 22(3): 261-6.
12. KATZ MS, GERETY MB e LICHENSTEIN MJ. Gerontology and geriatric medicine. Internal Medicine. St. Louis: Mosby, 1994.
13. LOESER, Christian; et al. Quality of life and nutritional state in patients on home enteral tube feeding. Nutrition. Vol 19 (7-8): 605-611, July- August, 2003.

14. MAHAN, L Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. KRAUSE: alimentos, nutrição & dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roca, 1998.
15. OLIVEIRA, M. A; MORON, R. A; História da Nutrição Enteral. In: PINOTTI, H. W. Nutrição Enteral em Cirurgia. São Paulo: BYK. 17-20. 1997.
16. PÉREZ de la CRUZ, A. et al. Nutrición enteral domiciliaria (NED): Registro Nacional del año 2000. Nutricion Hospitalaria (2003) XVIII (1) 34-38.
17. Projeto Município Amigo da Criança. Legislação Básica do SUS. Publicação do CONASEMS. Realização CONASEMS E UNICEF.
18. WAITZBERG Dan L; CAIAFFA W.T; CORREIA M.I. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (lbranutri): a study of 4000 patients. Nutrition 2001; 17(7-8): 573-80.
19. WAITZBERG, Dan L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3ª ed. Editora Atheneu: São Paulo, 2000. Vol. I.
20. WAITZBERG, Dan L; WATANABE, Regina L. H. Avaliando o Custo-Benefício da Terapia Nutricional. Revista Nutrição em Pauta. Setembro/outubro, 2001.
21. WATANABE, Satiko; CUKIER, Celso; MAGNONI, Daniel; et al. Nutrição Enteral Precoce Reduz Tempo de Internação Hospitalar e Melhora Reembolso Diário do Sistema Único de Saúde (SUS) ao Hospital. Revista Brasileira de Nutrição Clínica 2002; 17(2): 47-50.
22. www.curitiba.pr.gov.br-pmc2002-secretarias-sms_novo-sms-index.htm
23. www.saudedefamilia.unifesp.br-historico.htm
24. www.sobral.ce.gov.br-saudedefamilia-ini-psf.htm
25. www.sobral.ce.gov.br-saudedefamilia-psf_acs.htm#7

ANEXOS



Of. nº 01/2004

Curitiba, 05 de fevereiro de 2004.

Exmo. Sr. Dr. Michele Caputo Neto
Secretário da Secretaria Municipal
da Saúde de Curitiba

Solicitamos a liberação para coleta de dados através do questionário anexo, cujo objetivo é, identificar o número de pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar assistidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba.

O projeto está vinculado ao Projeto de Extensão Universitária de Atenção Domiciliar em Terapia Nutricional da UFPR, cujo número do processo é 5365/02-70, e os dados serão trabalhados no Curso de Especialização em Nutrição Clínica.

Na expectativa de sermos atendidas em nossa solicitação, aguardamos um pronunciamento de V.Exa.

Respeitosamente,

Maria Eliana M. Schieferdecker.
Orientadora do Projeto

Jane Lúcia Oswald Tulio
Pesquisadora do Projeto

QUESTIONÁRIO

Este questionário é destinado às autoridades sanitárias das Unidades de Saúde (US) de Curitiba ou ao seu representante (enfermeiro), e ser devolvido até dia 10/03/2004 ao D.S.

US _____ Data: ____/____/____

Distrito Sanitário: _____

Nome da autoridade sanitária local/representante: _____

1. Nesta US há pacientes em uso de nutrição enteral no domicílio (NED) seja via (naso ou ostomia) ? ☐ sim ☐ não

a) a) Qual o diagnóstico? ☐ câncer ☐ doença neurológica ☐ outro _____

b) Quantos do sexo feminino? _____

Faixa etária: ☐ 0 – 20 ☐ 21 – 40 ☐ 41 – 60 ☐ acima de 60

c) b) Quantos do sexo masculino? _____

Faixa etária: ☐ 0 – 20 ☐ 21 – 40 ☐ 41 – 60 ☐ acima de 60

2. Qual a procedência destes pacientes? (hospitais)

☐ HC ☐ Cajurú ☐ Evangélico ☐ Trabalhador ☐ outro _____

3. Procedimentos ao paciente em uso de NED:

a) São solicitados exames? ☐ sim ☐ não

Se sim:

☐ hemograma ☐ glicemia ☐ colesterol ☐ triglicerídios ☐ urina

☐ outros _____

b) Os agentes de saúde visitam os pacientes em NED? ☐ sim ☐ não

c) São realizadas consultas a estes pacientes na US? ☐ sim ☐ não

d) É feito o acompanhamento periódico destes pacientes? ☐ sim ☐ não

Quantas vezes? ☐ semanal ☐ quinzenal ☐ mensal

e) Por qual profissional é feito o acompanhamento?

☐ enfermeiro(a) ☐ médico ☐ auxiliar de enfermagem ☐ outro _____

4. A US tem registro do número de reinternamentos desses pacientes (NED)?

☐ sim ☐ não Quantos pacientes? _____

5. Estes pacientes recebem da US:

☐ dietas industrializadas ☐ suplementos

☐ alimentos, de que tipo? (frutas, verduras, farinhas, etc) ? _____

Qual a quantidade ao mês? _____

* Em caso de dúvidas, ligue para 323-1102 (Jane)

FORMULÁRIO PARA Apreciação de Projeto

PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
IDENTIFICAÇÃO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO Nutrição Enteral Domiciliar em Pacientes Assistidos pelo Sistema Único de Saúde	
ÁREA DE PESQUISA Nutrição	ÁREA TEMÁTICA (GRUPO I, II, III DO CONEP)
LOCAL SOLICITADO Secretaria Municipal da Saúde	TEM PATROCÍNIO? / DE QUEM? Não
APRECIÇÃO DO CEP – Comitê de Ética e Pesquisa	
<input type="checkbox"/> NÃO → CASO NÃO, TEM PARECER FAVORÁVEL? _____ DE QUEM? _____ DATA _____ (ANEXAR DOCUMENTO) <input type="checkbox"/> SIM → QUAL? _____ DATA _____	
DATA E LOCAL DE ENTRADA	

I – QUALIFICAÇÃO DO PESQUISADOR

IDENTIFICAÇÃO / FORMAÇÃO

NOME Jane Lúcia Oswald Tulio	
RG 18311429	E-MAIL janeluciatulio@hotmail.com
ENDEREÇO Rua Saldanha Marinho : 2127 ap. 601 II - Bigorrilho - Curitiba -Pr	
TELEFONE (S) (41) 323-1102 99771309	ASSINATURA
FORMAÇÃO	A PESQUISA É EXIGÊNCIA PARA A TITULAÇÃO EM CURSO DE GRADUAÇÃO OU PÓS-GRADUAÇÃO?
<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? Especializanda em Nutrição Clínica INSTITUIÇÃO DE ENSINO UFPR

II – QUALIFICAÇÃO DO ORIENTADOR

IDENTIFICAÇÃO / FORMAÇÃO

NOME Maria Eliana M. Schieferdecker	
RG 6816152-5	E-MAIL meliana@ufpr.br
ENDEREÇO Rua Pará: 699 Água Verde - Curitiba-Pr	
TELEFONE (S) (41) 329-2607 360-4005	ASSINATURA
FORMAÇÃO	A PESQUISA TITULAÇÃO EM CURSO DE GRADUAÇÃO OU PÓS-GRADUAÇÃO?
<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUAL? Mestranda em Medicina Interna INSTITUIÇÃO DE ENSINO UFPR

QUALIFICAÇÕES

**III – PARECER DO CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
REFERENTE A PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

ACHAMOS que o estudo em questão é viável e será de interesse para o SISVAN, uma vez que já realizamos um trabalho junto com a CAU e Superintendência, avaliando tecnicamente as solicitações de nutrição infantil da população. Este trabalho estará contribuindo numa melhor organização/planejamento de fornecimento deste tipo de alimentação, via SUS, para a população.

Angela C. Lucas de Oliveira

ANGELA C. LUCAS DE OLIVEIRA

Nutricionista

Matr. PMC 24650.0 - CRM 3538

09/02/2004

**IV – PARECER TÉCNICO, JURÍDICO E/OU ÉTICO
DO SETOR PROFISSIONAL COMPETENTE, POR ASSUNTO E ESPECIALIDADE**

- 1- Trata-se de dados secundários pertencentes ao sistema sendo disponibilizados pelos serviços, e que poderá ser operacionalizado junto ao SISVAN (Angela), conforme acordo verbalizado.
- 2- A pesquisa está autorizada.
- 3- Após concluir a elaboração retornar ao CES para arquivo do projeto.

Erotides Antunes Xavier
Erotides Antunes Xavier
Analista de RH - Matr. 85996
CES / SMS

ENCAMINHAMENTO DA RESPOSTA AO INTERESSADO:

☐ **FAVORÁVEL** – Reunião agendada em ____ / ____ / ____ no local: _____

☐ **DESAVORÁVEL** – Encerramento do processo (devolução do material ao interessado).



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA**

De: CE/CVE/SISVAN

Para: Distrito Sanitário

11/02/2004

A/c:...

Estamos encaminhando um material que gostaríamos de solicitar a gentileza de que seja distribuído as Autoridades Sanitárias de seu Distrito Sanitário durante as reuniões semanais.

Este material refere-se a uma pesquisa organizada pela Especialização Clínica da UFPR, mas que é de interesse do SISVAN, por isso nosso envolvimento. Como nosso setor é responsável pelo parecer técnico das solicitações via CAU de dietas enterais, consideramos que a pesquisa em questão nos trará alguns subsídios. Estamos encaminhando uma cópia do projeto para o Distrito Sanitário, visando esclarecer algumas dúvidas.

Se possível gostaríamos de deixar a questão distribuição do material sob sua responsabilidade, uma vez que já temos contato através do Programa Bolsa Alimentação e/ou Programa de Suplementação Nutricional. Qualquer problema, por favor, entre em contato conosco.

Para facilitar o controle, também gostaríamos que as Unidades de Saúde, ao preencherem o questionário, o devolvam para o Distrito Sanitário. Próximo da data prevista para a entrega do material preenchido (10 de março), a profissional envolvida com o projeto (Jane, fone: 323-1102) estará entrando em contato com o Distrito Sanitário. Inclusive se houver necessidade de que haja algum contato com as Unidades de Saúde, por telefone, ela pode se responsabilizar por fazê-lo.

Atenciosamente, agradecemos sua atenção.

Grupo Técnico do SISVAN



11/02/2004

De: Especialização em Nutrição Clínica UFPR / SISVAN

Para: Unidades Básicas de Saúde de Curitiba

Assunto: Preenchimento do Questionário de NED (Nutrição Enteral Domiciliar)

Estamos encaminhando em anexo, o questionário para levantamento do número de pacientes em nutrição enteral no domicílio da sua Unidade de Saúde. Cabe esclarecer que este questionário pertence a estudo que será utilizado para a Especialização em Nutrição Clínica da UFPR e também é de interesse do SISVAN, pois suas informações fornecerão subsidio para discussão das políticas públicas necessárias para garantir aos cidadãos um atendimento nutricional domiciliar de melhor qualidade. É muito importante a precisão ao responder o questionário.

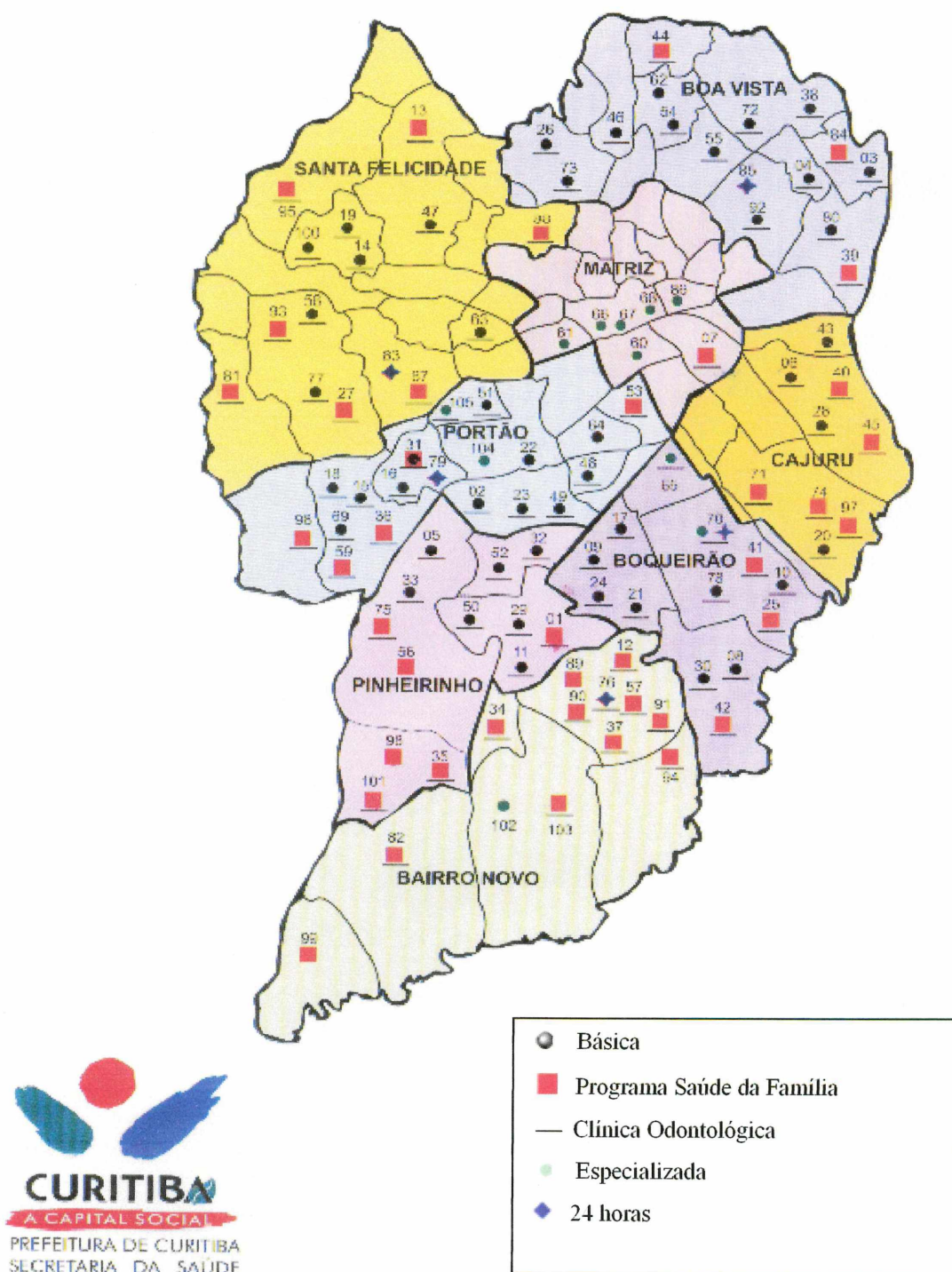
Sendo assim, solicitamos a gentileza de que o questionário em questão, após preenchido, seja encaminhado para o Distrito Sanitário, até o dia 10/03/2004. No caso de dúvidas favor entrar em contato com Jane, através do telefone 323-1102.

Desde já agradecemos a atenção dispensada.

Jane Lúcia Oswald Tulio
Nutricionista
Especialização em Nutrição Clínica UFPR

Grupo Técnico do SISVAN

Figura 1 - Mapeamento das Unidades de Saúde do Município de Curitiba.

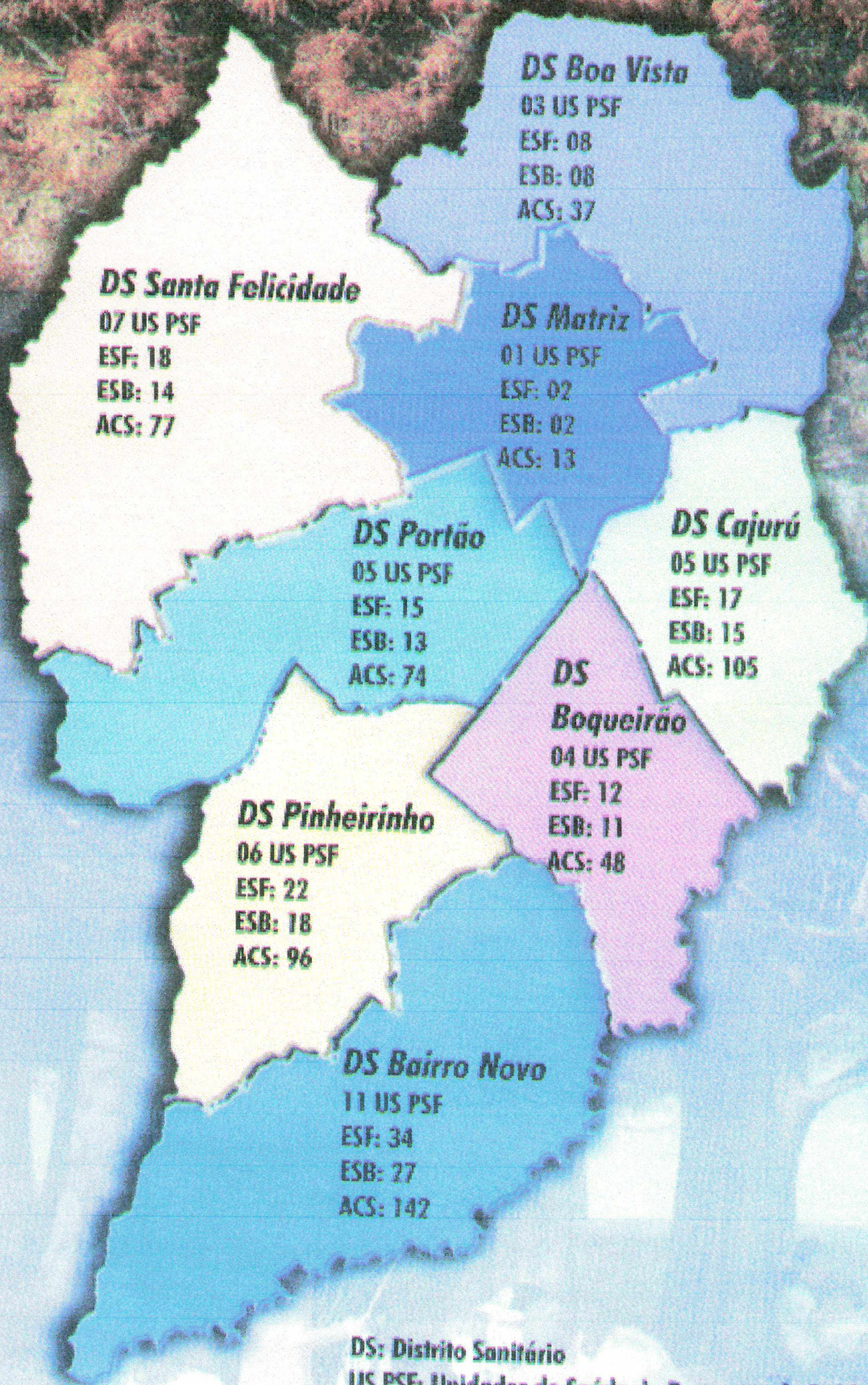


FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2002.

LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CURITIBA

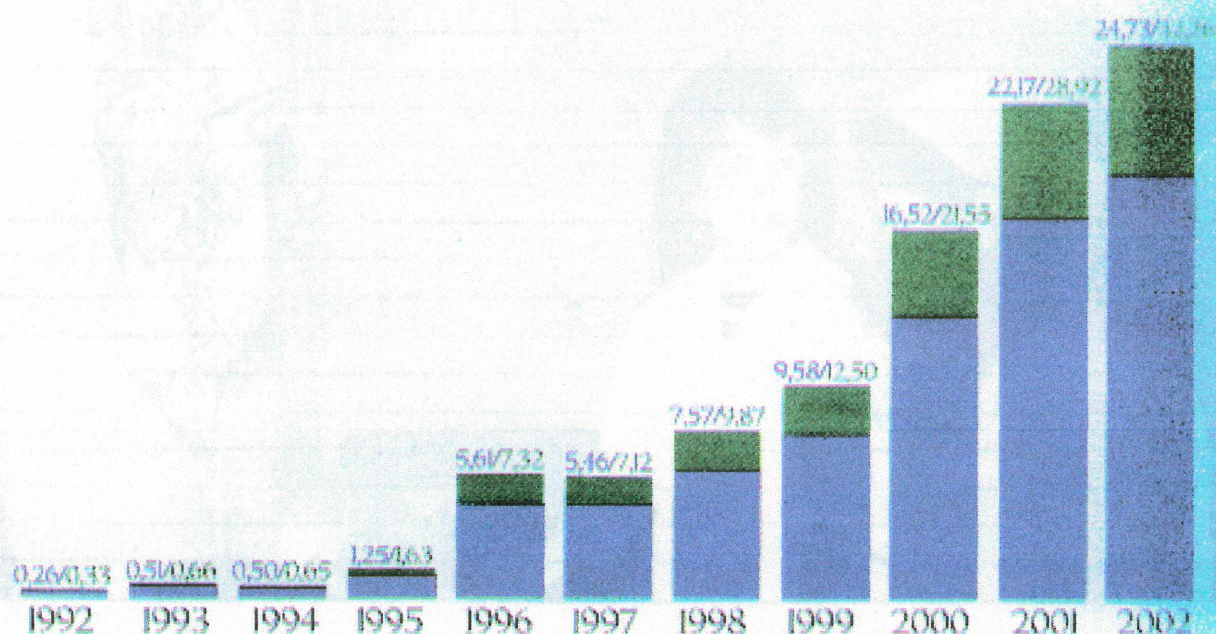


ESTRUTURAÇÃO DO PSF NOS DISTRITOS SANITÁRIOS EM CURITIBA



DS: Distrito Sanitário
US PSF: Unidades de Saúde do Programa de Saúde da Família
ESF: número de Equipes de Saúde da Família
ESB: número de Equipes de Saúde Bucal
ACS: número de Agentes Comunitários de Saúde

EVOLUÇÃO DA COBERTURA POPULACIONAL



- Cobertura realizada em Curitiba - equipe ampliada - 4.500 pessoas por equipe
- Cobertura 2º parâmetros da Ministério da Saúde - 3.450 pessoas por equipe PSF

COMPOSIÇÃO EQUIPE AMPLIADA DO PSF DE CURITIBA

Equipe PSF

- 1 médico
- 1 enfermeiro
- 4 auxiliares de enfermagem e
- 4 agentes comunitários de saúde.

Equipe de Saúde Bucal

- 1 cirurgião-dentista
- 1 técnico de higiene dentária
- 2 auxiliares de consultório dentário

Obs.: A característica, diferentemente do preconizado pelo Ministério da Saúde, é que Curitiba conta com 1 ESF para cada ESF aproximadamente, que compartilham o planejamento e o trabalho no território específico de uma unidade de saúde.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO NÚMERO DE UNIDADES PSF EM CURITIBA

