

CRENCIAMENTO EM TERAPIA NUTRICIONAL DE ALTA COMPLEXIDADE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL: SITUAÇÃO ATUAL

ACCREDITATION IN NUTRITION THERAPY FOR HIGH COMPLEXITY OF PUBLIC HOSPITALS IN FEDERAL DISTRICT: CURRENT SITUATION

Adriana Haack^{1,2}, Alessandra Cedro da Silva Santos¹, Wilma Maria Coelho Araújo², Renata Costa Fortes³

Resumo: As ações consideradas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são para os gestores um importante elenco de responsabilidades para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. A Portaria SAS /MS nº 120, 14 de abril de 2009, conferiu novas normas para as unidades hospitalares prestadoras de serviços do Sistema Único de Saúde e, dentre elas, estão inseridas àquelas relacionadas à terapia nutricional de alta complexidade (enteral e parenteral). Os hospitais da rede pública do Distrito Federal encontram dificuldades para se credenciar e posteriormente se habilitarem. O objetivo deste estudo foi descrever a situação atual da rede pública do Distrito Federal nas ações de habilitação e credenciamento em Terapia Nutricional de Alta Complexidade e apresentar um modelo de protocolo de Terapia Nutricional Enteral para ser utilizado na rede de saúde local. Trata-se de um estudo descritivo realizado no período de abril a julho de 2012 com base em informações dos Hospitais da Rede Pública do Distrito Federal e documentos/registros técnicos. Foram agendadas reuniões com as diferentes Regionais de Saúde para esclarecimento de pendências de credenciamento. As informações foram compiladas em um banco de dados e registradas sob a forma de relatório para os gestores responsáveis. À medida que os hospitais se adequavam às exigências da Portaria nº 120, os documentos eram enviados para o credenciamento/habilitação. O estudo mostrou que três Unidades alcançaram o perfil desejado para o credenciamento/habilitação. A Portaria nº 120 pode contribuir para o controle,acompanhamento das ações e dificuldades nos estabelecimentos de saúde, pois estabelece critérios que dependem da integração das diferentes áreas.

Palavras-chave: Hospitais, credenciamento, habilitação, terapia de nutrição enteral.

Abstract: The actions considered of medium and high outpatient and hospital complexity are to the managers an important cast of responsibility for ensuring the resolvability and integrality of assistance to citizens. The Ordinance SAS / MS nº 120, April 14, 2009, gave new standards for hospitals providing services of the Unified Health System. Among them are included those related to highly complex nutritional therapy (enteral and parenteral). The public hospitals of the Federal District find difficulties to qualify and subsequently accredited them. The objective of this study was to describe the current situation of public service of Federal District in actions of accreditation in Nutritional Therapy for High Complexity. This was a descriptive study conducted from April to July 2012 based on information from the public hospitals of the Federal District and technical documents / records. Meetings were scheduled with the various Regional Health for clarification of pending accreditation. The information was compiled into a database and recorded in the form of report to the managers. As the hospitals were suited to the requirements of Ordinance nº 120, the documents were sent to the accreditation/qualification. The study showed that three Units have achieved the desired profile for accreditation/qualification. The Ordinance nº 120 may contribute to the control and monitoring of actions in health facilities, because it establishes criteria that depend on the integration of different areas.

Key words: Hospitals, accreditation, qualification, enteral nutrition therapy.

¹Gerência de Nutrição da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). ²Universidade de Brasília (UnB)-DF.

³Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)/SES-DF.

Endereço para correspondência: Prof^a MSc Adriana Haack. SHIGS 715 Bloco A Casa 87. Brasília-DF. CEP: 70381-701. Telefone: (61)334862. Email: adrianahaack@hotmail.com

Introdução

A organização da prestação da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios, o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e os procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Dessa forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação¹.

As ações e os procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalares se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC). Os gestores estaduais têm se defrontado no seu cotidiano com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade por meio de conformação de redes de atenção à saúde, de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira¹.

A Portaria SAS /MS nº 120, de 14 de abril de 2009, elaborada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) conferiu novas normas para as unidades hospitalares prestadoras de serviços ao SUS. Dentre estas normas estão inseridas àquelas relacionadas à terapia nutricional de alta complexidade (enteral e parenteral). A Portaria aprova as Normas de Classificação e Credenciamento/Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/Parenteral, o

Formulário de Vistoria do Gestor, com Relatório da Vigilância Sanitária - VISA local; a Relação dos procedimentos em Terapia Nutricional da Tabela de Procedimentos, os Medicamentos e OPM do SUS; os Parâmetros para Composição de Teto Financeiro em Terapia Nutricional, a Tabela de Serviço/Classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Serviços de Saúde de Terapia Nutricional, com CBO/2002 (Código Brasileiro de Ocupação) e a Relação de hospitais habilitados em Terapia Nutricional, nos respectivos Estados à época².

Dentre as exigências a serem cumpridas pela Portaria 120 estão as implantações de Equipes Multidisciplinares de Terapia Nutricional e o credenciamento como Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Enteral (TNE) e Parenteral (TNP). Também são exigidas inspeções pela VISA, pela Seção de Credenciamento da Secretaria de Estado da Saúde (SES) – MS. Quando as unidades ou centros são considerados aptos pelas duas instâncias, Ministério da Saúde (MS) e Secretarias de Estado, as equipes enviam a documentação às Secretarias, órgãos que oficializam o credenciamento. O parecer final é emitido pelo MS e a Unidade ou Centro aguardam habilitação, confirmada após publicação no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde².

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do MS, a nutrição enteral consiste na utilização de alimentos para fins especiais e com ingestão controlada de nutrientes. É elaborada para uso por sondas ou via oral conforme necessidades nutricionais e visa a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas³. A nutrição enteral propõe um menor comprometimento fisiológico quando relacionada à parenteral⁵ e pode ser realizada pela utilização de produtos industrializados ou com fórmulas

artesanais. O uso de produtos enterais é uma terapia para pacientes com os seguintes agravos: deficiência protéico-energética, imunocomprometidos, com disfagia severa, estresse metabólico, doença ou idade avançada, fibrocísticos, pacientes com epidermólise bolhosa congênita, erros inatos do metabolismo, síndromes dissabsortivas, entre outros, pois fornece um suporte nutricional a quem não tem condições de se alimentar por via oral, pois oferece nutrientes indispensáveis a pacientes com alto catabolismo⁶.

A nutrição parenteral é uma via que serve para complementar ou substituir a alimentação via oral ou enteral. É uma alternativa para pacientes que não conseguem se alimentar utilizando o aparelho digestório e por isso necessitam de outra opção para manter um adequado estado nutricional. Trata-se de solução ou emulsão composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios e vitaminas, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico e administrada por via intravenosa³.

Os hospitais da rede pública do DF encontram empecilhos para se credenciar e posteriormente se habilitarem no MS devido às dificuldades em suas unidades de assistência e centros de atendimento quando avaliados pelos órgãos gestores e fiscalizadores da SES. Entre os itens necessários constam registros das comissões constituídas no local, presença e análise de indicadores de terapia nutricional, registro em prontuários e formação de equipes multiprofissionais, além da estrutura do local de manipulação, armazenamento e dispensação da nutrição enteral, o controle de dietas parenterais, entre outros.

A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados,

integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes” são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida³.

O credenciamento e habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional foram aprovados pelo MS pela 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 e também garantir, aos pacientes em risco nutricional ou desnutridos, uma

adequada assistência nutricional, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas específicas, entre outros^{2,3}.

A partir da sua publicação, as Normas de Classificação e Credenciamento/Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em TNE e Enteral/Parenteral e Formulário de Vistoria do Gestor, com Relatório da VISA local passou a ser necessário no cumprimento das exigências da Secretaria e Ministério da Saúde³ (Quadro I).

Quadro I. Modelo simplificado da relação de documentos a serem apresentados à Gerência de Controle de Habilitação e Credenciamento/Diretoria de Controle e Avaliação e Credenciamento/Subsecretaria de Planejamento, Regulação Avaliação e Controle da Secretaria de Estado de Saúde (GCHC/DICOAS/SUPRAC/SES) para credenciamento do serviço. Brasília- DF, 2012.

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO
FICHA DO CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO
MEMBROS E PUBLICAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
ROTEIRO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA) PARA INSPEÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL - ENTERAL/PARENTERAL;
RELATÓRIO DE VISTORIA, BASEADO NO ROTEIRO MENCIONADO NO ITEM ANTERIOR, REALIZADO "IN LOCO" PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, COM A AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE.
COMISSÕES CONSTITUÍDAS (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, ÓBITOS, PRONTUÁRIOS E ÉTICA)
ATA DA ÚLTIMA REUNIÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
CONTRATO COM EMPRESA QUE FORNECE OU MANIPULA DIETAS ENTERAIS
CONTROLE DA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS USADOS NA TNE
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, EXAMES POR IMAGENS, HEMOTERAPIA DISPONÍVEL, TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA VISTORIA DO PRONTUÁRIO (informações indispensáveis e mínimas) a) Identificação do paciente; b) Histórico Clínico; c) Triagem e Avaliação Nutricional; d) Indicação e Acompanhamento Nutricional; e) Descrição do ato cirúrgico ou procedimento endoscópico, quando for o caso; f) Descrição da Evolução; g) Ficha de registro de infecção hospitalar; h) Sumário da alta hospitalar; i) Evolução ambulatorial.
PROTOCOLOS DE TRIAGEM E AVALIAÇÃO, INDICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL
PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM, MÉDICO CIRÚRGICO
PROTOCOLO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Fonte: Adaptado de Portaria SAS /MS nº 120 de 14 de abril de 2009².

Deste modo, essa análise tem como objetivo descrever a situação atual da rede pública do Distrito Federal nas ações de habilitação e credenciamento em Terapia Nutricional de Alta Complexidade, de acordo com a legislação vigente, e apresentar um modelo de protocolo de Terapia Nutricional Enteral para ser utilizado na rede de saúde local.

Métodos

Estudo descritivo realizado no período de abril a julho de 2012 com base em informações dos Hospitais da Rede Pública do Distrito Federal e documentos/ registros técnicos da Gerência de Nutrição/SAS/SES e Gerência de Controle de Habilitação e Credenciamento/Diretoria de Controle e Avaliação e Credenciamento/Subsecretaria de Planejamento, Regulação Avaliação e Controle- GCHC/ DICOAS/ SUPRAC/SES, Distrito Federal.

Foram agendadas reuniões com as diferentes Regionais de Saúde para esclarecimento sobre as pendências de credenciamento e informações gerais. As Regionais convidadas foram:

- HRG - Hospital Regional do Gama;
- HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal;
- HRAN - Hospital Regional da Asa Norte;
- HRS - Hospital Regional de Sobradinho;
- HRT - Hospital Regional de Taguatinga;
- HRSAM - Hospital Regional de Samambaia;
- HRSM - Hospital Regional de Santa Maria;
- HRC - Hospital Regional de Ceilândia;
- HRAS - Hospital Regional da Asa Sul;
- HRPa - Hospital Regional do Paranoá.

Todas as Regionais convidadas compareceram para os esclarecimentos.

As informações foram compiladas em um banco de dados e registradas sob a forma de relatório para o acompanhamento dos gestores responsáveis. À medida que as unidades

hospitalares se adequavam às exigências da Portaria nº 120, os documentos eram enviados para o credenciamento/habilitação.

Resultados e Discussão

As observações que se seguem sobre o levantamento de necessidades e as dificuldades de credenciamento habilitação dos serviços em alta complexidade devem ser entendidas como alerta para alguns aspectos importantes relacionados ao tema, que, entretanto, não podem ser tomados isoladamente e devem estar inseridos e discutidos no planejamento global de saúde do Distrito Federal.

A alta complexidade inicia-se com o levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse, com o conhecimento dos principais problemas de saúde nas unidades hospitalares, com a definição de prioridades e a solução dos problemas. Todas estas ações podem implicar em repasse de recursos às unidades hospitalares e, com isso, contribuir indiretamente ou diretamente para ações estratégicas entre os atores envolvidos. Quando são observadas regularidades, de acordo com as normas vigentes e norteadoras, os problemas devem ser sanados, pois impedem a dinâmica e o aperfeiçoamento do SUS presente na rede de atenção à saúde da população¹.

Observa-se que 3 (três) Unidades Hospitalares alcançaram o perfil desejado para o credenciamento/habilitação e possivelmente farão parte da relação dos hospitais habilitados em Terapia Nutricional. Dessa forma, elas entrarão na composição do Teto Financeiro em Terapia Nutricional da Tabela de Serviço/Classificação do SCNES de Terapia Nutricional da Portaria nº 120 (Quadro II).

Outras Unidades Hospitalares precisarão adequar seus comitês, protocolos, rotinas, nomeação de equipes multidisciplinares, e

Certidão de Aptidão pela VISA para normatizar seus serviços e receber repasses financeiros do Ministério da Saúde.

Como parte das exigências para credenciamento e habilitação, a Gerência de Controle de Habilitação e Credenciamento/Diretoria de Controle e Avaliação e Credenciamento/Subsecretaria de Planejamento, Regulação Avaliação e Controle-GCHC/DICOAS/SUPRAC/SES solicitou a Gerência de Nutrição/SAS/SES (GENUT) que fosse estabelecido um protocolo único a ser utilizado por todas as unidades hospitalares; embora cada uma pudesse estabelecer o modelo que melhor se adaptasse ao seu serviço para o credenciamento.

Os protocolos sugeridos pela equipe da Gerência de Controle de Habilitação e Credenciamento tratam de modelos de Avaliação Nutricional e Triagem, Indicação e Terapia Nutricional e Avaliação de Resultados. No período de abril a junho de 2012 foi discutido e avaliado no Hospital Regional da Asa Norte-HRAN e na GENUT o Protocolo Clínico de Triagem Nutricional – NRS 2002 (Apêndice I). O Protocolo aprovado foi enviado ao setor responsável e encontra-se em nova fase de aprovação pelo Comitê de Protocolos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após a fase de consulta pública vigente (05/07 a 05/09/2012) no site da SES-DF <http://www.saude.df.gov.br/>.

Os protocolos de Avaliação Nutricional, Indicação de Terapia Nutricional e Avaliação de Resultados serão discutidos a partir do segundo semestre de 2012 conforme calendário do Comitê de Protocolos do Hospital Regional da Asa Norte.

Quadro II. Diagnóstico situacional dos credenciamentos de Terapia Nutricional da SES-DF apresentados à Gerência de Nutrição/SAS/SES e Gerência de Controle de Habilitação e Credenciamento/Diretoria de Controle e Avaliação e Credenciamento /Subsecretaria de Planejamento, Regulação Avaliação e Controle. GCHC/DICOAS/SUPRAC/SES. Brasília, Distrito Federal, 2012.

Hospitais da Rede Pública do Distrito Federal	Pendências evidenciadas
HRAS	Nenhuma. Encaminhado para habilitação.
HRSAM	Nenhuma. Encaminhado para habilitação.
HRT	Nenhuma. Encaminhado para habilitação.
HRSM	Relatório da VISA: APTO Não há comissões estabelecidas, falta a publicação da EMTN.
HRS	Relatório da VISA: APTO. Falta a publicação da EMTN, não tem Ficha reduzida do CNES; solicitação do gestor, documentos comprobatórios de laboratórios e afins e UTI.
HRAN	Relatório da VISA: APTO. Faltam as comissões, faltam as cópias de toda a documentação solicitada no dia da vistoria.
HRC	Relatório da VISA: APTO Faltam as comissões, faltam as cópias de toda a documentação solicitada no dia da vistoria.
HRG	Relatório da VISA: APTO. Os documentos estão desatualizados. Precisa verificar vigência e atualizar informações.
HRPa	Relatório da VISA: Necessária reavaliação. Faltam todos os documentos.
HBDF	Relatório da VISA: Necessária reavaliação .

Nota: CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Serviços de Saúde; VISA- Vigilância Sanitária; EMTN- Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional; HRG- Hospital Regional do Gama; HBDF- Hospital de Base do Distrito Federal; HRAN- Hospital Regional da Asa Norte; HRS- Hospital Regional de Sobradinho; HRT- Hospital Regional de Taguatinga; HRSAM- Hospital Regional de Samambaia; HRSM - Hospital Regional de Santa Maria; HRC- Hospital Regional de Ceilândia; HRAS- Hospital Regional da Asa Sul; HRPa - Hospital Regional do Paranoá.

Considerações finais

Este trabalho pretendeu ser sintético e enfatizou informações de caráter prático e operacional que auxiliassem os gestores a aperfeiçoarem os seus serviços.

Embora tenham sido observadas muitas não conformidades e ausência de documentações evidenciou-se que algumas unidades hospitalares conseguiram atingir seus objetivos e possivelmente serão credenciadas pelo órgão competente. Outras estão procurando se adequar para receber o credenciamento/habilitação.

A solicitação da SES-DF para normatizar o serviço mediante um protocolo de modelo único é essencial, pois por meio da padronização pode-se descrever um padrão detalhado de quem faz, o que deve ser feito e de que maneira em cada situação enfrentada pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. Ou seja, relata toda a rotina diária da unidade desde a admissão do paciente no hospital e seu método de triagem para recebimento (ou não) de terapia nutricional até seu acompanhamento final, inclusive frente a complicações.

A Portaria da SAS /MS nº 120, de 14 de abril de 2009, pode contribuir para o controle, acompanhamento e dificuldades das ações nos estabelecimentos de saúde, pois estabelece critérios que dependem da integração das diferentes áreas e, com isso, pode ampliar as práticas integrativas necessárias ao SUS e seus gestores.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

2. Brasil. Ministério da Saúde: Portaria nº 120 de 14 de abril de 2009, Assistência de Alta Complexidade de Terapia Nutricional. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0120_14_04_2009.html>. Acesso em 07/07/2012.

3. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios- 3 ed- Brasília: Editora do Ministério da Saúde Brasil, 2009. 480 p.: (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3e_dicao_completo.pdf>. Acesso em: 07/07/2012.

4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Resolução RDC 63 de 06/07/2000, Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 15/06/2012.

5. Ferreira, RS. Elaboração de fórmulas enterais artesanais de baixo custo adequadas em fluidez e osmolalidade. Dissertação (Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, título de Magister Scientiae) - Universidade Federal de Viçosa. Viçosa—MG, 2009.

6. Lima ARC, Barros, LM, Rosa MS, Cardonha AMS, Dantas MAM. Avaliação microbiológica de dietas enterais manipuladas em um hospital. Acta Cirúrgica Brasileira 2005; 20(1):27-30.

APÊNDICE I

Protocolo de Triagem Nutricional para SES-DF

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

Como estratégias de busca para o presente protocolo, utilizou-se artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados Medline/PubMed, Embase e Cochrane, com ênfase nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês e português. Os descritores utilizados foram: desnutrição, risco nutricional, triagem nutricional, indicadores do estado nutricional e avaliação nutricional. Foram selecionados estudos clínicos, observacionais, epidemiológicos, entre outros, seguidos de tratamento estatístico com probabilidade de significância de 5%, além do Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina.

2. INTRODUÇÃO

A desnutrição é um processo consequente à ingestão inadequada de nutrientes comparada às necessidades ou à utilização inadequada dos mesmos¹, o que contribui para o aumento da morbimortalidade, da piora da qualidade de vida, do tempo de internação hospitalar e dos custos de internação².

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) constatou que quase metade (48,1%) dos 4000 pacientes internados na rede pública de 12 estados e do Distrito Federal possuía algum grau de desnutrição, sendo que desses 12,5% eram desnutridos graves.³ Diversos estudos corroboram com esses resultados e apontam uma prevalência da desnutrição hospitalar que oscila entre 30% e 60% dos casos, podendo chegar a 80% ou mais⁴⁻⁷.

A avaliação nutricional é o primeiro passo da assistência nutricional e tem como propósito a obtenção de informações adequadas, com o intuito de identificar problemas associados à nutrição, sendo composta de coleta, verificação e interpretação de dados para adequada tomada de decisões em relação à natureza e à causa dos distúrbios nutricionais⁸.

A formulação precoce do diagnóstico nutricional é imprescindível, pois permite identificar indivíduos em risco nutricional ou desnutridos, favorecendo a recuperação dos mesmos, além de prevenir as complicações relacionadas à desnutrição⁶. Porém, apesar de a existência de vários métodos de avaliação nutricional, até o momento não há um método considerado padrão-ouro para a determinação dessa condição nutricional e todas as medidas utilizadas na sua avaliação podem ser afetadas pela doença ou pelo trauma, existindo limitações importantes nos métodos já existentes⁸.

A inserção de um método de triagem com o propósito de identificar o risco nutricional tem sido recomendada por organizações de especialistas, nacional e internacionalmente, para avaliar os efeitos físicos e fisiológicos adversos de pacientes com doenças crônico-degenerativas e/ou lesões agudas. Compete ao nutricionista realizar a triagem e avaliação do estado nutricional, com base em protocolo pré-estabelecido, com o intuito de identificar o risco nutricional ou a desnutrição hospitalar⁸.

O rastreamento de risco nutricional é um método de triagem nutricional para detectar a presença de desnutrição e o risco do desenvolvimento de desnutrição durante a internação hospitalar e, conseqüentemente, identificar os pacientes que possam se beneficiar de terapia nutricional⁸.

Após a identificação do risco nutricional pela triagem os pacientes devem ser submetidos à avaliação nutricional para classificar seu estado nutricional e, posteriormente, planejar a terapia nutricional. Vários instrumentos têm sido propostos nesse sentido, destacando o *Nutritional Risk Screening - NRS-2002*^{9,10} e a Avaliação Subjetiva Global – ASG¹¹.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

Todas as doenças estão contempladas, visto que o propósito é identificar o risco nutricional o mais precocemente possível, ou seja, nas primeiras 72 horas de internação hospitalar.

4. DIAGNÓSTICO

A *Nutrition Risk Score* (NRS) – 2002 foi desenvolvida por Reilly *et al*¹⁰ para detectar a presença de risco nutricional, sendo indicada para pacientes desnutridos e/ou criticamente doentes. Ela utiliza os seguintes critérios:

- Perda involuntária de peso nos últimos três meses (quantidade e duração);
- Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos e, percentil de peso para crianças;
- Ingestão alimentar (apetite e capacidade de se alimentar);
- Fatores de estresse da doença (efeito da doença sobre as necessidades nutricionais);
- Idade acima de 70 anos como fator de risco adicional (soma-se 1 ponto no resultado final).

Porém, **na ausência de risco nutricional, o procedimento deve ser repetido em sete dias.**

O questionário da NRS-2002 é separado em duas etapas, a saber:

- 1ª etapa ou **Triagem Inicial** - Essa etapa é constituída de quatro questões que levam em consideração: a) **índice de massa corporal (adultos) ou percentil de peso (crianças)**, b) **perda de peso nos últimos três meses**, c) **ingestão alimentar** e, d) **estresse da doença**;

- 2ª etapa ou **Triagem Final** – Essa etapa é composta pelo **estado nutricional** e pela **gravidade da doença**, sendo realizada apenas se alguma das respostas das questões da Triagem Inicial for positiva.

Os pacientes, após a aplicação da segunda etapa, são classificados em relação ao **estado nutricional** (ausência de desnutrição, desnutrição leve, moderada e grave) e à **gravidade da doença** (ausente, leve, moderada e grave), obtendo uma **pontuação total de zero a seis**.

Os pacientes são classificados da seguinte maneira: a) Escore total maior ou igual a três (≥ 3 pontos) = **risco nutricional** e Escore menor do que três (< 3 pontos) = **sem risco nutricional**.

Após a triagem, **o paciente em risco nutricional deve ser encaminhado para a avaliação do estado nutricional, planejamento e início da terapia nutricional**, caso seja necessária⁸. E, **o paciente identificado como sem risco nutricional deverá ser reavaliado semanalmente** para monitoração e detecção do desenvolvimento do risco nutricional.

Segue protocolo de Triagem Nutricional: Paciente admitido nas primeiras 72 horas de internação hospitalar:

1ª Etapa - Nutritional Risk Screening (NRS-2002) – Triagem Inicial

	Sim	Não
1) O IMC é $< 20,5$ kg/m ² ?		
2) O paciente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3) O paciente teve sua ingestão dietética reduzida na última semana?		
4) O paciente é gravemente doente? (ex: em terapia intensiva)		

Observação: se der alguma resposta positiva (sim), passa-se para a 2ª etapa:

2ª Etapa - Nutritional Risk Screening (NRS-2002) – Triagem Final

Estado Nutricional		Gravidade da doença (aumento das necessidades)	
Ausência Escore 0	Estado nutricional normal.	Ausência Escore 0	Necessidades nutricionais normais.
Leve Escore 1	Perda de peso $> 5\%$ em 3 meses ou ingestão alimentar na última semana entre 50-75% das necessidades nutricionais.	Leve Escore 1	Fratura de quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas: cirrose, DPOC, hemodiálise, diabetes, oncologia. Paciente fraco, mas deambula.
Moderado Escore 2	Perda de peso $> 5\%$ em 2 meses ou IMC entre 18,5 – 20,5 + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 25-60% das necessidades nutricionais.	Moderado Escore 2	Cirurgia abdominal de grande porte, AVC. Pneumonia grave, doença hematológica maligna (leucemia, linfoma). Paciente confinado ao leito.
Grave Escore 3	Perda de peso $> 5\%$ em 1 mês ($> 15\%$ em 3 meses) ou IMC $< 18,5$ + condição geral prejudicada (enfraquecida) ou ingestão alimentar na última semana entre 0-25% das necessidades nutricionais.	Grave Escore 3	Trauma, transplante de medula óssea, paciente em terapia intensiva (APACHE > 10).
Escore do estado nutricional =		Escore da gravidade da doença =	
Escore do estado nutricional + gravidade da doença =			Escore total =
Se o paciente tem 70 anos ou mais some um ponto no escore=			

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O protocolo de identificação de risco nutricional será aplicado a todos os pacientes, crianças, adultos e idosos, de ambos os sexos, internados nas primeiras 72 horas, nas Unidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Emergência, Maternidade, Pediatria, Queimados, dentre outras.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não há critérios de exclusão, visto que o protocolo se aplica a diversas situações clínicas, pois o intuito é identificar o risco nutricional e, no caso específico de crianças, utiliza-se o percentil de peso em substituição ao índice de massa corporal.

7. TRATAMENTO

Após a identificação de risco nutricional pela NRS-2002, os pacientes devem ser submetidos à avaliação nutricional para classificar seu estado nutricional e, posteriormente, planejar a terapia nutricional^{8,9,12} quer seja pela via oral, enteral, parenteral ou a combinação dessas modalidades terapêuticas.

Sugere-se que seja realizada a Avaliação Subjetiva Global (ASG)¹² logo após a identificação de risco pela NRS-2002, bem como uma avaliação nutricional minuciosa para classificar o grau de desnutrição do paciente envolvendo variáveis subjetivas e objetivas^{2,12}.

8. MONITORIZAÇÃO

O paciente classificado em risco nutricional pela NRS-2002 deve ser encaminhado para a avaliação do estado nutricional, planejamento e início da terapia nutricional. O paciente identificado como sem risco nutricional pela NRS-2002 deverá ser reavaliado semanalmente para monitoração e detecção do desenvolvimento do risco nutricional.

9. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Idem item 8 (monitorização).

10. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Não se aplica.

11. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Não há riscos durante a aplicação do protocolo NRS-2002.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva. Parte 1 - Revisão de sua validade após duas décadas de uso. *Arq Gastroenterol* 2002; 39(3): 181-87.
2. Beghetto MG, Manna B, Candal A, Mello ED, Polanczyk CA. Triagem nutricional em adultos hospitalizados. *Rev Nutr.* 2008; 21(5): 589-601.
3. Waitzberg GDL, Caiaffa WT, Correia MID. Hospital Malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition, New York* 2000; 17: 573-80.
4. Logan, SMS, Hildebrandt LA. The Use of Prealbumin to Enhance Nutrition-Intervention Screening and Monitoring of the Malnourished Patient. *Nutrition Today* 2003; 38: 134-38.
5. Rezende IFB, Oliveira VS, Kuwano EA, Leite APB, Rios I, Dórea YSS, et al. Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil. *R. Ci. Méd. Biol.* 2004; 3(2):194-200.
6. Micheli ET, Abrahão CLO, Grigoletti SS, Berizzi V, Cruz LB. Diagnóstico nutricional: comparação entre os instrumentos de avaliação *Nutrition Risk Screening* (NRS-2002) e avaliação nutricional do hospital de clínicas de Porto Alegre (NA-HCPA). *Rev HCPA.* 2009; 29(1): 23-28.

7. Mota JF, Venâncio LS, Burini RC. Cirurgia e terapia nutricional oral. *Rev Bras Nutr Clin.* 2009; 24(1): 51-7.

8. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Associação Brasileira de Nutrologia. Projeto Diretrizes. Triagem e avaliação do estado nutricional. 2011.

9. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Barbosa FCP, Cecconello I, Waitzberg DL. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev. Nutr.* 2008; 21(5): 553-561.

10. Reilly HM, Martineau JK, Moran A, Kennedy H. Nutritional screening: evaluation and implementation of a simple Nutrition Risk Score. *Clin Nutr.* 1995; 14(5): 269-73.

11. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parent Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13.

12. Raslan M, Gonzales MC, Torrinhos RSMM, Ravacci GR, Pereira JCR, Waitzberg DL. Complementarity of Subjective Global Assessment (SGA) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) for predicting poor clinical outcomes in hospitalized patients. *Clinical Nutrition* 2011, 30:49-53.