

Bioética e direito humano à alimentação adequada na terapia nutricional enteral

Eloisa Cristina Gonçalves¹, Ivone Mayumi Ikeda Morimoto², Cilene da Silva Gomes Ribeiro³, Thiago Rocha da Cunha⁴, Carla Corradi-Perini⁵

Resumo

Este estudo objetiva refletir à luz da bioética a incorporação do conceito de direito à alimentação adequada no âmbito da terapia nutricional enteral. Trata-se de estudo longitudinal realizado com pacientes em nutrição enteral internados em hospital universitário brasileiro. O respeito a esse direito foi verificado a partir da análise de adequação da dieta oferecida aos pacientes. Os resultados demonstram que menos da metade dos pacientes recebeu dieta adequada (quantidade e qualidade), principalmente por fatores ligados a doenças e ao tratamento (diarreia, náuseas e vômitos, estase gástrica, jejum para exames/procedimentos). Entretanto, observa-se que limitação de recursos financeiros e fragilidades na organização dos serviços contribuem para essa realidade. A terapia nutricional enteral evoluiu nas últimas décadas em relação a regulamentações e disponibilidade de produtos, porém a análise bioética evidencia que há desafios a serem enfrentados para que o direito em questão seja garantido também no contexto clínico e terapêutico.

Palavras-chave: Bioética. Nutrição enteral. Direitos humanos.

Resumen

Bioética y derecho humano a la alimentación adecuada en la terapia nutricional enteral

Este estudio tiene como objetivo reflexionar, a la luz de la bioética, sobre la incorporación del concepto de derecho a la alimentación adecuada en el contexto de la terapia nutricional enteral. Se trata de un estudio longitudinal, realizado en pacientes con nutrición enteral internados en un hospital universitario brasileño. El respeto a este derecho se verificó a partir del análisis de la adecuación de la dieta ofrecida a los pacientes. Los resultados muestran que menos de la mitad de los pacientes recibieron una dieta adecuada (cantidad y calidad), principalmente debido a complicaciones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento (diarrea, náuseas y vómitos, estasis gástrica, ayuno para exámenes/procedimientos). Sin embargo, se observa que la limitación de los recursos financieros y las debilidades en la organización de los servicios contribuyen a esta realidad. La terapia nutricional enteral ha evolucionado en las últimas décadas en relación con las regulaciones y la disponibilidad de productos, sin embargo, el análisis bioético muestra que hay desafíos a ser enfrentados para que el derecho en cuestión esté garantizado en el contexto clínico y terapéutico.

Palabras clave: Bioética. Nutrición enteral. Derechos humanos.

Abstract

Bioethics and the human right to adequate feeding during enteral nutritional therapy

This study aims to reflect, in the light of bioethics, about the incorporation of the concept of human right to adequate food in the scope of enteral nutritional therapy. This is a longitudinal study performed with patients being fed through enteral nutrition who were admitted to a Brazilian University hospital. The respect for this right was checked by the analysis of the adequacy of the diet offered to the patients. The results show that less than half the patients received adequate diet (quantity and quality), mainly due to disease and treatment factors (diarrhoea, nausea and vomiting, gastric stasis, fasting for exams/procedures). However, it is observed that the limitation of financial resources and fragility in the organisation of services contribute to this reality. Enteral nutritional therapy has evolved in recent decades in relation to regulations and availability of products, but bioethical analysis shows that there are challenges to be faced in order to ensure that the right in question is also guaranteed in the clinical and therapeutic context.

Keywords: Bioethics. Enteral nutrition. Human rights.

Aprovação CEP PUC/PR 459.363

1. **Especialista** eloisacgoncalves@hotmail.com – Santa Casa de Curitiba, Curitiba/PR 2. **Mestre** ivone.morimoto@pucpr.br – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) 3. **Doutora** cilene.silva@pucpr.br – PUCPR 4. **Doutor** rocha.thiago@pucpr.br – PUCPR 5. **Doutora** carla.corradi@pucpr.br – PUCPR, Curitiba/PR, Brasil.

Correspondência

Carla Corradi-Perini – Escola de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Rua Imaculada Conceição, 1.155, Prado Velho CEP 80215-901. Curitiba/PR, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*¹, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 1948, reconhece a dignidade como sendo inerente à humanidade. Portanto, os seres humanos são possuidores de direitos iguais e inalienáveis – questão que norteou o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. Segundo Oliveira, *o princípio da dignidade humana é marco axiológico da bioética internacional* e, complementa a autora, *a dignidade humana é o mais evidente ponto de aproximação entre a bioética e os direitos humanos, sendo o princípio fundamental e alicerce da construção teórica nos dois campos do saber*².

A interface entre bioética e direito humano à alimentação adequada (DHAA) se evidencia no princípio de responsabilidade social e saúde disposto no artigo 14 da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH), que, entre outros elementos, determina que os avanços e progressos científicos e tecnológicos devem promover *o acesso a alimentação e água adequadas*³.

Assim, o DHAA, como um dos direitos fundamentais necessários à efetivação da dignidade humana, deve ter seu conceito incorporado nas estratégias de desenvolvimento social e de segurança alimentar e nutricional (SAN). Por DHAA compreende-se *o direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva*⁴.

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional foi criado pela Lei 11.346, em setembro de 2006, com o objetivo de assegurar o DHAA, sendo regido por princípios que englobam a *universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada, sem qualquer espécie de discriminação*, e também *o respeito à dignidade das pessoas*⁵, por meio de formulações e implementações de políticas e planos de SAN e integração entre governo e sociedade civil. O órgão também conta com a ajuda do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, instrumento da sociedade civil que dá assessoria imediata à presidência da República na formulação de políticas e definição de orientações para que o país garanta o direito humano à alimentação⁶.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição engloba o cuidado a indivíduos com necessidades

alimentares especiais⁷, incluindo pacientes em terapia nutricional enteral (TNE) – conjunto de procedimentos terapêuticos para manter ou recuperar o estado nutricional por meio de tubo ou sonda flexível⁷.

No âmbito hospitalar, é cada vez mais frequente a TNE como alternativa para pacientes que estão com o trato gastrointestinal preservado e não podem ingerir alimentos via oral ou apresentam ingestão oral insuficiente⁸. A prescrição da terapia procura prevenir a deterioração do estado nutricional⁹; portanto, deve ser nutricionalmente completa e adequada para satisfazer as exigências nutricionais do paciente, considerando as condições clínicas individuais¹⁰, e preservar os direitos e a autonomia do paciente¹¹.

Dessa forma, é importante ressaltar a nutrição em todos os seus aspectos, incluindo a terapia nutricional enteral, no contexto do direito humano. A importância de fornecer as quantidades suficientes de nutrientes e energia estabelecidas para o paciente relaciona-se à exigência de reduzir o tempo de internação hospitalar e à incidência de infecções e morbimortalidade, responsáveis por afetar sua evolução clínica¹²⁻¹⁴.

Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo geral analisar à luz da bioética o respeito ao direito à alimentação adequada de pacientes em TNE. Especificamente, pretendeu-se analisar o histórico da evolução das políticas relacionadas à TNE nas últimas décadas e demonstrar a realidade atual de hospital universitário em relação a esse procedimento, verificando fatores relacionados à (in)adequação da dieta e às necessidades nutricionais dos pacientes estudados.

Método

A pesquisa teve caráter longitudinal, descritivo, de abordagem quantitativa, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A fim de permitir melhor contextualização dos resultados obtidos, foi feita revisão narrativa abordando o histórico da evolução da TNE no cenário brasileiro, e apontando marcos legais e políticos, a partir dos descritores “nutrição enteral”, “dieta por sonda”, “legislação e terapia nutricional”, no idioma português, sem limitação de data de publicação. A busca foi realizada nas bases de dados SciELO e Lilacs e nos sites dos conselhos profissionais,

associações e sociedades brasileiras relacionadas à terapia nutricional enteral.

Paralelamente, para demonstrar a realidade atual da TNE em ambiente hospitalar, foi realizada pesquisa de campo com pacientes em nutrição enteral, internados em hospital universitário brasileiro entre janeiro e abril de 2014, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) após receberem informação detalhada sobre o estudo. Para pacientes incapazes de se comunicar, foi contatado o familiar responsável, para o qual foi explicada a pesquisa e solicitada assinatura do TCLE.

Participaram do estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com prescrição de nutrição enteral via sonda ou ostomia, complementada ou não com suplementação nutricional industrializada via oral, internados pelo SUS. Foram excluídos pacientes em nutrição enteral que estivessem em transição para dieta via oral, pacientes cujas necessidades nutricionais não pudessem ser estimadas devido à impossibilidade de avaliação nutricional antropométrica e pacientes em cuidados paliativos. A amostra final resultou em 30 participantes.

Após inclusão no estudo, os pacientes foram submetidos a avaliação nutricional para determinação das necessidades nutricionais. Foi feita avaliação antropométrica com os indivíduos até 72 horas após o início da TNE, e acompanhados diariamente durante o período de internação. Além disso, foi aferida estatura mediante método indireto da altura do joelho, com o auxílio de fita métrica flexível e inextensível. O peso ideal foi estimado por meio do IMC médio para a idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde¹⁵ e Lipschitz¹⁶, para adultos e idosos, respectivamente. As necessidades energéticas foram determinadas de acordo com a estimativa por quilograma de peso corporal segundo Martins e Cardoso¹⁷.

A dieta infundida foi adequada com base na análise dos registros de seus volumes diários durante o período em que o paciente passou por esse procedimento. Considerou-se também a suplementação nutricional industrializada via oral ou nutrição parenteral complementar (incluindo soro glicosado) para determinar macro e micronutrientes administrados. A quantidade energética desses nutrientes fornecida no quarto dia de recebimento da dieta foi comparada às necessidades nutricionais do paciente para análise da adequação.

Ainda em relação à nutrição enteral, foram descritos e analisados os seguintes itens: motivos da prescrição da TNE, patologias de base, complicações provenientes da nutrição enteral, via(s) de acesso utilizada(s) pelos pacientes, formulações de dietas enterais utilizadas, densidade calórica das formulações, volume prescrito, volume administrado, taxa de infusão da dieta, e tempo (dias) para atingir a totalidade das necessidades energéticas e proteicas.

Para adequar a dieta foram considerados também dados clínicos e intercorrências relacionados à nutrição enteral. Quanto aos resultados, as variáveis quantitativas foram analisadas por estatística descritiva e as variáveis qualitativas foram categorizadas e analisadas por distribuição por frequência.

Resultados

A busca na literatura do histórico da terapia enteral revelou que os avanços se intensificaram a partir do final da década de 1970, quando as indústrias se mobilizaram para desenvolver formulações de dietas nutricionalmente completas e liofilizadas. Após essa conquista, verificou-se a organização de sociedades voltadas aos estudos sobre a nutrição e o aprofundamento da discussão sobre a temática no cenário mundial, nos campos científico e político, incluindo o cenário brasileiro. Os principais marcos da evolução dessa terapia no Brasil serão resumidamente apresentados adiante.

Para ilustrar a realidade da TNE no cenário brasileiro, foi feita pesquisa de campo envolvendo pacientes em nutrição enteral em hospital universitário de Curitiba. Foram avaliados 30 pacientes, com média de idade de 62 ± 11 , 21 anos. A maior parte dos avaliados em TNE foi internada devido a doença cardiovascular (53%, $n=16$), seguido de neoplasia (17%, $n=5$) e acidente vascular encefálico (10%, $n=3$), conforme Tabela 1. Outras patologias observadas nos pacientes foram sepse, insuficiência respiratória, aneurisma e cirurgia bariátrica, representando 20% do diagnóstico clínico ($n=6$).

Os motivos principais que levaram os pacientes a receberem a TNE foi insuficiência respiratória (73%, $n=22$) e disfagia (17%, $n=5$). Outros são referentes a inapetência e fístula pós-cirúrgica (10%, $n=3$).

Tabela 1. Características clínicas dos pacientes em nutrição enteral em hospital universitário brasileiro, abril 2014

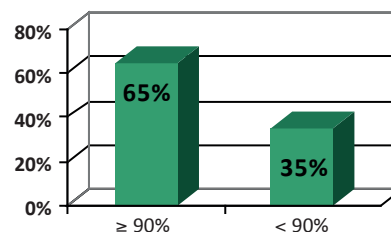
Variáveis	Número de pacientes	%
Gênero		
Masculino	20	67
Feminino	10	33
Motivo da prescrição da dieta enteral		
Insuficiência respiratória	22	73
Disfagia	5	17
Outros	3	10
Patologia de base		
Doença cardiovascular	16	53
Neoplasia	5	17
Acidente vascular encefálico	3	10
Outros	6	20

Entre as vias de administração, a mais utilizada foi a sonda nasoentérica, em 97% dos pacientes (n=29), e apenas um paciente recebeu dieta por ostomia. A nutrição enteral foi exclusiva para todos os pacientes, utilizando-se administração contínua com bomba infusora. Como protocolo do serviço de nutrição do hospital em questão, a progressão da dieta é lenta para evitar eventos adversos, evoluindo-se o valor nutricional da dieta até a totalidade preconizada em três dias.

Todos os pacientes iniciam a TNE com dieta-padrão (normocalórica/normoproteica). As fórmulas de dietas enterais utilizadas foram avaliadas no quarto dia de recebimento, sendo observada a seguinte distribuição: hipercalórica/hiperproteica (40%); hipercalórica/hiperproteica com fibras (17%); normocalórica/normoproteica (7%); normocalórica/hiperproteica (3%). Verificou-se que 33% dos pacientes (n=10) não completaram o quarto dia de acompanhamento, pois evoluíram para nutrição oral, parenteral exclusiva ou faleceram.

A média da velocidade de infusão para os pacientes foi de $41,55 \pm 6,85$ mL/h, sendo que a quantidade de dieta infundida sofreu muitas alterações, como consequência principalmente das mudanças das formulações administradas e de suas densidades calóricas, para se atingir as necessidades nutricionais dos pacientes. No período da pesquisa evidenciou-se que, em média, o gasto energético total dos pacientes foi de $1.729 \pm 161,45$ kcal/dia e o valor energético total ofertado em média foi inferior, alcançando $1.260,1 \pm 348,33$ kcal/dia, incluindo a energia proveniente do soro glicosado. Assim, dos

pacientes que completaram no mínimo quatro dias de recebimento da dieta enteral (n=20), 65% (n=13) alcançaram mais de 90% da adequação da dieta enteral no quarto dia de administração, como demonstra a Figura 1.

Figura 1. Porcentagem de adequação da nutrição enteral no quarto dia de administração aos pacientes do estudo, abril 2014

As seguintes complicações ou intercorrências, relacionadas ou não à TNE, interferiram na inadequação da dieta enteral e em sua descontinuação: diarreia (13%, n=4); complicações relacionadas ao posicionamento da sonda, como hemorragia (3%, n=1), distensão abdominal (3%, n=1) e náusea e vômito (3%, n=1); obstrução da sonda (10%, n=3); estase gástrica (17%, n=5); necessidade de repassagem de sonda nos pacientes que a arrancavam (7%, n=2); administração de drogas vasoativas (3%, n=1); e suspensão da dieta para realização de exames (7%, n=2).

Quanto ao desfecho da internação, houve maior frequência (33%, n=10) de pacientes que faleceram, seguido daqueles que evoluíram para dieta via oral (30%, n=9). Pode-se ainda destacar que 13% (n=4) receberam alta hospitalar e 20% (n=6) continuaram sob cuidados da equipe multiprofissional após o término da coleta de dados.

Discussão

O DHAA vem sendo amplamente discutido em nosso país, e muitas conquistas resultaram de diferentes movimentos da sociedade civil e organizações governamentais e não governamentais, sendo a principal delas a inclusão da alimentação entre os direitos sociais no artigo 6º do ordenamento jurídico de nosso país em 2010. Entretanto, a discussão da terapia nutricional enteral no contexto do DHAA ainda é pouco evidenciada, apontando para a necessidade de salientar essa interface, como proposto neste artigo.

O breve resgate na literatura sobre a evolução da terapia nutricional enteral aponta para muitos

avanços nos âmbitos científico, industrial e político, e facilitam o atendimento das necessidades nutricionais de pessoas que dependem da nutrição enteral para alimentação.

Inicialmente, as dietas eram compostas basicamente de caldo de carne bovina e frango, sendo administradas por acesso realizado no intestino delgado (jejunostomia), o que provocava sintomas gastrointestinais como distensão abdominal, cólicas, diarreia e flatulência¹⁸. Essas dietas com alimentos cozidos, liquidificados e coados era denominada “artesanal”.

Na década de 1980 surgiram as dietas enterais industrializadas. Em 1985, Waitzberg foi o pioneiro na avaliação dos resultados obtidos pela administração de dieta enteral industrializada para pacientes desnutridos, os quais apresentaram boa tolerância e ausência de efeitos colaterais, diferentemente das dietas enterais artesanais¹⁸.

Atualmente, as dietas industrializadas apresentam-se sob três formas: dietas industrializadas em pó, líquidas semiprontas e prontas para o uso. As dietas enterais prontas para o uso, conhecidas também como sistema fechado, necessitam de equipos (tubo para conectar a sonda com o frasco de dieta enteral) específicos para bomba de infusão, têm alto custo e são as mais utilizadas no âmbito hospitalar¹⁰.

Como marco do início da nutrição enteral, em 1975 foi fundada a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), de caráter multidisciplinar, agregando médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos e estudantes. A sociedade desenvolve ações de defesa profissional, educação e atuação em nutrição e realiza cursos de atualização e formação, além de congressos nacionais. Apenas em 1981 houve a inclusão do “E” na sigla SBNPE, uma vez que o regulamento técnico passou a fixar os requisitos mínimos exigidos para a TNE¹⁹.

Por meio da SBNPE surgiu o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri) que, em 1996, realizou pesquisa multicêntrica em hospitais da rede pública do país com o objetivo de identificar a desnutrição em pacientes internados²⁰. Em 1999, a Portaria Conjunta SE/SAS 38 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde²¹ incluiu na tabela de procedimentos especiais do SUS a nutrição enteral em pediatria e adultos, mostrando que a relação custo/benefício da terapia nutricional (TN) na assistência integral à saúde, indicada pelo Ibranutri, foi de R\$ 1,00 de investimento para R\$ 4,13 de economia total.

Em 2000, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) lançou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63²², que aprovava o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a TNE. A partir disso, unidades hospitalares e empresas prestadoras de bens ou serviços tiveram 90 dias para se adequar à resolução. Em 2005 o SAS estabeleceu nas portarias MS 343²³ e 131²⁴, respectivamente, a organização e a implantação da assistência de alta complexidade em TN, e definições das unidades de assistência e centros de referência de alta complexidade em TN, para melhor atendimento dos usuários do SUS.

Quadro 1. Marcos da evolução da terapia nutricional enteral no Brasil

Ano	Marco
1975	Fundação da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral
1981	Modificação do nome da Sociedade para SBNPE, incluindo-se o “E” de Enteral
1987	Realização do estudo Ibranutri
1999	Portaria SE/SAS 38, de 29 de setembro de 1999 – SAS
2000	RDC 63, de 6 de julho de 2000 – Anvisa
2005	Portaria MS 343, de 7 de março de 2005 – SAS
2005	Portaria MS 131, de 8 de março de 2005 – SAS

Em nosso estudo demonstrou-se que as necessidades calóricas dos pacientes estudados não foram atendidas e fatores relacionados a complicações da dieta enteral e intercorrências interferiram na administração da dieta, corroborando achados de Campanella e colaboradores⁹, Nozaki e Peralta¹⁴ e Assis e colaboradores²⁵.

Em alguns casos, a TNE é a única maneira de o indivíduo continuar vivo, evitando a inanição. Nesta situação, um dos principais papéis do nutricionista é controlar e prevenir sintomas que possam interferir na qualidade de vida do paciente – pirose, diarreias e êmese –, além de garantir as necessidades nutricionais. A intervenção do nutricionista deve considerar as necessidades fundamentais do indivíduo, tanto as voltadas ao controle dos sintomas quanto as destinadas a garantir satisfação e conforto²⁶.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a indicação da nutrição por sonda enteral envolve discussão inicial da equipe, e posteriormente com o paciente (quando possível) e/ou seus familiares para que sejam protagonistas na tomada de decisão referente à alimentação por via alternativa. A decisão de iniciar a nutrição enteral deve ir ao encontro do melhor interesse do paciente, almejando o respeito de sua autonomia. Cabe ainda destacar que não

foram incluídos nesta pesquisa pacientes em cuidados paliativos ou em fim de vida, em que o papel da alimentação acaba sendo diferente dos objetivos da TNE apresentados na definição da Anvisa²².

Entre as possíveis definições da nutrição enteral, a RDC 63 da Anvisa a caracteriza como *alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para o uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas*²⁷.

A TNE pode ser classificada como via alternativa de alimentação para pacientes com necessidades especiais, sendo neste caso uma possibilidade de garantir o direito à alimentação adequada. A partir dos princípios da DUBDH, entende-se que todas as pessoas devem ter o DHAA respeitado, como condição essencial ao direito à vida. Dessa forma, a TNE pode ser o único modo possível de manter a alimentação de um indivíduo nessas condições, portanto garantindo o DHAA, mesmo por vias alternativas^{1,28}.

Entre os princípios éticos que orientam os direitos humanos pode-se citar o princípio da universalidade, aplicado a todos os seres humanos independentemente de etnia, religião ou característica social. Também se destaca o princípio da indivisibilidade, pois direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais são igualmente necessários para garantir vida digna. O princípio da interdependência refere-se à relação entre princípios porque a realização de um requer a garantia da execução dos demais – por exemplo, a assistência à saúde não dispensa a necessidade de alimentação adequada. Por fim, o princípio que caracteriza os direitos humanos como inalienáveis – intransferíveis, inegociáveis e indisponíveis –, ou seja, não podem ser cedidos ou retirados de ninguém²⁹.

Os nutrientes dos alimentos são necessários para manutenção biológica e social do ser humano. Contudo, a preocupação com a fome e o acesso aos alimentos ainda persiste no cenário global, caracterizando situação vinculada à exclusão social e violação de direitos humanos¹².

Segundo Rosaneli e colaboradores, *o (...) DHAA somente se concretizará quando todas as pessoas, independentemente de classe social, nacionalidade*

*ou etnia, tiverem acesso permanente a alimentação saudável e aos meios adequados para sua aquisição*³⁰. Diante dessa problemática, o conceito de segurança alimentar e nutricional conta com três aspectos principais: quantidade, qualidade e regularidade no acesso aos alimentos³¹. Nesse sentido, ao relacionarmos o DHAA e a TNE, devemos refletir sobre a disponibilidade dessa terapia a todos que necessitam dessa intervenção, considerando justamente os três aspectos mencionados.

No hospital universitário onde a pesquisa foi realizada, 100% das dietas enterais são industrializadas. Apesar do custo mais alto quando comparado ao das dietas artesanais, as industrializadas podem ter alguns benefícios no contexto hospitalar: praticidade, fórmulas nutricionalmente completas e maior segurança quanto ao controle microbiológico e composição centesimal, o que pode resultar em melhor resposta imunológica. Dessa forma, podem auxiliar a reduzir complicações clínicas, como infecções, lesões por pressão, má cicatrização de processos cirúrgicos e catabolismo proteico. Assim, podem também reduzir o tempo de internação e, consequentemente, os custos totais do paciente ao hospital^{14,32-36}.

Os cidadãos têm o dever de exigir seus direitos e, por outro lado, o Estado tem de garanti-los e não os violar. Portanto, são obrigações do poder público: respeitar os direitos de modo a não bloquear direta ou indiretamente sua efetivação; proteger a população contra ações de empresas ou indivíduos que possam resultar em violação de direitos e também tomar medidas preventivas; e realizar, promover e facilitar o acesso de pessoas a diferentes meios para garantir seus direitos³⁷.

Nesta pesquisa percebe-se que todos os pacientes internados que necessitavam de terapia nutricional alternativa a receberam. Porém, cabe discutir se a formulação utilizada contempla as necessidades de cada paciente, considerando as especificidades de cada momento. No grupo estudado foram identificadas quatro formulações distintas de dieta para os pacientes. Depois do protocolo de atendimento e de início da TNE fornecido pelo serviço de nutrição do hospital em questão, todos os pacientes iniciam a terapia com formulação padrão (normocalórica/normoproteica), para que haja melhor aceitação e adaptação à dieta. Ainda assim, alguns pacientes apresentaram intercorrências relacionadas ao procedimento.

Complicação comum em pacientes com TNE é a diarreia, também identificada neste estudo. Porém, se levarmos em consideração que 76% da amostra estava internada em unidade de terapia

intensiva (UTI), questiona-se se a diarreia estava diretamente relacionada à TNE, porquanto pacientes críticos, que geralmente necessitam de UTI para se recuperar, são indivíduos com alto estresse metabólico, alto catabolismo, baixa imunidade e grande chance de contaminação microbiológica.

Nesses casos, é frequente o tratamento com antibióticos³⁸ que, além de serem eficientes contra os microrganismos patológicos, acabam também com microrganismos benéficos da flora intestinal. Esse processo de redução da biodiversidade microbológica implica intestino com perda de microvilosidades, incapaz de absorver nutrientes e água, favorecendo diarreia³⁹⁻⁴².

Sabe-se que muitos fatores, inerentes à própria doença, podem interferir na adequação à nutrição enteral, entre eles estase gástrica, obstrução da sonda, realização de exames e repassagem da sonda. Por outro lado, as decisões referentes às fórmulas de dietas e à definição dos volumes oferecidos aos pacientes podem ser demasiadamente influenciadas por fatores econômicos, relacionados a receitas dos hospitais, de acordo com os repasses previstos no SUS. Pode-se questionar ainda a qualidade da assistência prestada pelos serviços dos hospitais, pois alguns pacientes ficam em jejum por tempo excessivo, o que não se justifica pelos procedimentos realizados.

Alguns estudos brasileiros vêm sendo realizados na última década com o objetivo de analisar a adequação da dieta enteral infundida em relação à prescrita^{9,14,25}, e os resultados corroboram os apresentados neste estudo. Alguns autores têm apontado algumas saídas para enfrentar essa questão: aperfeiçoamento do tempo de início da dieta enteral; presença efetiva de equipe multiprofissional de terapia nutricional; educação continuada para a equipe assistencial⁹; revisão dos processos de trabalho; avaliação periódica dos pacientes¹⁴.

Desses apontamentos surgem novos questionamentos, que incluem os motivos pelos quais a dieta não é iniciada precocemente (ou no tempo ideal), explicações para que não se (re)avalie periodicamente os pacientes ou ainda dificuldades para o trabalho interdisciplinar efetivo – as instituições apresentam número suficiente de profissionais para a demanda de trabalho que envolve a terapia nutricional? Têm recursos consideráveis para atender às necessidades nutricionais dos pacientes?

Nesta pesquisa destacou-se a adequação em relação às quantidades energéticas da nutrição enteral, mas Nozaki e Peralta¹⁴ alertam para

outros elementos nutricionais, como o conteúdo de proteínas, fibras e a presença de antioxidantes e imunoestimulantes (arginina e glutamina), por exemplo. Entretanto, quanto mais modificada é a dieta, maior o custo, o que acaba por restringir seu uso mesmo havendo evidências científicas que o justifiquem.

Excluindo-se fatores inerentes à condição clínica dos pacientes, e apesar de todos os avanços das práticas e políticas relacionadas à TNE, a dimensão econômica ainda parece sobrepujar as demais dimensões nesse contexto, contribuindo para a violação do DHAA neste grupo suscetível. Assim, devemos considerar a qualidade da terapia nutricional enteral e o DHAA como pauta de discussão atual no campo da bioética e dos direitos humanos, a partir de princípios essenciais como vulnerabilidade, equidade e justiça, mas fundamentando-se, principalmente, na DUBDH da Unesco³. Segundo Carvalho e Albuquerque⁴³, a DUBDH pode ser utilizada como referencial teórico-normativo para analisar problemas relacionados à desigualdade em saúde com foco nos direitos humanos.

O artigo 8º da DUBDH destaca que a vulnerabilidade *deve ser levada em consideração* e que *indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada*³. No contexto da TNE, concebe-se que pacientes com necessidades alimentares especiais devido a disfunção orgânica são indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade^{3,44}, requerendo, portanto, especial conduta ética e cuidados clínicos e hospitalares.

Kottow afirma que *vulnerabilidade, dignidade e integridade talvez possam ser entendidas mais precisamente como descrições antropológicas da condição humana*⁴⁵, que exigem respeito e proteção, mesmo carecendo de norma que oriente conduta ética a partir delas. Para Hossne, esta afirmação reforça a *teoria dos referenciais, colocando a vulnerabilidade como referencial essencial para a opção de valores, própria da bioética*⁴⁶. O autor considera esse referencial *como um dos elementos (ou fatores) que não só justifica a existência como também subsidia as diretrizes normativas em bioética*⁴⁷.

Schramm aponta para a necessidade de priorizar os “vulnerados”, ou seja, *aqueles que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas*⁴⁸. Importante destacar que em nossa pesquisa aproximadamente um terço dos pacientes, considerados vulnerados, não teve suas necessidades nutricionais atendidas, o que exige ação de proteção por parte daqueles que

têm o poder de tomar decisão (tanto no sentido assistencial quanto no sentido de gestão de políticas públicas). Portanto, deve-se considerar minimamente as demandas energéticas e proteicas impostas pela condição clínica que o paciente apresenta, e buscar meios de atender a essas exigências.

A vulnerabilidade expressa valores biológicos, sociais e existenciais, sendo que *a insegurança biológica significa vulnerabilidade*⁴⁹, e no plano social *se refere à existência de relações que limitam a capacidade de atuação das pessoas (...) e negam o exercício efetivo de direitos*⁵⁰.

A reflexão ética sobre essa condição de vulnerabilidade biológica e muitas vezes social dos pacientes em TNE exige conduta nutricional pautada na equidade, indispensável para ações justas neste contexto. *A equidade cuida de igualdade na medida em que trata como igual o que é igual, mas, quando necessário, trata de modo desigual (porém, o adequado) o que é desigual*⁴⁷. Almejando o melhor desfecho clínico, os pacientes em TNE devem ser tratados de forma desigual para que suas necessidades nutricionais específicas sejam atendidas.

Dessa forma, pratica-se a justiça distributiva, entendida como virtude primária das instituições sociais, fruto da cooperação humana que deve visar benefícios mútuos⁵¹. Pode-se, então, extrapolar essa definição de equidade para o campo da TNE, pois todos têm igual direito à alimentação adequada ao mesmo tempo em que se respeita e atende às diferentes necessidades alimentares de cada indivíduo.

Considerações finais

Analisando a TNE nas últimas décadas, observa-se que as regulamentações evoluíram e há maior disponibilidade de produtos de qualidade, o que facilita o DHAA da população que precisa da

terapia. Entretanto, há ainda muitos desafios que envolvem acesso a dieta adequada, exemplificada neste estudo a partir da análise da realidade da TNE em hospital universitário. Foram encontradas fragilidades na nutrição enteral oferecida aos pacientes, especialmente em relação à quantidade e qualidade específicas de cada um, sendo problema recorrente nas diversas regiões do Brasil.

Muitos fatores podem contribuir para essa inadequação, como intercorrências relacionadas à própria doença do paciente ou à nutrição enteral. Mas, neste estudo, observou-se que mais da metade dos pacientes não apresentava evidência de fatores clínicos que pudessem comprometer a adequação da dieta. Portanto, surgem muitos questionamentos, entre eles sobre a suficiência de recursos repassados às instituições para atender ao DHAA e a qualidade da assistência para essa população. Pode-se afirmar que a ciência dos resultados da presente pesquisa pela equipe assistencial auxiliou-a a direcionar melhor sua formação continuada.

A nutrição enteral inadequada para aqueles que a têm como única forma de alimentação gera indivíduos vulnerados, situação que necessita do olhar atento tanto da equipe assistencial quanto dos gestores públicos e ações pautadas no respeito à vulnerabilidade, na equidade, almejando justiça distributiva. Com base neste estudo em particular, na literatura sobre o assunto e nos referenciais normativos da bioética, alerta-se para a necessidade de aprimorar as políticas públicas e institucionais para atender às necessidades dessa população, considerando que a violação do DHAA pode afetar pacientes em TNE em todas as esferas de suas vidas. Acredita-se que os resultados aqui colocados em evidência podem mobilizar transformações nos processos de trabalho e, dessa forma, contribuir para a garantia do DHAA dessa população.

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. 1948 [acesso 19 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1yAeHbb>
2. Oliveira AAS. Interface entre a bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2007;15(2):170-85. p. 173.
3. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Unesco; 2005 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1TRJFa9>
4. Burity V, Franceschini T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MF. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília: Abrandh; 2010. p. 15.
5. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Sisan com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá

- outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; v. 143, nº 179, p.1-2, 18 set 2006 [acesso 23 abr 2016]. Art. 8º. Disponível: <https://bit.ly/2pApPdG>
6. Machado RLA. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 29 maio 2017 [acesso 5 jun 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2pE7xax>
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/Zfz5nX>
 8. Leandro-Merhi VA, Morete JL, Olivera MRM. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. Arq Gastroenterol. 2009;46(3):219-24.
 9. Campanella LCA, Silveira BM, Rosário Neto O, Silva AA. Terapia nutricional enteral: a dieta prescrita é realmente infundida? Rev Bras Nutr Clín. 2008;23(1):21-5.
 10. Vasconcelos MIL. Nutrição enteral. In: Cuppari L. Nutrição clínica no adulto. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 369-90.
 11. Chaves MLF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. Rev Bras Hipertens. 2000;7(4):372-82.
 12. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.
 13. Fernandes DD, Ghisleni DR, Colpo E, Lopes LFD, Rubin BA. Aporte nutricional em pacientes em terapia enteral exclusiva: recomendado x recebido. Rev Bras Nutr Clín. 2009;24(2):85-92.
 14. Nozaki VT, Peralta RM. Adequação do suporte nutricional na terapia nutricional enteral: comparação em dois hospitais. Rev Nutr. 2009;22(3):341-50.
 15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneve: WHO; 2000.
 16. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994;21(1):55-67.
 17. Martins C, Cardoso SP. Terapia nutricional enteral e parenteral: manual de rotina técnica. Curitiba: Nutroclínica; 2001.
 18. Vasconcelos MIL, Coppini LZ. Terapia de nutrição enteral: preparo da nutrição enteral industrializada. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p. 823-31.
 19. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Sobre a SBNPE [Internet]. 2014 [acesso 3 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2DTGoFS>
 20. Correia MITD, Caiáffa WT, Waitzberg DL. Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (Ibranutri): metodologia do estudo multicêntrico. Rev Bras Nutr Clín. 1998;13(1):30-40.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Conjunta nº 38, de 29 de setembro de 1999. Inclusão na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH-SUS, os procedimentos de nutrição enteral em pediatria e adultos [Internet]. 13 out 1999 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2rCdaaq>
 22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o regulamento para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral [Internet]. 7 jul 2000 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2uriHp1>
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 343, de 7 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional [Internet]. 8 mar 2005 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2GdxN2s>
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS nº 131, de 8 de março de 2005. Define Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e suas aptidões e qualidades [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 9 mar 2005 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Ko96Ch>
 25. Assis MCS, Silva SMR, Leães DM, Novello CL, Silveira CRM, Mello ED *et al.* Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(4):346-50.
 26. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. Cad Saúde Pública. 2009;25(9):1875-82.
 27. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Op. cit. Anexo, item 3.4.
 28. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Goncalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Rev Cefac [Internet]. 2013 [acesso 23 abr 2016];15(1):94-104. Disponível: <https://bit.ly/2GsBnt0>
 29. Leão M, organizadora. O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasília: Abrandh; 2013 [acesso 23 abr 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2G5wtmj>
 30. Rosaneli CF, Ribeiro ALC, Assis L, Silva TM, Siqueira JE. A fragilidade humana diante da pobreza e da fome. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(1):89-97. p. 94.
 31. Belik W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. Saúde Soc. 2003;12(1):12-20.
 32. Araújo EM, Menezes HC. Formulações com alimentos convencionais para nutrição enteral ou oral. Ciênc Tecnol Aliment. 2006;26(3):533-8.
 33. Henriques GS, Rosado GP. Formulação de dietas enterais artesanais e determinação da osmolalidade pelo método crioscópico. Rev Nutr. 1999;12(3):225-32.

34. Ferreira IKC. Terapia nutricional em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(1):90-7.
35. Pretel PRV, Lello A, Rodrigues AL, Cunha EMB, Rodrigues LP, Oliveira CC. Análise do custo e benefício de dietas enterais artesanais e industrializadas. *Nutrire*. 2009;34(Suppl):214.
36. Franzosi OS, Abrahão CLO, Loss SH. Aporte nutricional e desfechos em pacientes críticos no final da primeira semana na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(3):263-9.
37. Albuquerque MFM. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev Nutr*. 2009;22(6):895-903.
38. Liberati A, D'Amico R, Pifferi S, Torri V, Brazzi L, Parmelli E. Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adults receiving intensive care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD000022.
39. Vasconcelos MIL, Tirapegui J. Aspectos atuais na terapia nutricional de pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI). *Rev Bras Ciênc Farm*. 2002;38(1):23-32.
40. Oliveira SM, Burgos MGP, Santos EMC, Prado LVS, Petribú MMV, Bomfim FMT. Complicações gastrointestinais e adequação calórico-proteica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010;22(3):270-3.
41. Cartolano FC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):376-83.
42. Wiesen P, Van Gossum A, Preiser JC. Diarrhoea in the critically ill. *Curr Opin Crit Care*. 2006;12(2):149-54.
43. Carvalho RRP, Albuquerque A. Desigualdade, bioética e direitos humanos. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015;23(2):227-37.
44. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a vulnerabilidade. *Bioethikos*. 2009;3(1):41-51.
45. Kottow MH. Vulnerability: what kind of principle is it? *Med Health Care Philos*. 2004;7(3):281-7. p. 286.
46. Hossne WS. Op. cit. p. 48.
47. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a equidade. *Bioethikos*. 2009;3(2):211-6. p. 212.
48. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2008;16(1):11-23. p. 11.
49. Malagón Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface Comun Saúde Educ [Internet]*. 2015 [acesso 4 abr 2016];19(53):237-49. p. 244. Disponível: <https://bit.ly/2GcMcm9>
50. Malagón Oviedo RA, Czeresnia D. Op. cit. p. 247.
51. Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.

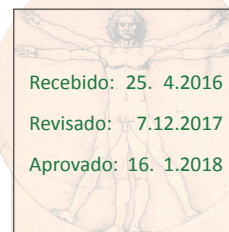
Participação dos autores

Eloisa Cristina Gonçalves concebeu o estudo, juntamente e sob orientação de Ivone Mayumi Ikeda Morimoto e Carla Corradi-Perini, e coletou os dados. Eloisa Cristina Gonçalves, Ivone Mayumi Ikeda Morimoto, Cilene da Silva Gomes Ribeiro e Carla Corradi-Perini analisaram os dados, e Thiago Rocha da Cunha, responsável pela construção dos argumentos da bioética, e Carla Corradi-Perini colaboraram com a revisão final do manuscrito. Todos os autores contribuíram para a redação do artigo.

Recebido: 25. 4.2016

Revisado: 7.12.2017

Aprovado: 16. 1.2018



Anexo

Tabela 2. Porcentagem de adequação da nutrição enteral no quarto dia de administração a pacientes do estudo, abril 2014

Identificação do paciente	% de adequação no 4º dia
1	Não completou os dias
2	90,9
3	100
4	Obstrução da sonda
5	66
6	100
7	100
8	100
9	Não completou os dias
10	100
11	Não completou os dias
12	60
13	Jejum
14	Não completou os dias
15	90,9
16	100
17	33,3
18	90,9
19	Não completou os dias
20	Não completou os dias
21	Não completou os dias
22	100
23	Não completou os dias
24	42
25	100
26	100
27	Não completou os dias
28	100
29	41,3
30	Não completou os dias