



PUBLICAÇÃO DO CONSELHO
FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

SRTVS, Qd. 701,
Ed. Assis Chateaubriand, Bloco II,
Sala 406 – Brasília/DF
CEP 70340-000
Home page: www.cfn.org.br
E-mail: cfn@cfn.org.br
Tel.: (61) 225-6027
Fax: (61) 323-7666

PRESIDENTE

Rosane Maria Nascimento da Silva

VICE PRESIDENTE

Maria de Fátima Fuhro Martins

SECRETÁRIA

Nancy Sayoko Miyahira

TESOUREIRA

Ida Cristina Leite Veras

COMISSÃO DE TOMADAS CONTAS

Fátima Christina de Castro Santana
Sandra Maria Chemin Seabra da Silva
Maria Helena Prazeres de Souza

COMISSÃO DE ÉTICA

Fátima Christina de Castro Santana
(Coordenadora)
Arlete Santos Moreira
Maria Helena Prazeres de Souza

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

Sandra Maria Chemin Seabra da Silva
(Coordenadora)
Amélia Gomes Moreira Vaz
Nancy Sayoko Miyahira

COMISSÃO DE ENSINO

Leopoldina Augusta Souza Sequeira
(Coordenadora)
Celeste Alves Moura
Sandra Maria Chemin Seabra da Silva
Ida Cristina Leite Veras
Rosane Maria Nascimento da Silva

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

Rosana Maria Carolo da Costa e Silva
(Coordenadora)
Míriam Regina Fagundes Salomão
Celeste Alves Moura
Eliana da Silva Rezende
Arlete Santos Moreira

COMISSÃO DE LICITAÇÃO

Míriam Regina Fagundes Salomão
(Coordenadora)
Arlete Santos Moreira
Maria Helena Prazeres de Souza
Fátima Christina de Castro Santana
Maria Rosa de Macedo dos Santos

EDITORA

Socorro Aquino 2091/DF

PROJETO GRÁFICO

Wellington Braga

IMPRESSÃO

Primícia Gráfica e Editora

TIRAGEM

30.000 exemplares

PERIODICIDADE

Quadrimestral



E N T R E V I S T A

Dra. Janete Maculevicius

Os níveis de assistência em Nutrição

O
I
R
a
m
u
S

EDITORIAL	3
AÇÕES E PARCERIAS	4
FOME ZERO	5
CRN EM AÇÃO	6
ENTREVISTA	8
TRANSPLANTES	10
REPOSITORES HIDROELETROLÍTICOS	13
TECNÓLOGO	14
AGENDA	15

A tarefa é fortalecer a participação do nutricionista

O encerramento de um ano para o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) é a consagração de mais uma etapa de trabalhos em prol da consolidação do papel do nutricionista na sociedade. Na metodologia interna adotada neste período com o Planejamento Estratégico Situacional (PES), constatamos ser este um excelente instrumento para o melhor desenvolvimento da nossa gestão.

Ao longo de 2002 tivemos a possibilidade de ampliar e intensificar importantes articulações e representações em diversos fóruns. Ao avaliarmos esse procedimento, temos a consciência de que ajudamos a consolidar o papel do nutricionista junto às demais entidades, dando maior visibilidade ao nosso constante trabalho para a vigilância da prestação da assistência alimentar e nutricional para a população.

Entendendo a função fiscalizatória do exercício profissional como prioridade estratégica funcional do Sistema CFN/CRN, estamos realizando diversos fóruns de discussão com os Conselhos Regionais, na perspectiva de construir uma Política Nacional de Fiscalização que atenda a qualidade dos serviços e da assistência alimentar e nutricional prestados pelos nutricionistas.

Do ponto de vista da instrumentalização da categoria, realizamos com grande êxito o I Seminário Nacional de Prescrição Dietoterápica/Exames Laboratoriais, evento paralelo ao XVII CON-

BRAN. Em dezembro, intensificamos essa estratégia com a promoção do I Seminário Nacional de Revisão do Código de Ética do Nutricionista.

Quanto à inserção do nutricionista nas ações básicas de saúde, com ênfase no Programa Saúde da Família (PSF), promovemos a primeira teleconferência, avaliada como positiva por todo o Sistema.

A conjuntura política do país exigiu de nossa parte um esforço extra no sentido de tentarmos aglutinar discussões em torno de alguns eixos, tendo como objetivo final apresentar proposições para o novo governo. Conseguimos sintetizar uma proposta que foi entregue aos candidatos à Presidência da República, e que defende a Segurança Alimentar e Nutricional como pauta prioritária na política governamental.

Após as eleições, um dos primeiros pronunciamentos do presidente eleito, Luis Inácio Lula da Silva, destacou a questão da fome no Brasil. Esse fato nos impõe a necessidade de aprofundarmos as discussões sobre o tema, para que possamos garantir a Segurança Alimentar e Nutricional em sua plenitude, destacando a garantia do acesso quantitativo e qualitativo ao alimento.

Ampliamos ainda mais nossa atuação, ao conquistarmos a crescente participação de nutricionistas nos diversos fóruns de discussões intersetoriais, fator perceptível no Seminário

de Segurança Alimentar e Nutricional, ocorrido em outubro, em Recife/PE.

Em âmbito institucional contribuimos com o fortalecimento do MERCOSUL, com a efetiva participação nos Sub-grupos 3 e 11 (indústria e comércio exterior e saúde, respectivamente), onde foram aprofundadas as discussões sobre as condições para o exercício profissional do nutricionista nos países-membros.

Com essas ações desenvolvidas, muitas delas consolidadas, temos claro que o próximo ano exigirá ainda mais o compartilhamento de responsabilidades para que possamos expandir a nossa efetiva participação nas políticas públicas e nos diversos setores da alimentação e nutrição, que têm exigido a presença permanente do nutricionista.

Nossa expectativa com relação ao novo governo é que seja mantido o princípio democrático de tomada de decisões de forma coletiva, consultando-se os segmentos organizados da sociedade, como bem tem defendido o presidente eleito Luis Inácio Lula da Silva. Isso possibilitará a participação das entidades que representam os nutricionistas nas políticas pertinentes a nutrição e alimentação, especificamente, e na saúde.

O momento futuro é de fortalecer a nossa participação para difundirmos nosso papel na melhoria da qualidade de vida e na alimentação saudável dos cidadãos. Essa tarefa é de todos nós e precisa continuar.

Rosane Maria Nascimento da Silva

Presidente do CFN

Diabetes

O 7º Congresso Brasileiro Multiprofissional em Diabetes e a 7ª Exposição Brasileira de Produtos e Alimentos para Portadores de Diabetes, realizados de 26 a 28 de julho de 2002, em São Paulo, contaram com a participação do CFN, representado pela conselheira federal Eliana da Silva Rezende.

O Conselho participou da mesa de abertura dos trabalhos, firmando assim, sua interlocução com entidades como as Associações Paulista e Brasileira de Nutrólogos, também presentes. O CRN-3 também participou do evento.

XII CONFELANYD

No período de 30 de setembro a 3 de outubro de 2002, em Caracas/Venezuela, aconteceu o III Congresso Latino-americano e do Caribe de Nutricionistas e Dietistas (CONFELANYD), promovido pela Confederação Latino-americana de Nutricionistas e Dietistas. As conselheiras Rosane Nascimento e Fátima Furho, presidente e vice-presidente do CFN, respectivamente, participaram do evento. Na oportunidade, solicitaram a ampliação da representação por país – hoje, apenas uma entidade, de cada país, pode integrar o CONFELANYD. A adesão à Confederação pelo Sistema CFN/CRN será ponto de discussão da próxima reunião conjunta.

Na ocasião foi acertada a realização de uma reunião no Equador, em 7 de fevereiro de 2003, para que os países possam oficializar a adesão à CONFELANYD. O próximo Congresso ocorrerá neste país em 2004.

Fórum Mercosul

O CFN participou do 2º Fórum MERCOSUL dos Conselhos Federais da Área de Saúde, que reuniu representações de profissionais e dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, das Relações Exteriores e de Desenvolvimento, Indústria e Comércio. A conselheira federal Fátima Furho representou o CFN neste encontro, que aconteceu em Brasília, em agosto último. Na ocasião foi elaborada uma carta, enviada ao candidato à Presidência da República, para que o eleito

considere as proposições do Fórum sobre a atuação de profissionais estrangeiros nas políticas brasileiras.

Teleconferência

Dia 09 de setembro de 2002, em comemoração ao Dia do Nutricionista, o CFN realizou, em parceria com a Confederação Nacional da Indústria (CNI), uma teleconferência sobre “**A Inserção do Nutricionista no PSF**”.

O evento contou com 454 participantes, fatur bastante positivo para uma primeira edição. Assim, o CFN já está trabalhando para promover outros eventos como este em 2003.

Veja mais informações sobre a teleconferência no site do CFN.

Merenda Escolar

A Câmara Técnica Transitória de Merenda Escolar do CFN, em parceria com o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), tem como objetivo estudar parâmetros para a definição legal de dados que subsidiarão os Conselhos Regionais de Nutricionistas quanto à orientação e fiscalização das ações técnicas em Merenda Escolar, e fazer cumprir a legislação pertinente ao assunto.

A primeira reunião ocorreu na sede do CFN, em Brasília, no dia 08 de novembro de 2002.

Confira outras informações no site do CFN.

Carta ao Presidente Eleito

Em preparação para a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, que tem indicativo para ser realizada em outubro de 2003, aconteceu de 16 a 18 de outubro de 2002, em Recife/PE, o **Seminário Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – Uma Tarefa de Todos**.

O evento contou com 450 participantes e aprovou a entrega de uma carta ao Presidente da República eleito, com as seguintes reivindicações:

- Estabeleça a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional como um dos eixos estratégicos do modelo de desenvolvimento humano a ser adotado em sua gestão;

- Reconstitua o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com caráter intersetorial, interinstitucional e de parceria com diferentes setores da sociedade brasileira;

- Crie a Secretaria de Estado de Segurança Alimentar e Nutricional vinculada à Presidência da República.

A carta poderá ser lida na íntegra no site do CFN.

Vitória para os Conselhos

O Supremo Tribunal Federal (STF), em 7 de novembro de 2002, julgou a Ação direta de inconstitucionalidade (Adin) nº 1717, considerando inconstitucionais o caput e os parágrafos 1º, 2º e 4º ao 8º do art 58 da Lei 9.649/98, que alterava a natureza jurídica dos Conselhos Profissionais. Com essa decisão fica confirmada a natureza jurídica de autarquias dos Conselhos.

Senado adia discussão sobre Ato Médico

Em reunião realizada em 13 de novembro, na Comissão de Constituição e Justiça do Senado (CCJC), foi concedida vista coletiva ao PLS nº 25/02 (do senador Geraldo Althoff - PFL/SC), que define o Ato Médico. Com isso, fica adiada a discussão e a votação do assunto que poderá ser apreciado ou não até o final desta legislatura.

Acompanhe as notícias atualizadas no site do CFN, em *CFN no Congresso*.

Fórum Social Mundial 2003

A próxima edição do Fórum acontecerá em Porto Alegre/RS no período de 23 a 28 de janeiro de 2003.

Para maiores informações acesse o site www.forumsocialmundial.org.br



Ministério do Trabalho e Emprego

O CFN, representado pela conselheira Fátima Furho, participou em 10 de outubro, do lançamento da nova Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, proposta pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

A CBO tem o propósito de identificar, descrever, classificar e nomear todas as profissões existentes no Brasil. Para isso foi realizado um trabalho, durante três anos, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, o IBGE, a UNICAMP, a USP, pesquisadores, SENAI e FIPE que detectou a existência de 3.200 ocupações no país.

Os interessados em adquirir a CBO devem entrar em contato direto com o Ministério do Trabalho e Emprego.

FOME ZERO: uma proposta de Política de Segurança Alimentar

O presidente eleito Luís Inácio Lula da Silva, apresentou à sociedade civil, o Projeto Fome Zero, que é uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil. O Projeto envolve mudanças econômicas e sociais, principalmente, na estrutura de dominação política do país, considerando, inclusive, as condições de pobreza das regiões brasileiras para aplacar a fome.

“Se ao final do meu mandato cada brasileiro puder se alimentar três vezes ao dia terei realizado a missão de minha vida”, afirmou Lula em seu primeiro pronunciamento como presidente eleito, em 28 de outubro. Para executar o Projeto, cuja elaboração envolveu especialistas no tema, além dos movimentos sociais e ONG, em diversos seminários e debates – a ASBRAN participou de um deles – será criada uma Secretaria de Emergência Social com verbas e poderes para a partir de janeiro iniciar o combate à fome.

• O público-alvo

A meta é erradicar a fome de 9,3 milhões de famílias (ou 44 milhões de pessoas) muito pobres, que ganham menos de um dólar por dia, cerca de R\$ 80,00 por mês, em quatro anos de governo. Este valor é denominado pelo Banco Mundial como a linha de pobreza e tem por base a renda *per capita* dos pobres que vivem nos países mais pobres que a África.

A pobreza no Brasil atinge ainda quase 3 milhões de famílias rurais (15 milhões de pessoas). Até mesmo a região mais desenvolvida, a Sudeste, concentra 2,6 milhões de famílias ou 11,5 milhões de pessoas em estado de pobreza.

• O combate à fome

As principais soluções apresentadas pelo Projeto para erradicar a fome são uma conjugação de estratégias emergenciais, como a doação de alimentos e de cestas básicas, e a superação de problemas políticos estruturais, a médio e longo prazos, como o desemprego crescente, os baixos salários, a falta de políticas de geração de emprego e renda, a concentração de renda, a queda do consumo e da oferta de alimentos, a crise agrícola, dentre outros.

Assim, para garantir a Política de Se-

gurança Alimentar, está sendo proposto um novo modelo econômico que privilegie o crescimento com distribuição de renda, de modo a recuperar o mercado interno do país com geração de empregos, melhoria dos salários e recuperação do poder aquisitivo do salário mínimo. Agregada a essa política estrutural, serão desenvolvidas, também, políticas específicas e locais, para atender as famílias necessitadas que diariamente sofrem da fome e da pobreza.

Ações específicas

Outras ações essenciais para o sucesso do Fome Zero é a garantia de alimentação mais barata em restaurantes populares; a criação de canais alternativos de comercialização; convênios com supermercados/sacolão; cooperativas de consumo e ampliação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Para aumentar a oferta de alimentos, a proposta é apoiar a agricultura familiar; incentivar a produção para autoconsumo; desenvolver uma política agrícola que beneficie a produção dos pequenos agricultores, inclusive com incentivos monetários; combater o desperdício de alimentos e assegurar a venda diretamente do produtor.

Como políticas específicas, o Projeto propõe, ainda, a doação de cupons de alimentação para a aquisição somente de alimentos; a doação de cestas básicas – por períodos determinados; o reforço e readequação da merenda escolar e o combate à desnutrição materno-infantil.

Ação governamental

O propósito é aglutinar governos federal, estaduais e municipais contra a fome, fortalecendo as parcerias com entidades organizadas. O primeiro passo da proposta seria a realização do Censo Mu-

nicipal da Fome e o cadastramento da população com fome ou vulnerável a ela, para a implantação de políticas específicas adequadas a cada município. Assim será possível planejar o que fazer.

Na área rural será promovida a reforma agrária, garantindo a função social da propriedade; efetivando a distribuição e ampliação das fontes de renda e incentivando o autoconsumo alimentar. As prefeituras deverão priorizar a compra de alimentos dos agricultores familiares para a merenda escolar, hospitais, creches, quartéis, restaurantes populares etc.

Viabilidade do Projeto

Os recursos para a efetivação da Política de Segurança Alimentar, juntamente com programas de educação, saúde e regularização fundiárias, virão do orçamento do próprio governo. Serão direcionadas verbas do orçamento para gastos sociais, de aproximadamente R\$ 45 bilhões, que podem ser utilizados para este fim. O governo vai evitar o remanejamento de verbas do gasto social para outros fins; os recursos provenientes do crescimento econômico, da redução dos juros da dívida pública, do combate ao desperdício e à corrupção também serão direcionados para o Projeto.

O governo pretende usar ainda, os recursos do Fundo de Combate à Pobreza já existente, e as verbas geradas de programas de incentivo a doações de empresas e parcerias com a sociedade civil, e de campanhas sociais.

Sendo o combate à fome a primeira política a ser anunciada pelo novo governo, o CFN, juntamente com a ASBRAN, está acompanhando as discussões e participando das ações que visam a implementação dessa proposta. A íntegra do Projeto está disponível no site www.cidadania.org.br e pode ser solicitada, também, pelo e-mail: ic.fome@uol.com.br, ou pelo correio – Rua Pouso Alegre, 21 – Ipiranga – São Paulo, SP – Cep: 04261-030, ou ainda pelo telefone (11) 6915 7022.

PRINCIPAIS ações desenvolvidas em 2002

✓ CRN 1

DF-GO-
TO-MT

Parcerias reforçam atividades

Logo no início de 2002, reforçou seu trabalho de fiscalização integrada através de parceria com as Delegacias do Mato Grosso e Goiás e o CREA. Ainda no primeiro semestre realizou o Seminário de Alimentação do Trabalho, os Fóruns Regionais para discutir a proposta de Código de Ética e o Planejamento Estratégico Situacional Conjunto.

Várias atividades foram realizadas pelas Delegacias e a Representação de Tocantins, como a Oficina Alimentação e Nutrição para Profissionais da Saúde de Atenção Básica; Atualização em Nutrição Clínica; Semana do Nutricionista; Feira de Condimentos e Pratos Típicos da FANUT; Reuniões com RTs da Área de Alimentação Coletiva; Congresso Centro-Oeste em Nutrição e Fiscalização preventiva integrada.

Com entidades de nutrição e universidade, o Regional participou do Seminário Nacional de Prescrição Dietoterápica e da Semana Científica dos Cursos de Educação Física e Nutrição. Com a Secretaria de Saúde promoveu a Semana de Nutrição do Paranoá (Distrito Federal) e com o Sistema CNI, a ANVISA e o Ministério da Agricultura, o fórum de Segurança dos Alimentos do Campo à Mesa.

De janeiro a outubro de 2002, o CRN-1 realizou 188 fiscalizações no DF; 222 em Goiás e 253 no Mato Grosso.

✓ CRN 2

SC-RS

Realizações em 2002

Este Regional destaca como principais atividades realizadas em 2002, o concurso para a escolha de seu slogan e logomarca durante o CONBRAN; participação no Encontro de Atos e Reflexões, nos Fóruns em Santa Catarina e Rio Grande

do Sul para a revisão do Código de Ética dos Nutricionistas; apoio às entidades para a realização do CONBRAN; Seminários de Promoção da Saúde Mental e de Prescrição Dietoterápica/Exames Laboratoriais – Coordenação em conjunto com o CFN; estudo de Parâmetros Técnicos e Numéricos; elaboração de folder sobre o perfil do nutricionista – distribuído durante o CONBRAN; divulgação da missão do CRN-2 durante aula inaugural e disciplina de Ética nos cursos de Nutrição do RS e SC; representatividade junto ao FESANS/RS, Conselhos Estadual e Municipal de Porto Alegre e Florianópolis; apoio para o diagnóstico do estado nutricional de crianças de 0 a 6 anos no Município de Porto Alegre - Projeto (Pra-Vida); realização de curso de capacitação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira Infância: bicos, chupetas e mamadeiras, em conjunto com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar e Ministério da Saúde.

✓ CRN 3

MS-PR-SP

Participação efetiva nas políticas públicas

Neste ano, o CRN-3 assumiu quatro vagas no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de São Paulo (COMUSAN-SP) e passou a integrar a comissão executiva do Conselho, sendo responsável pela organização das plenárias mensais. Através do Conselho, e em parceria com outras entidades, organizou as atividades comemorativas ao Dia Mundial da Alimentação na Praça da Sé e no Parque Ibirapuera, em São Paulo.

Já em Curitiba, juntamente com universidades locais e outras entidades, tem participado da mobilização para a criação de um Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

Durante as comemorações do Dia do

Nutricionista e Dia do Técnico em Nutrição e Dietética, promoveu a terceira edição do Prêmio Maria Lúcia Ferrari Cavalcanti para os trabalhos realizados na área de Nutrição. Em Campo Grande e Curitiba, o Dia do Nutricionista foi marcado com a edição do Prêmio Dra. Eliete Salomon Tudisco – Destaque Profissional/2002.

O CRN-3 também está representado nos Conselhos Municipais de Saúde de São Paulo e Curitiba. Recentemente formou uma Câmara Técnica que está discutindo assuntos da área de Nutrição Clínica e Esportiva, com ênfase em Terapias Alternativas e Suplementação Vitaminico-mineral. Com outros Conselhos Regionais de saúde desenvolveu ações para a inserção do nutricionista nos planos de saúde e a manifestação formal a senadores e deputados federais, contra o Projeto de Lei 25/02, que define o Ato Médico.

Sua área de comunicação foi modernizada, em especial a revista e o portal, que estão mais dinâmicos e atraentes. O Regional criou ainda, o *Newsletter* para intercâmbio de informações com profissionais cadastrados, onde foi aberto um espaço para divulgar histórias pitorescas da profissão no espaço "curiosidades".

✓ CRN 4

MG-ES-RJ

Valorização do papel social do nutricionista

Em 2002, foi implementado o projeto Valorização Profissional, que já conta com a participação de mais de 100 nutricionistas e tem como objetivo a criação de um campo de reflexão que permita ao profissional e ao CRN estabelecerem propostas de mudanças. Este projeto foi apresentado no XVII CONBRAN e no Fórum de Diretrizes Curriculares.

Em julho, o Regional promoveu o I Fórum Nacional sobre a Construção de Identidade do Nutricionista, projeto desenvolvido em parceria com o Instituto



de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O tema central deste evento foi "O Projeto Pedagógico e o Impacto das Diretrizes Curriculares", que contribuiu para uma reflexão sobre as características, contexto de criação, conteúdo e implicações das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação, identidade, papel social e valorização do nutricionista, permitindo assim, uma ampla discussão sobre o tema. O Fórum trouxe a público o conhecimento e o referencial teórico de especialistas que dominam áreas estratégicas do ensino de Nutrição no país e encaminhou a criação da Comissão Nacional permanente de Ensino em Nutrição.

Em outubro, o CRN-4 ocupou espaço no evento Hospital *Business* 2002 – uma feira de equipamentos e serviços médico-hospitalares, voltada para profissionais de saúde, gestores e empresários do ramo. Participou ainda, do I Simpósio de Biossegurança Alimentar, promovido pela Embrapa, que abordou os organismos geneticamente modificados.

Várias ações políticas conquistadas pelo Regional favoreceram a categoria em projetos de lei sobre alimentação escolar, exercício cumulativo de cargos e redução da carga horária para servidores. Atuando em conjunto com o Sinerj, o Conselho tem se mobilizado quanto ao credenciamento nos planos de saúde e ao Ato Médico.

Este ano, em comemoração ao Dia do Nutricionista, foram realizados atendimentos nas feiras para a comunidade e nos restaurantes populares do Rio e Belo Horizonte. Em Vitória-ES, os atendimentos foram realizados em praça pública e no shopping.

Integrado ao processo de formação do nutricionista, o CRN-4 tem apoiado ou contado com a parceria das universidades, como no curso "Nutrição na promoção da saúde e no desempenho físico", realizado em novembro.

O Regional firmou parcerias para a realização de diversos eventos com o *Lions Club*, o Instituto de Nutrição Annes Dias-Inad, a Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro e com a Editora Atlântica (publica a revista Nutrição Brasil).

✓ CRN 5

SE-BA

Reformas ampliam visibilidade da profissão

As principais linhas orientadoras da gestão do CRN-5 no período de 2001-2004, têm sido a reforma administrativa e a interlocução. Até o primeiro semestre de 2003, o Regional implementará medidas que garantirão agilidade administrativa e operacional às suas atividades.

Paralelo a este trabalho, foram desenvolvidos vários canais de interlocução com órgãos públicos e privados que resultaram numa série de parcerias responsáveis pela maior visibilidade das atividades do nutricionista na Região e do Conselho em particular.

Inúmeras entrevistas foram concedidas aos meios de comunicação da Bahia e Sergipe. A visão acerca do papel do nutricionista tem sido ampliada com o apoio da UNEB, UFBA, UNIME, do SENAC, SEBRAE, SENAI e da ANESE.

✓ CRN 6

PE-AL-PB-
RN-PI-MA-CE

Programação extensa em 2002

Este ano foi eleita a nova gestão do CRN-6 para o período 2002/2005. Uma das primeiras atividades foi a instalação da Delegacia do Regional no Ceará e a intensificação das visitas aos escritórios, delegacia e representações dos estados da jurisdição.

O Regional promoveu em 2002, a oficina de trabalho preparatória ao Seminário de Transição 1999/2002 para o Pleno 2002/2005; o I Fórum Regional de Revisão do Código de Ética e III Jornada de Atualização em Nutrição, em todos os Estados. Para comemorar o Dia do Nutricionista, o CRN-6 realizou a palestra "Segurança Alimentar e Qualidade de Vida," na Delegacia do Ceará, e participou da teleconferência sobre a inserção do nutricionista no PSF, promovida pelo Sistema CFN/CRN, além de divulgar na mídia televisiva da jurisdição, mensagem alusiva à data.

Ao longo deste ano o CRN-5 participou, também, da plenária dos Conselhos

Estaduais de Saúde, da Comissão de Humanização dos Serviços de Saúde do Estado, do Conselho Estadual e Municipal de Saúde, do Fórum dos Conselhos da Área de Saúde de Pernambuco, da Comissão Estadual de Residência em Nutrição (CERN), dos Fóruns das Entidades (conselhos profissionais, unidade de ensino, entidades estudantis, cursos de graduação da área de saúde de Pernambuco).

Atuando em representações, o Regional desenvolveu várias ações na instalação do Programa "Academias da Cidade", da Prefeitura do Recife; no IV Seminário de Atualização em Nutrição e Tecnologia – promovido pelo SINEPE; na III Feira Internacional de Hospedagem e Alimentação – Recife Sabor 2002; no Congresso Brasileiro de Biomédica – Seminário Programa Saúde da Família; no Treinamento e Capacitação das Conselheiras do CES e no Congresso de Cardiologia – Departamento de Nutrição em Cardiologia de Pernambuco.

Encerrando as atividades deste ano, o CRN-6, dentre outras atividades, realizará juntamente com o Ministério Público de Pernambuco, o Fórum "Direito Humano à Alimentação Adequada".

✓ CRN 7

PA-AC-AM
AP-RO-RR

Trabalho é referencial

Este Regional encerra o ano com a certeza de que vem atuando de maneira gradual, mas firme, no propósito firmado por seu Plenário: consolidar a profissão de nutricionista na jurisdição. Este trabalho tem tido a repercussão esperada e o apoio da categoria, devido às inúmeras manifestações positivas recebidas e ao aumento considerável dos convites que o Regional tem recebido para participar de eventos técnicos, políticos, sociais e de mídia.

O CRN-7 é hoje referência em Nutrição/Alimentação na Região Norte do País e, principalmente, no Pará, graças ao apoio que tem recebido de órgãos, parceiros e de toda a categoria que acompanha e prestigia o trabalho realizado.

No período de 2000 a 2002, o CRN-7 registrou um crescimento de 15,46% no número de nutricionistas inscritos.



Dra. Janete Maculevicius
(CRN 3 - 0058)

A atuação do nutricionista na área hospitalar é bastante diversificada, abrangendo atividades de planejamento, produção de refeições, assistência, ensino e pesquisa. Considerando os diversos fatores e circunstâncias que envolvem o atendimento, nutricionistas de diversas áreas da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHCFMUSP), propuseram, a partir de 1985, um projeto para aplicação dos procedimentos de avaliação nutricional junto a todos os pacientes internados e ambulatoriais. Nesta entrevista, a Dra. Janete Maculevicius, diretora da Divisão de Nutrição e Dietética do ICHCFMUSP, relata a experiência e os principais resultados obtidos nesta Divisão.

A utilização dos níveis de assistência em Nutrição

CFN- O que são os níveis de assistência em Nutrição?

Dra. Janete - A sistematização do processo através dos níveis de assistência é uma categorização dos procedimentos, de acordo com o grau de complexidade das ações do nutricionista executadas no atendimento ao cliente, seja ele internado ou ambulatorial.

CFN- E quais são os níveis?

Dra. Janete - A classificação prevê três categorias: a) nível de assistência primário - tem por objetivo prestar assistência nutricional a pacientes cuja patologia de base ou problema apresentado **não** exija cuidados dietoterápicos específicos e **inexistam** fatores de risco nutricional associados; b) nível de assistência secundário - tem como objetivo prestar assistência nutricional a pacientes cuja patologia de base **exija** cuidados dietoterápicos específicos

e **inexistam** fatores de risco nutricional associados e c) nível de assistência terciário - tem como objetivo prestar assistência nutricional a pacientes cuja patologia de base **exige** cuidados nutricionais específicos e **existem** fatores de risco nutricional associado.

CFN- Por que este sistema foi adotado no ICHFMUSP?

Dra. Janete - Por necessidade de melhorar o gerenciamento das atividades do nutricionista e de se possuir parâmetros confiáveis de produtividade, foi realizado em 1990 um estudo sobre as diferentes atividades executadas pelos nutricionistas nas unidades de internação e nos ambulatórios. No estudo verificou-se que diversas unidades apresentavam necessidades diferentes e que exigiam diferentes ações do nutricionista em maior ou menor tempo de atuação. Em princípio pensou-se

“ No estudo verificou-se que diversas unidades apresentavam necessidades diferentes e que exigiam diferentes ações do nutricionista em maior ou menor tempo de atuação. ”

que essa situação era consequência do tipo de especialidade atendida. Foi feita então a primeira classificação dos níveis, em caráter experimental, atribuindo-se percentuais de acordo com as especialidades. Porém, com o decorrer do trabalho observou-se que havia outro parâmetro a ser observado em relação às condições específicas de cada paciente, suas patologias, doenças pré-existentes, estado nutricional e outros. Foi então que se estabeleceram os critérios existentes até hoje.

CFN- Como se efetivam esses níveis e como é feito o atendimento do nutricionista considerando-se esse modelo?

Dra. Janete - Há uma série de procedimentos conforme os objetivos de cada nível, observando-se o seguinte fluxo básico: a) entrevista inicial e anamnese alimentar, a partir de consulta ao prontuário do paciente, quando se avaliam: prescrição médica, hábitos alimentares, preferências e aversões, fatores limitantes à ingestão alimentar, hábito intestinal, dentição, mastigação, perda ou ganho de peso recente, patologias associadas; b) registro das informações em impresso próprio de Evolução Dietoterápica, que passa a compor o prontuário, assim como o registro da hipótese diagnóstica de nutrição, avaliação nutricional (se realizada), bioimpedância (se realizada), o diagnóstico nutricional (se for o caso), a prescrição dietética e classificação do nível de assistência em Nutrição. São realizados ainda os registros da evolução e da conduta nutricional, a cada dia de atendimento, sempre com carimbo, assinatura e CRN do nutricionista responsável.

Em nosso meio, os registros em prontuário são efetuados apenas para os níveis secundário e terciário.

CFN- Esse tipo de atendimento requer mais tempo para a consulta do paciente. Isso não atrapalha a demanda?

Dra. Janete - Não. Foi realizado um estudo de tempo e movimento e distribuído o percentual de atendimentos em cada nível, tornando possível o atendimento especializado àqueles casos que exijam ações complexas, e um melhor gerenciamento do tempo pelos próprios nutricionistas.

CFN- Qual foi o benefício para a Divisão de Nutrição do ICHF-MUSP com a aplicação dessa sistematização?

Dra. Janete - A sistematização do processo de assistência por níveis permite à Divisão mensurar o tempo de atendimento pelo nutricionista, qualitativa e quantitativamente, permitindo distribuir rotinas e profissionais não só nas unidades de internação como nos ambulatórios, pois para cada nível foi medido o tempo de atendimento, após um estudo de tempo e movimento. Isto é importante principalmente quando o número de profissionais é delimitado por circunstâncias administrativas ou legais. Portanto, há como medir a produtividade, obtendo-se controle administrativo do processo. Cada serviço possui metas de atendimento em relação aos níveis, avaliadas mensalmente. Os registros em prontuário ainda permitem faturamento, sejam pelo SUS ou por convênios, uma vez que alguns procedimentos e condutas são ressarcidos.

CFN- É possível a aplicação da metodologia em atendimento ambulatorial?

Dra. Janete - A sistematização é aplicável não só em internação, como em ambulatório. Aliás, foi no atendimento ambulatorial que iniciamos a aplicação da metodologia e dos procedimentos.

A sistematização compreende uma etapa de reabilitação nutricional, que possibilita a determinação da alta em relação à conduta nutricional. Com isso, a assistência nutricional tem início, meio e fim bem definidos, o que é importante no atendimento ambulatorial, por exemplo.

CFN- Quais os reflexos desse sistema para o paciente?

Dra. Janete - O paciente é beneficiado com assistência de qualidade de acordo com sua patologia. No ambulatório a consulta de Nutrição tem horário definido, não havendo esperas ou acúmulo de pessoas no consultório. A sistematização permite definir o número diário de agendamento de consultas.

CFN- No Brasil, apenas o ICHCFMUSP aplica os níveis de assistência em Nutrição?

Dra. Janete - A sistematização por níveis é aplicada com êxito no Albert Einstein (São Paulo) e temos recebido pedidos de orientação de vários hospitais de diferentes locais de São Paulo e do Brasil. No resumo dos trabalhos apresentados e discutidos no Congresso da Sociedade Européia de Nutrição (Espen), em Nice/França, de 1998, também foi apresentada metodologia semelhante. O Instituto da Criança do HCFMUSP, também aplica sistematização semelhante.

Transplante Hepático

Carla Rosane Silveira
e Elza Daniel de Mello*

O transplante hepático é um procedimento terapêutico que possibilitou uma nova alternativa para pacientes até então com uma situação clínica irreversível. Não há dúvida que é uma modalidade terapêutica que veio para ficar e está propiciando uma nova perspectiva para muitos indivíduos.

A terapia nutricional, como na maioria das doenças crônicas, é essencial e pode mudar a evolução do indivíduo e do procedimento.

Sabe-se que a evolução no trans e no pós-operatório é melhor se o paciente está melhor nutrido, especialmente em relação à massa magra, assim como se não apresentar ascite. É claro que a dieta, isoladamente, não é capaz de tudo, mas o manejo nutricional precoce realmente pode alterar, para melhor, muitos aspectos. Portanto, todo paciente com hepatopatia deveria ser avaliado do ponto de vista nutricional, para que o seu manejo seja individualizado.

Não existe dieta padrão para hepatopatia, se o paciente é desnutrido, sua dieta deve ser hipercalórica e hiperprotéica. A restrição de proteínas deve ser somente instituída se o paciente apresentar

encefalopatia, ou na necessidade de controle sódico. E, a priorização de dieta pobre em gordura, no caso da colestase estar presente. Esses aspectos são de suma importância, pois se prescrevermos dieta pobre em gordura e em proteínas para todo paciente com hepatopatia, ele certamente apresentará desnutrição na sua evolução clínica, fato que agravará a doença de base e o sucesso do transplante. Cabe salientar, que como muitas vezes o paciente fica algum tempo na fila de espera, o precário estado nutricional poderá fazer com que ele não resista a essa espera. Também é importante que não tenhamos receio de prescrever dieta por sonda, pois a dieta, se hipossódica, por exemplo, pode não ser muito palatável, acabando o paciente, especialmente o pediátrico, a não ingerir toda a dieta prescrita. A Nutrição enteral certamente é subutilizada nestes pacientes, sendo um armamento terapêutico muitas vezes decisivo.

Os cuidados do pós-transplante, podem ser divididos em três etapas: no primeiro momento, no pós-operatório imediato, a nutrição parenteral é fundamental, até que a via oral ou enteral seja liberada. Isso porque é um momento crucial, onde é necessário a fisioterapia, a saída da ventilação mecânica, a não formação

de uma ascite importante, fatos que podem ser auxiliados na ausência de catabolismo negativo. Com a liberação da dieta enteral, passamos para a segunda fase, quando é importante manter o aporte calórico, às vezes com o auxílio da utilização da sonda. Nesse momento também o cuidado para o controle microbiológico da dieta oferecida é muito importante. Quanto aos nutrientes, o controle do aporte sódico é fundamental, face aos imunossuppressores em altas doses utilizados no momento. Depois da alta hospitalar, passamos para a terceira fase, quando o controle sódico ainda é importante, sendo adaptado dependendo dos níveis pressóricos. Outro aspecto é o controle ponderal, já que há uma tendência a obesidade, especialmente pelo uso de corticóide. Também, devido a esse imunossupressor deve-se controlar o aporte de potássio e cálcio.

Assim, a terapia nutricional, como foi exposto, pode alterar a evolução, para melhor, se for instituída por um profissional habilitado neste ofício, tanto no pré, no trans e no pós-operatório.

*Carla Rosane Silveira (CRN 2 - 1568) e Elza Daniel de Mello (CRN 2 - 3027) são nutricionistas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

Transplante de Medula Óssea

Denise Evazian *

O Transplante de Medula Óssea (TMO) é indicado como opção terapêutica em doenças de alta morbidade como, por exemplo, leucemias, linfomas e anemia aplásica severa, quando os doentes encontram-se em fase avançada da moléstia e apresentam desnutrição protéico-calórica.

Para realização do TMO é utilizada a imunossupressão agressiva, que consiste de quimioterapia prévia com ou sem irradiação corporal; que provoca náuseas, vômitos, mucosite orofaríngea, alteração

do paladar e esofagite como efeitos colaterais que podem permanecer até o pós-transplante e implicam em dificuldades em atingir o aporte calórico necessário, na absorção de nutrientes além do aumento das necessidades energéticas, sendo que estes fatores associados levam à piora do estado nutricional.

O papel do nutricionista no pré TMO é manter ou recuperar o estado nutricional destes pacientes, prevalecendo-se dos métodos de avaliação nutricional subjetiva e objetivamente e de indicadores dietéticos para adotar uma conduta dietética específica e individualizada, uma vez

que há alto risco nutricional conforme evidenciado em estudo por nós realizado, no acompanhamento de pacientes em um período imediatamente anterior (11 dias) e posterior (11 dias) a infusão da medula óssea. Nesta fase constatamos que a perda ponderal média foi de 9% do peso corpóreo, comprovando o aumento de risco de morbidade e mortalidade devido à perda severa de peso (5% em 1 mês).

Após o Transplante de Medula Óssea os doentes apresentam alterações gastrointestinais que contribuem para a limitação da ingestão calórica oral, aumentando o risco de desnutrição, sendo ainda a

Transplante Cardíaco

Rosana Carolo da Costa e Silva*

Desde 1984, o Instituto de Cardiologia realiza Transplante (Tx) Cardíaco e o nutricionista tem um papel fundamental na equipe de pré e pós-transplante.

Além do cuidado nutricional no pós-operatório, o nutricionista participa da equipe que avalia a inclusão do paciente na lista de transplante e atua no ambulatório de pré-transplante para que ele receba o cuidado nutricional desde o início do tratamento, tendo assim melhores condições no pós-transplante.

O paciente deve ir o mais estável possível para o Tx, com um menor risco de morbimortalidade para ter um melhor prognóstico a longo prazo.

O objetivo da terapia nutricional é fornecer nutrição adequada e um menor trabalho cardíaco através do fracionamento da dieta, fácil mastigação e deglutição e sempre que possível respeitar os hábitos alimentares do paciente.

O requerimento energético deve ser calculado conforme a necessidade de correção ou da manutenção do peso ou se descompensado, deve-se calcular de 30% a 50% acima do basal.

Proteínas de 1,5g/kg a 2g/kg para re-

posição de perdas renais e intestinais. Lípidio em torno de 25% a 35% do VCT, com maior aporte de gorduras insaturadas e o colesterol não deve ultrapassar 300mg/dia (se o paciente não apresentar dislipidemia).

O Hidrato de Carbono varia de acordo com a glicemia e o nível de PCO₂ (que geralmente está aumentado). A Fibra tem indicação de 20g a 30g/dia e seu uso é indispensável para evitar a constipação que pode alterar o ritmo cardíaco.

O Sal com uma tolerância máxima de 1g a 2g/dia na fase aguda e com a melhora do quadro clínico podemos ofertar até 4g/dia. Vitaminas e Sais Minerais: suplementar se necessário. Quando a ingestão de alimentos é adequada não é necessária a suplementação.

Após a cirurgia

No pós-operatório de Tx Cardíaco devemos nos voltar para o cuidado em melhorar a qualidade de vida deste paciente que deve ser acompanhado e avaliado frequentemente.

Após a cirurgia o paciente permanece em torno de 15 dias no isolamento na Unidade de Pós-Operatório imediato (UPO I) e se não ocorrer nenhuma intercorrência é transferido para o quarto onde permanece por mais 15 dias.

Não existe diferença significativa entre o tratamento nutricional de um paciente pré e pós-cirurgia cardíaca convencional do pré e pós Tx Cardíaco. A dieta obedece a evolução padrão de um pós-operatório, iniciando após 36 horas a dieta líquida. Temos como rotina pós-extubação oferecer ao paciente uma porção de sorvete, que tem como objetivo aliviar o desconforto causado pelo tubo da ventilação mecânica.

A conduta anteriormente era de não servir alimentos crus no pós-operatório cardíaco. Hoje isto já não é mais rotina, ou seja, os alimentos ao serem higienizados e sanitizados em solução clorada estão em condições de serem oferecidos ao paciente. Tínhamos também como rotina servir suco de laranja em jarra e copo de vidro para que o paciente ingerisse a Ciclosporina em forma líquida, pois o sabor residual era muito ruim. Com o advento da Ciclosporina em comprimido podemos oferecer qualquer líquido para o paciente e de preferência em utensílio descartável.

* Rosana Carolo da Costa e Silva (CRN-2/1993) é nutricionista e gerente do SND do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

diarréia uma complicação comum que pode permanecer por várias semanas após o TMO. Outra complicação no pós-transplante (frequente nos transplantes halogênicos) está relacionada à doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD), que se caracteriza pela presença de diarréia secretória com perdas de até 10 litros por dia e ainda com a doença venooclusiva que acarreta alterações no estado nutricional.

O nutricionista deve estar atento às alterações desencadeadas pelo TMO e atuar de modo que a conduta dietética além de promover a recuperação do estado nutricional, não cause efeitos indesejáveis intensificando os sintomas apresentados.

Como recomendações gerais para

estes doentes utiliza-se a oferta de 30 a 35 kcal/kg/dia (podendo chegar até a 50 kcal/kg/dia na presença de GVHD) e uma oferta protéica de 1,5 a 2,0 g/kg/dia, suplementando-se a dieta com vitaminas, minerais, aminoácidos e outros nutrientes após avaliação contínua da ingestão alimentar.

No caso da ocorrência de GVHD a Divisão de Nutrição e Dietética elaborou um esquema alimentar específico, baseado em pesquisas bibliográficas e na prática clínica, adaptando-o à nossa realidade. Esse esquema é dividido em fases onde num primeiro momento são utilizados líquidos isoosmolares, passando a dietas isentas de sacarose, lactose, resíduos, fibras e gorduras. Com a melhora dos sintomas e

formação das fezes são reintroduzidos os alimentos restritos anteriormente.

Portanto, a atuação do nutricionista junto a estes pacientes se dá de maneira sistematizada, de acordo com os níveis de assistência nutricional, visando sempre a manutenção e principalmente a recuperação do estado nutricional, para que ocorra uma diminuição da morbidade e mortalidade destes pacientes.

* Denise Evazian (CRN-3/1552) é nutricionista encarregada da Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do HCFMUSP, especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela SBNPE e membro da EMTN do Hospital das Clínicas.

Transplante Renal

Denise Zaffari*

A importância da nutrição no manejo dos pacientes transplantados renais, por muitos anos, foi frequentemente esquecida acreditando-se que o transplante (Tx) bem sucedido corrigiria todas as anormalidades presentes nos pacientes urêmicos.

Hoje é bem demonstrado na literatura que várias alterações metabólicas ocorrem após o Tx renal, sendo a assistência nutricional parte importante do tratamento desses pacientes.

O principal objetivo do manejo nutricional na fase inicial pós Tx é manter os estoques de proteína em função do aumento do catabolismo protéico. O processo cirúrgico, por si só, é associado com aumento das necessidades de energia e proteínas. Além disto, a administração de glicocorticóides é o principal fator implicado na alteração do metabolismo das proteínas neste período. Importante salientar que os pacientes candidatos ao Tx, na sua grande maioria, apresentam situações clínicas que contribuem para a desnutrição protéica, que associadas com o catabolismo da fase precoce do Tx, ocasionam má cicatrização da ferida cirúrgica e aumento da susceptibilidade às infecções.

A obesidade é um achado freqüente após um Tx renal com sucesso, mesmo que os pacientes tenham peso normal ou abaixo do normal antes do Tx. O ganho de peso pós Tx afeta aproximadamente 50% dos pacientes e representa um significativo problema devido ao sinergismo entre obesidade e medicação imunossupressora no desenvolvimento dos fatores de risco (FR) para doença cardiovascular (DCV). A obesidade pós Tx deve-se, provavelmente, ao fato da liberação das restrições dietéticas, o que leva a um excesso de ingestão de alimentos assim como um aumento no consumo de gorduras. Além disso, as mudanças no estilo de vida, a melhora do estado geral do paciente, o

aumento dos níveis de hemoglobina e a melhor qualidade de vida levam à melhora do apetite e, conseqüentemente, a um aumento na ingestão de alimentos.

Nos países desenvolvidos as DCV (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) são a primeira causa de morte em pacientes transplantados renais, sendo relatada uma mortalidade de 32% a 54%.

Em um estudo brasileiro com 1.563 pacientes, realizado no período de outubro de 1987 a dezembro de 1989, foi demonstrado as causas de morte em pacientes transplantados renais, sendo 47% devido às infecções e 22% por DCV.

A incidência e a prevalência de DCV em pacientes transplantados renais é objeto de estudo de vários trabalhos cujos resultados demonstram, por exemplo, que a cardiopatia isquêmica é cerca de 3 a 4 vezes mais incidente nesses pacientes do que na população geral de mesma faixa etária. Outro estudo relata uma prevalência de 18% de cardiopatia isquêmica em homens, 10% em mulheres e 24% em diabéticos.

Os FR para DCV após o transplante renal incluem aqueles da população geral, a presença da doença pré TX e a disfunção do enxerto, que se somam aos efeitos colaterais dos imunossupressores – corticosteróides e ciclosporina.

A hiperlipidemia é uma complicação freqüente após o Tx renal, conforme tem sido descrito em vários estudos. A prevalência varia de 16% a 72% e depende do tempo pós Tx em que são determinados os níveis dos lipídeos séricos. Tem sido relatada uma incidência de 16% a 78% de hipercolesterolemia e de 9% a 66% de hipertrigliceridemia em pacientes Tx renais, recebendo esquema de imunossupressão com Azatioprina e Prednisona.

As causas de hiperlipidemia em pacientes transplantados renais incluem a idade, o peso corporal, a ingestão dietética, os níveis de lipídeos séricos pré

Tx, os fatores relacionados à função do enxerto, as medicações - imunossupressores, betabloqueadores e diuréticos, bem como a predisposição genética. A hiperlipidemia pode também levar à glomeruloesclerose e à doença renal progressiva, assim como à falência do enxerto.

Anormalidades nas lipoproteínas circulantes é uma situação comum após o TX renal, incluindo elevação sérica do colesterol total (CT), da LDL-colesterol, da VLDL-colesterol e dos triglicérides. Em relação à HDL-colesterol a variação é similar a da população geral. Importante salientar que estudos têm evidenciado que as alterações lipídicas, nesses pacientes, persistem mesmo no pós Tx tardio, apesar da normalização da função do enxerto.

Atualmente não existem consensos específicos para o manejo dietético da hiperlipidemia dos pacientes Tx renais. O tratamento dietoterápico, nessa situação, segue as diretrizes do *National Cholesterol Education Program* – NCEP III, direcionado para a população geral.

As drogas imunossupressoras, além de contribuírem para o catabolismo protéico (principalmente no primeiro mês pós Tx) e o desenvolvimento de hiperlipidemia, causam também obesidade, modificações na distribuição da gordura corporal, hipertensão, intolerância à glicose, hipercalemia e perda óssea mineral.

Uma vez que as alterações metabólicas começam a ocorrer já no primeiro mês pós Tx e se mantêm mesmo após a normalização do enxerto, é importante que a orientação dietética dos pacientes seja realizada o mais precocemente possível e que a monitorização nutricional seja realizada periódica e sistematicamente.

* Denise Zaffari (CRN-2/0615) é nutricionista e Supervisora Técnica de Nutrição Clínica Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.

bebida esportiva

A ANVISA não admite que esses líquidos sejam denominados isotônicos

Suzana de Lemos Freitas*
Líquidos isotônicos são soluções contendo solutos (sais sólidos) em proporção semelhante a dos líquidos corporais, sendo facilmente absorvidos. Portanto, devido a esta propriedade, tais líquidos são capazes de promover a hidratação do organismo de forma bem mais rápida do que aquela proporcionada pelos demais líquidos que normalmente consumimos.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Portaria ANVS nº 222 / 98 (Regulamento Técnico para praticantes de atividade física) não permite o uso da alegação "isotônico" em nenhuma bebida esportiva. O termo correto é "repositor hidroeletrólítico". Estes são produtos formulados a partir de concentrações variadas de eletrólitos associada a concentrações variadas de carboidratos, com o objetivo de reposição hídrica e eletrólítica decorrente da prática de atividade física. Ocasionalmente estes produtos podem conter vitaminas e/ou minerais.

Uma bebida para ser considerada isotônica precisa conter uma formulação equilibrada de acordo com as concentrações dos fluidos corporais. O que temos no comércio são repositores hidroeletrólíticos, com uma gama de marcas e formulações distintas contendo variadas concentrações de carboidratos e eletrólitos. No entanto o termo "isotônico" é de uso generalizado para essas bebidas e também reforçado por alguns especialistas da área esportiva de forma equivocada.

Segundo o Dr. Lancha Jr, da Universidade de São Paulo, em uma re-

portagem para a Revista Boa Forma, as bebidas esportivas (do tipo repositores) só precisam ser realmente consumidas quando se perde mais de 2% de seu peso pela transpiração. Nestes casos, é melhor usá-las no lugar da água porque uma grande quantidade de sódio e outros minerais são eliminados.

Os nutrientes perdidos no suor são os eletrólitos sódio e cloreto. Embora os carboidratos não sejam perdidos através do suor, existe a depleção das reservas de glicogênio que precisam ser repostas para que não sejam esgotadas, como é possível de ocorrer em casos de exercícios físicos intensos. Com isso, é necessário que para possuir caráter isotônico, a bebida não apenas necessita conter esses nutrientes como também precisa que estes es-

tejam na bebida em concentrações adequadas.

A osmolalidade também deve ser apropriada ao determinado tipo e intensidade do exercício físico além de considerar aspectos individuais. Isso exige um estudo prévio e específico para cada caso.

Lesser, em seu artigo, alega que na hora de escolher o repositivo ideal, o atleta deve estar atento à osmolalidade do produto. Uma bebida de osmolalidade em torno de 300 (isotônica) proporciona mais rápida absorção, pois esta é aproximadamente a osmolalidade do sangue no estado de hidratação normal. A alta osmolalidade (superior a 400) observada em alguns repositores hidroeletrólíticos, retarda a absorção dos fluidos. Ele lamenta que este é um dado importante e que raramente é fornecido nos rótulos desses produtos.

O professor de educação física Newton dos Santos alerta que indivíduos que sofrem de disfunções renais, hipertensão arterial ou outras disfunções orgânicas devem consultar o médico ou nutricionista antes de seu consumo.

Conclusão

Sabendo-se da grande diferença na variabilidade de composição química, não podemos traçar os reais benefícios destes repositores hidroeletrólíticos no desempenho da atividade física se não há formulação padronizada e adequada.

Suzana de Lemos Freitas (CRN-4/921002092) é nutricionista, mestre em Tecnologia de Alimentos pela Unicamp e atua na Vigilância Sanitária do Rio de Janeiro.



Portaria da ANVISA não permite o uso da alegação isotônico em nenhuma bebida esportiva

Flexibilização do ensino garante cursos de tecnólogos

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei 9.394 de 1996, assegurou ao ensino superior maior flexibilidade na organização curricular dos cursos. Com base nesta Lei foi elaborado o parecer CNE/CES 436/01, que versa sobre os Cursos Superiores de Tecnologia.

Cursos superiores de tecnologia são cursos de nível superior, destinados a egressos do ensino médio e/ou técnico. Segundo o CNE/CES, tais cursos correspondem à educação profissional de nível tecnológico que devem ser estruturados para atender os diversos setores da economia. Os mesmos têm como característica a integração efetiva entre ensino, trabalho, ciência e tecnologia e levam em consideração as tendências do setor produtivo. Apresentam uma estrutura curricular flexível.

As instituições de ensino credenciadas

podem abrir cursos de nível tecnológico de educação profissional, nas mesmas áreas profissionais daquelas já reconhecidas, independentes de autorização prévia, solicitando apenas reconhecimento do projeto. Quanto a sua duração, os cursos voltados para a área de saúde têm especificação de carga horária mínima de 2.400 horas.

A proposta do Ministério da Educação e Cultura (MEC) apresenta os cursos superiores de tecnologia como "uma das principais respostas do setor educacional às necessidades e demandas da sociedade brasileira".

A preocupação do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) versa sobre a formação destes profissionais na área de Nutrição, uma vez que é um curso superior, com características diferenciadas do de graduação, de acordo com o respectivo perfil profissional de conclusão. Há nesta nova

modalidade de formação incongruência com o Art. 200 - Capítulo da Saúde da Constituição Federal, que reza sobre a competência do Sistema Único de Saúde (SUS), na ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. O gérmen da incongruência está no não reconhecimento pelo SUS de tecnólogos na área da saúde.

O entendimento apresentado pelo MEC de que o "nível tecnológico da educação profissional integra-se à educação de nível superior e a habilitação do profissional regulamenta-se pelos Conselhos de Classe" continua em debate, pois importa de sobremaneira ao CFN a identificação de critérios e referenciais claros da necessidade deste profissional e de responsabilidade das instituições de ensino na oferta de curso de tecnólogos na área de Nutrição.

O MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

O manual de boas práticas na produção e prestação de serviços na área de alimentos/alimentação, e sua importância como instrumento, no exercício da responsabilidade técnica ¹ do nutricionista.

João Baptista*

Pelo compromisso social no exercício da profissão e, por determinação legal², o nutricionista deverá entregar a população sob seus cuidados, um alimento/alimentação segura, quanto à qualidade sanitária e nutricional.

Para tanto, deverá cuidar em garantir as condições operacionais e ambientais básicas e necessárias para o exercício da sua responsabilidade técnica. Condições estas, que exigem pré-requisitos que na maioria das vezes dependem de terceiros e por isto, deveriam também, ser objeto do órgão de classe profissional. Isto vale também, para o preparo do nutricionista para tal exercício, por refletir intensamente no conceito de que goza a profissão na sociedade e sua implicação ética.

Exigem a segurança do alimento/alimentação, ações de promoção e prevenção, da saúde, traduzida no controle da saúde dos manipuladores de alimentos, na seleção das matérias-primas e insumos alimentares, nos processos de higienização das instalações, equipamentos e utensílios, na conservação das matérias-primas e dos produtos alimentares prontos para consumo, entre outras.

Por sua vez, as condições exigidas ao representante legal da empresa, para o exercício da responsabilidade técnica, tais como, instalações, equipamentos, utensílios, insumos, investimento em capacitação de pessoal, entre outras, constituem pré-requisitos previstos na legislação que dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares, relacionadas diretamente com a saúde, as quais constituem objeto das ações de vigilância sanitária.

O Manual de Boas Práticas na Produção e ou Prestação de Serviços de Alimentos/Alimentação constitui-se, assim, no instrumento que, atendendo a legislação, abrange as condições operacionais e ambientais básicas que devem orientar as ações a serem desenvolvidas, com vistas a segurança do alimento.

Assim, o Manual deve ser próprio a cada realidade, isto é, por mais semelhantes que sejam as condições operacionais e ambientais entre dois estabelecimentos que prestam serviços de alimentação, jamais poderão usar um mesmo Manual, em virtude das peculiaridades inerentes a cada um dos es-

tabelecimentos.

O Manual deve ser construído pelo Responsável Técnico em linguagem clara, compreensível e ao alcance de todo o pessoal envolvido com a segurança do alimento, uma vez que, deve retratar todos os procedimentos operacionais e ambientais de conservação, higiene e controle de perigos, a partir das condições materiais pré-existentes.

O pessoal envolvido deverá ser reciclado em sua prática diária, de acordo com o estabelecido no Manual e lembrado de algumas práticas importantes por cartazes afixados em pontos estratégicos do estabelecimento. A inspeção diária para avaliação das práticas previstas no Manual, é recomendada, de forma a garantir as medidas preventivas.

É importante que a compreensão das medidas de higiene e saúde do pessoal envolvido com a segurança do alimento, provoque uma mudança para melhor, do comportamento e reflita nas suas condições de vida.

*João Baptista de Lima Filho (CRN-1/080) é nutricionista e consultor

• 1 A Responsabilidade Técnica - RT é aqui entendida como a exercida por agentes definidos nos termos do Decreto nº 77.052 de 19.01.76
• 2 Portaria MS nº 1428 de 26 de novembro de 1993, Portaria SVS Nº 326 de 30 de julho 1997.

Agenda

Curso de Especialização em Nutrição Clínica - UFF 2003

www.uff.br/nutricao/Posgrad.htm

Público Alvo: Nutricionistas

Duração: 360 horas.

Período: Março de 2003 a novembro de 2003.

Aulas realizadas às terças, quartas e quintas-feiras, das 18:00 às 22:00 horas.

INSCRIÇÃO:

Local: Faculdade de Nutrição - Rua São Paulo, 30 - 4o andar - sala 410

- Campus do Valonguinho - Centro - Niterói - RJ CEP: 24.015-110

Tel: (0xx21) 2620-8076/ 2717-3500 (fax) / 3604-6194

Horário: segunda à sexta-feira, das 14:00 às 20:00 horas.

Período: 13/01/2003 a 30/01/2003.

Valor: R\$ 70,00

SELEÇÃO:

Provas: 18/02/03 às 19:00h = múltipla escolha e/ou dissertativa de conhecimentos relativos à especialidade; 19/02/03 às 19:00h = interpretação de texto da área afim em língua inglesa.

Entrevista: 21/02/03 das 14 às 20:00h.

INVESTIMENTO:

Custo total: R\$ 3.120,00 (em até 12 parcelas de 260,00)

Informações: pgcmn@vm.uff.br / pgcmn@bol.com.br

Expo Diet & Light Exposição e Congresso de Nutrição, Produtos Diet, Light e Especiais

Data: 02 a 04 de abril de 2003

Local: ITM Expo - São Paulo - SP

Informações: www.latinevent.com.br/diet

Pós-graduação

lato sensu



PROGRAMAS

- Clínica e Terapêutica da Obesidade (NOVO)
- Nutrição Clínica
- Gestão de Negócios em Alimentação
- Qualidade de Alimentos
- Alimentação Escolar

Locais de Realização: Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Campo Grande, Brasília, Natal e Recife.

BREVE: Belém, Salvador e Belo Horizonte



Uniguapu: Unidade de Ensino Superior do Vale do Iguaçu - Credenciada pelo MEC sob número 11, datada de 05/01/2002 - e publicada em 09/01/2002.

VAGAS LIMITADAS

INFORMAÇÕES

0800-7077 764

info@pontocritico.com.br

www.pontocritico.com.br/ipce

Endereços CRN

•CRN - 1ª REGIÃO

GO - Goiás

MT - Mato Grosso

TO - Tocantins

DF - Distrito Federal

CONTATO:

SCN Qd. 01 - Bloco E - Sala 1611

Ed. Central Park -

CEP: 70.710-902 - Brasília-DF

FONE: (61) 328-3078

E-MAIL: crn_1@bol.com.br

•CRN - 2ª REGIÃO

SC - Santa Catarina

RS - Rio Grande do Sul

CONTATO:

AV. TAQUARA, 586 - S. 503 - Bairro Petrópolis

CEP: 90.460-210 - Porto Alegre-RS

FONE: (51) 3330-9324 ou 3330-5674 (Direto)

FAX: (51) 3330-9324

E-MAIL: crn2@zaz.com.br

•CRN - 3ª REGIÃO

MS - Mato Grosso do Sul

PR - Paraná

SP - São Paulo

CONTATO:

AV. PAULISTA, 568 - 6ª Andar

CEP: 01.310-000 - São Paulo - SP

FONE: (11) 3284 - 1779, 3284-1222, 3284-7357, 289-4744

FAX: (11) 3284-0294

E-MAIL: crn3.fwb@zaz.com.br

www.crn3.org.br

•CRN - 4ª REGIÃO

MG - Minas Gerais

ES - Espírito Santo

RJ - Rio de Janeiro

CONTATO:

AV. GRAÇA ARANHA, 145 - Grupo 807

CEP: 20.030-003 - Rio de Janeiro- RJ

FONE/FAX: (21) 2262-8678

E-MAIL: crn4@crn4.org.br

www.crn4.org.br

•CRN - 5ª REGIÃO

SE - Sergipe

BA - Bahia

CONTATO:

AV. 7 de Setembro, 174, Ed. Santa Rita - Sala 701

CEP: 40.060-000 - Salvador-BA

FONE: (71) 322-8037

FAX: (71) 322-8142

E-MAIL: crncinco@atarde.com.br

•CRN - 6ª REGIÃO

AL - Alagoas

PB - Paraíba

PI - Piauí,

MA - Maranhão

RN - Rio Grande do Norte

CE - Ceará

Fernando de Noronha

PE - Pernambuco

CONTATO:

Rua Bulhões Marques, 19 - Salas 801/802
Boa Vista

CEP: 50.060-050 Recife - PE

FONE: (81) 3222-2495

FAX: (81) 3222-1458

E-MAIL: crn6pe@elogica.com.br

www.crn6.com.br

•CRN - 7ª REGIÃO

AC - Acre

AM - Amazonas, RO - Rondônia,

RR - Roraima, AP - Amapá, PA - Pará

CONTATO:

AV. Generalíssimo Deodoro, 1978, Cremação

CEP: 66.045-190 Belém - PA

FONE: (91) 241-0412 - (91) 230-2949

FAX: (91) 241-0412

E-MAIL: consenut@zaz.com.br