

Desnutrição em crianças internadas em Hospital Infantil de Vitória, ES: reflexão histórico-político-social

Malnutrition in children admitted to a Children's Hospital in Vitória, ES: social political historical reflection

Valmin Ramos da Silva¹, Joel Alves Lamounier², Gabriella Stefenoni Krüger³, Emille Colombo Dutra⁴, Flávio Gusmão Trancoso⁵, Janine Pereira da Silva⁵

RESUMO

Objetivo: Relatar série histórica de crianças hospitalizadas por desnutrição e sua evolução, com discussão focada nas políticas sociais e de saúde. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, com coleta de dados nos prontuários de crianças internadas em hospital de referência em pediatria em Vitória-ES, no período de 1983 a 2000, referentes à idade, sexo, peso à internação/alta, diagnóstico clínico e evolução final para alta/óbito. Realizado diagnóstico nutricional, com base no Z-escore de peso para a idade. Os dados foram apresentados em média e desvio padrão da média e para as associações foi utilizado o Qui-Quadrado de Pearson, considerando como significativo $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%. O estudo foi aprovado pelo CEP Institucional. **Resultados:** Avaliados 1284 pacientes, com mediana de idade de 4 meses, média de 11,4 meses e variação de 1 a 168 meses, sendo 721 (57,7%) masculinos. O baixo peso para a idade foi diagnosticado em 820 (65,6%) à internação e 624 (50%) na alta. A gastroenterite foi diagnosticada em 56,2% dos casos e 1003 (80,3%) pacientes evoluíram para alta hospitalar. **Conclusão:** A desnutrição grave foi marco na história do hospital, sendo caracterizada por formas de marasmo, kwashiorkor e marasmo kwashiorkor. Apesar das poucas opções alimentares na época, metade dos pacientes recebeu alta com recuperação nutricional. A melhoria das condições socioeconômicas da região e os programas associados com as políticas de acolhimento de crianças, como a promoção do aleitamento materno e a vacinação, podem ter contribuído para a redução da desnutrição grave na infância.

Palavras-chave: Criança Hospitalizada; Desnutrição; Política de Saúde; Pobreza.

¹ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória (HINSG). Vitória, ES - Brasil.

² Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Campus Centro-Oeste. Divinópolis, MG - Brasil.

³ Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Vitória, ES - Brasil.

⁴ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Universidade de Colatina (UNESC). Colatina, ES - Brasil.

⁵ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES - Brasil.

Instituição:

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, ES - Brasil.

* Autor Correspondente:

Valmin Ramos da Silva

E-mail: valmin.silva@gmail.com

Recebido em: 01/06/2015.

Aprovado em: 03/02/2016.

ABSTRACT

Objective: To report a historical series of children hospitalized for malnutrition and its evolution, with discussion focused on social and health policies. **Methods:** Descriptive and retrospective study with data collection from medical records of children admitted to a Children's Hospital in Vitória-ES, from 1983 to 2000. To collected information about age, sex, weight at admission/discharge, clinical diagnosis and ultimate evolution for discharge/death. Nutritional diagnostics performed according to the WHO curves (2006, 2007), based on the weight of Z-score for age. The data were presented as mean and standard deviation of the mean and the associations we used the chi-square test, considered significant $p < 0.05$, with a 95% confidence interval. Study approved by the Institution CEP. **Results:** Evaluated 1284 patients, with a median age of 4, average of 11.4 months, range 1-168 months, 721 (57.7%) male. Low weight for age was diagnosed in 820 (65.6%) at the admission and 624 (50%) at the discharge. Gastroenteritis was diagnosed in 56.2% of cases and in 1003 (80.3%) patients were discharged from hospital. **Conclusion:** Severe malnutrition was a milestone in the hospital's history and was characterized by forms of marasmus, kwashiorkor and marasmus kwashiorkor. Despite the few dietary options at the time, half the patients received high with nutritional recovery. The improvement of socioeconomic conditions of the region and the programs associated with child-care policies such as promoting breastfeeding and vaccination may have contributed to the reduction of severe malnutrition in childhood.

Keywords: Child, Hospitalized; Malnutrition; Health Policy; Poverty.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os processos sociais de cuidados à criança doente resultaram na organização de hospitais para atendimento pediátrico, em especial no tratamento da desnutrição. Na década de 1980 a desnutrição estava fortemente ligada à condição socioeconômica e cultural vivenciada com muita frequência no cotidiano da população, em muitas regiões do país, representando importante causa de mortalidade infantil.

A associação da fome prolongada com o retardo do crescimento em criança foi percebida nos anos 1800, mas a descrição da desnutrição, enquanto doença associada à deficiência de vitaminas, minerais e proteínas, ocorreu somente nos anos 1930 e os primeiros registros, no Brasil, a partir da década de 1950. A pobreza e os determinantes sociais foram vinculados como causas principais de desnutrição, tornando-a problema de ordem social de grande impacto, uma vez que contribui para impedir que a criança atinja todo seu potencial genético, influencia na morbimortalidade e na redução da produtividade econômica do país.^{1,2}

A desnutrição energético-proteica (DEP) pode ser definida como doença multifatorial de alta letalidade, capaz de promover diversas alterações fisiológicas na tentativa de

adaptar o organismo à escassez de nutrientes.³ O estudo desse tema é relevante, tendo em vista que o baixo ganho de peso pode revelar o estado geral de saúde e até o ambiente biopsicossocial habitado pela criança e que, se não valorizado e corrigido, pode acarretar importantes danos à saúde e manutenção de problemas sociais prévios.⁴ A questão nutricional, apesar de ambiguidades e contradições, consta da agenda política desde a década de 1930⁵ e conta com importantes avanços na atualidade.

O kwashiorkor, uma forma grave da desnutrição, embora muito comum antes dos anos 1980, ainda permanece de forma isolada em algumas regiões do Brasil. Caracteriza-se por alterações de pele, alopecia e alterações na textura e coloração do cabelo, hepatomegalia, face de lua (edema), dermatite perianal e escoriações, devido à diarreia, anasarca, hipoalbuminemia e baixas concentrações de outras proteínas séricas. A criança procede de ambiente de miserabilidade e apresenta-se com apatia exagerada, baixa resposta a estímulos, mesmo aos dolorosos, e ausência de apetite.⁶

Outra forma de desnutrição é o marasmo, resultado da oferta de dieta inadequada e globalmente deficiente em calorias e proteínas. A internação geralmente ocorre não pela desnutrição, mas por complicações de doença infecciosa

aguda como desidratação, insuficiência respiratória ou distúrbio metabólico grave.

Essas duas formas representam os polos extremos da desnutrição e a origem pode ser de marasmo que a descompensou por deficiência proteica decorrente de aumento da demanda metabólica ou de kwashiorkor que passou a sofrer de deficiência energética importante. Esses extremos da doença estão marcadamente associados a alterações nas funções imunes e em todos os órgãos, e de interferir negativamente em seu crescimento e desenvolvimento.⁶

No Estado do Espírito Santo merece destaque, no atendimento à criança hospitalizada, o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória, ES, fundado em 1933 e vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SESA). A opção em relatar a série histórica de crianças desnutridas nesse nível micro-organizacional se deu em função de ser referência estadual em Pediatria, podendo auxiliar no entendimento global da sociedade e, por sua vez, auxiliar na compreensão de como as crianças eram percebidas pelo poder público, sociedade e família, no século 20.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo, retrospectivo, com coleta de dados nos prontuários dos pacientes internados na Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória, ES - Brasil. Foram incluídas crianças hospitalizadas entre os anos de 1983 e 2000. Este período foi escolhido em função da redução das internações por desnutrição primária a partir do ano 2000. Os pacientes foram avaliados e acompanhados por médicos residentes em pediatria durante a internação e supervisionados pelo mesmo preceptor da residência médica. O registro do exame clínico, laboratorial e da evolução clínica diária foi feito em sequência padronizada, no prontuário do paciente.

Foram coletadas as seguintes informações: idade, sexo, peso à internação e na alta, diagnóstico clínico e evolução final para alta, óbito, transferência para outro hospital ou por retirada do paciente sem alta médica, mediante assinatura de termo de responsabilidade. Não foi possível obter informações referentes à estatura dos pacientes, em função de não ser prática corrente na referida enfermaria, no período escolhido para o estudo. Por essa razão, a avaliação do estado nutricional foi realizada a partir do índice peso para idade (P/I), o z-escore de P/I, com base no padrão de referência da Organização Mundial de Saúde (2006/2007).⁷

As variáveis do estudo foram organizadas no *software Excel* e analisados no *software SPSS 11.0*. Para a estatística descritiva os dados, foram apresentados em média, mediana e desvio padrão da média e quando indicado foi utilizada estatística inferencial, utilizando o Qui-Quadrado de Pearson e o teste *t* de *Student*, considerando-se como significativos os valores de $p < 0,05$, intervalo de confiança de 95%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

RESULTADOS

Entre os anos de 1983 e 2000 foram coletados os dados de 1249 pacientes, 721 (57,7%) masculinos. A média de idade da amostra foi de 11,4 meses, mediana de 4 meses, variando de 1 a

160 meses. Do total, 870 (70,2%) eram procedentes da Região Metropolitana da Grande Vitória, ES, 304 (24,4%) de outros municípios e 67 (5,4%) de estados da Bahia e Minas Gerais.

O peso médio no momento da internação foi de $5,8 \pm 4,8$ kg e na alta foi de $6,3 \pm 4,8$ kg, com diferença significativa ($p < 0,001$). A mediana de escore Z do peso para a idade (Z-P/I), calculada à internação entre os 1249 pacientes avaliados, foi de $-3,00 \pm 2,27$ (mínimo de -2,42 e máximo de 4,78). A mediana de escore Z-P/I calculada na alta para 1175 pacientes foi de $-2,33 \pm 2,06$, variando de -2,32 a 5,07 ($p < 0,001$).

A média anual de internação no período de 1983 a 2000 foi de 69,4 pacientes, reduzindo-se para 56,8 internações a partir do ano de 1990, quando se observou redução das internações até o ano 2005, ano em que ocorreu o fechamento da Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG, por não justificar a sua manutenção pela falta de pacientes (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes internados na Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG, Vitória, ES, com diagnóstico de desnutrição, entre os anos de 1983 e 2000 (n=1249).

Ano	Frequência (n)	Percentual (%)
1983	11	0,9
1984	112	9,0
1985	92	7,4
1986	83	6,6
1987	124	9,9
1988	110	8,8
1989	92	7,4
1990	56	4,5
1991	42	3,4
1992	39	3,1
1993	49	3,9
1994	69	5,5
1995	71	5,7
1996	76	6,1
1997	75	6,0
1998	38	3,0
1999	62	5,0
2000	48	3,8
Total	1249	100,0

A desnutrição estava presente no momento da internação e da alta em 820 (65,6%) e 624 (50%) dos pacientes (Tabela 2), respectivamente, com diferença significativa ($p < 0,001$).

Na maioria dos pacientes foram identificados dois ou mais diagnósticos, sendo a gastroenterite e a sepse os mais prevalentes (Tabela 3), e como consequência ou complicação da desnutrição foi diagnosticada desidratação em 182 (14,6%) e distúrbios no equilíbrio acidobásico em 99 (7,9%).

A alta hospitalar foi obtida por 1003 (80,3%) pacientes, sendo que 119 (9,5%) foram a óbito, 28 (2,2%) retirados do hospital sem alta médica, mediante a assinatura de termo de responsabilidade, 12 (1,0%) transferidos e 87 (7,0%) tiveram evolução desconhecida.

A mediana do tempo de internação (n=1193) foi de 16,0 dias, média de 23,4 dias, variando de 1 a 748 dias.

Tabela 2. Avaliação nutricional de pacientes internados na Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG, Vitória, ES, entre os anos de 1983 e 2000 (n=1249).

Estado nutricional (OMS ⁷)	Internação		Alta Hospitalar	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
Eutrófico*	422	33,8	548	43,9
Baixo peso para a idade	820	65,6	624	50,0
Peso elevado para a idade*	02	0,2	03	0,2
Desconhecido	05	0,4	74	5,9
Total	1249	100	1249	100

$p < 0,001$ - *Eutrofia e peso elevado para idade à internação corresponde à desnutrição com edema.

Tabela 3. Diagnóstico clínico de pacientes internados na Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG, Vitória, ES, entre os anos de 1983 e 2000 (n=1249).

Diagnóstico	Frequência (n)	Percentual (%)
Gastroenterite	702	56,2
Sepse	260	20,8
Pneumonia	202	16,2
Doença do Refluxo Gastroesofágico	190	15,2
Doenças infecto-parasitárias	178	14,3
Doenças hepato-biliares	152	12,2
Infecção do trato urinário	113	9,0
Distúrbios hematológicos diversos	109	8,7
Doenças gastrintestinais	87	7,0
Alergia alimentar	79	6,3
Distúrbios neurológicos	67	5,4
Outros diagnósticos	331	26,5

DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em hospital público de referência estadual em pediatria, onde existe Programa de Residência Médica em Pediatria desde 1978. Apresenta como fragilidade a elaboração do diagnóstico nutricional com utilização somente da variável peso. No entanto, apesar da existência de protocolo clínico para o tratamento do desnutrido grave, não havia na época a prática da aferição da estatura dos pacientes, sendo o diagnóstico de desnutrição feito somente com a utilização do peso, seguindo os critérios de Gomez *et al.*⁸

Essa foi prática comum nas décadas de 1980 e 1990, em especial nos países em desenvolvimento que utilizavam o índice de Z-escore de peso para idade < -2 ($P/I < -2$) para diagnosticar desnutrição.⁹ Em 1984, Monteiro¹⁰ preconizava que para a realização da avaliação nutricional “todas as crianças devem ser pesadas (*e, se possível, medidas*) pelo menos mensalmente no primeiro ano de vida, bimensalmente no segundo, trimestralmente no terceiro e semestralmente nas idades subsequentes”, e mesmo para o segmento dos pacientes desnutridos o autor não mencionava a obtenção da estatura das crianças.

A enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG, até o ano de 2005, era local de estágio para Médicos Residentes em Pediatria, com a finalidade de abordar exclusivamente pacientes com desnutrição grave, e todas as crianças internadas tinham diagnóstico de desnutrição primária. A partir de 1990, teve início a redução das internações por desnutrição primária e aumento dos casos de desnutrição secundária a doenças crônicas.

Ao longo das últimas décadas, houve redução da prevalência da desnutrição grave, porém as taxas de letalidade permaneceram ainda altas.¹¹ A partir dos anos 1980 foram estabelecidas estratégias, pelo setor de saúde, para a prevenção da desnutrição, em função da proposta da atenção primária à saúde para todos até o ano 2000 pela Conferência Internacional de Alma-Ata.¹² A Organização Mundial da Saúde considera que constitui responsabilidade do setor de saúde em relação à alimentação e nutrição em nível nacional por intermédio de: a) definição e análise do problema nutricional; b) promoção e participação em estratégias e programas multissetoriais de alimentação e nutrição; e c) implantação de sistema de vigilância alimentar e nutricional.¹³

O papel do pediatra no atendimento rotineiro à criança é fundamental na prevenção da desnutrição,¹³ por meio da melhoria do estabelecimento do vínculo mãe filho¹⁴ e na mudança de padrão desfavorável de práticas de cuidados infantis.¹⁵ Muito importante é a orientação sobre o aleitamento materno, a alimentação complementar para crianças a partir de seis meses de idade, incluindo alimentos ricos em vitamina A, ferro, zinco, vitamina B6, alimentação da criança doente e reidratação oral na diarreia.¹⁶

Uma das ações para melhorar a nutrição é o seu potencial valor como instrumento para prevenção e manejo das doenças infecciosas,¹⁷ e constituindo-se fundamental a adesão das famílias às campanhas de vacinação, em especial contra o sarampo. Durante o processo de infecção, o manejo dietético visa modificar o curso e o desfecho da doença, pela ingestão adequada de alimentos durante a infecção e a convalescença, particularmente nas crianças pequenas.¹⁸

Neste estudo, o diagnóstico de eutrofia, observado em 33,8% dos pacientes no momento da internação, e aqueles com peso elevado, reflete os casos de desnutrição conhecido como kwashiorkor, que segundo Gomez *et al.*⁸ representava o desnutrido grave com edema, considerando que todos os pacientes foram internados em função da desnutrição grave. Por outro lado, os 65,6% identificados como baixo peso para a idade⁷ corresponderam ao grupo de desnutridos identificado como marasmático ou kwashiorkor-marasmático.

A desnutrição infantil de origem primária vem apresentando importante redução em sua prevalência no Brasil.^{9,19} Atualmente, a maioria das internações no hospital por desnutrição é atribuída à desnutrição secundária a doenças agudas ou crônicas, observando-se também internações por excesso de peso e obesidade grave.

A desnutrição apresenta, independentemente da origem, efeitos deletérios agudos e crônicos à criança, dificultando o seu crescimento físico e desenvolvimento psíquico e intelectual, com impacto negativo no aprendizado escolar

em curto prazo, podendo resultar em adultos com limitações biológicas e intelectuais, com reduzida capacidade de trabalho.²⁰ Adicionalmente, crianças desnutridas apresentam mecanismos biológicos de defesa prejudicados, o que facilita o processo de adoecimento, com maior risco de morbidade e mortalidade,² explicando as complicações infecciosas observadas no grupo avaliado nesta pesquisa.

Embora tenha havido drástica redução da desnutrição primária, as taxas de desnutrição intra-hospitalar permanecem extremamente altas^{21,22} e, por essa razão, o estado nutricional deve ser estabelecido desde a internação da criança,²² permitindo a adoção precoce de terapia nutricional, o que pode permitir a melhora do prognóstico.

Apesar de todos os conhecimentos atuais sobre o diagnóstico e seguimento nutricional, ainda existem hospitais que não realizam a triagem nutricional no momento da hospitalização. Não fazem, portanto, diagnóstico nutricional precoce, não estabelecem as necessidades nutricionais e não ofertam as necessidades de caloria e de proteína ao paciente, em momento de alta demanda metabólica, durante o período de doença aguda ou da agudização ou complicação de doenças crônicas.

Neste contexto, a redução da desnutrição grave não justificou mais a manutenção da Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG para cuidar de pacientes desnutridos. A partir do ano de 2003, entretanto, para melhorar a atenção aos cuidados nutricionais às crianças internadas e em conformidade com a Portaria MS-272/98²³ e a RDC-63/00,²⁴ foi instituída no hospital a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN), que ao longo do tempo instituiu protocolos de triagem, avaliação e seguimento nutricional de pacientes hospitalizados, com o acompanhamento nutricional de todos os internados, identificados durante a triagem nutricional, realizada de rotina.

Durante o período do estudo, quase 70% das crianças internadas no hospital eram provenientes de municípios que hoje compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que integra os municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana, Guarapari e Fundão. Alguns desses municípios, na década de 1980, faziam parte do perfil epidemiológico descrito como de menor infraestrutura ambiental, sanitária, educacional e médica e, por isso, de maior risco para a ocorrência de desnutrição para os seus residentes, em especial as crianças menores de cinco anos.¹ Os demais 30% procedentes de outros municípios do Espírito Santo e de estados vizinhos, principalmente da Bahia e de Minas Gerais, eram encaminhados para o hospital devido à falta de estrutura nos serviços de saúde destas regiões.

A expansão industrial, em especial no município de Serra, estimulou a imigração de grande contingente de mão de obra pouco qualificada, procedente de municípios do estado do Espírito Santo e de estados vizinhos, para ocupar regiões com baixa infraestrutura ambiental, sanitária, de educação e cuidados médicos. O Quadro 1²⁵ indica a evolução populacional do Estado, da RMGV e de Serra, no período de 1970 a 2000, indicando aumento populacional abrupto sem que serviços sociais básicos fossem oferecidos na mesma proporção. A imigração não planejada, aliada às condições socioeconômica da população, provavelmente contribuíram para que a maioria das crianças internadas no período do estudo fosse procedente da RMGV.

Na época em que a Enfermaria de Metabolismo e Gastroenterologia do HINSG foi organizada para atender aos pacientes desnutridos graves, observava-se que todas as famílias eram pobres, com renda inferior à linha da pobreza e vivendo na pobreza extrema, na indigência e com alta insegurança alimentar. A frequência da pobreza no país indica redução substancial a partir da década de 1970 e estagnação ou declínios muito lentos nas décadas de 1980 e 1990.²⁶

A melhoria das condições sociais oriundas principalmente das áreas educacional, salarial e de saúde pode ter contribuído para a redução da desnutrição. Os Programas de Atenção Primária à Saúde e a prática, mesmo que parcial, do conjunto que compõe o Programa Fome Zero, associados às condições de infraestrutura e de moradia observadas nos municípios que compõem a RMGV, mesmo com suas deficiências, também foram decisivos para a redução da desnutrição infantil.

O declínio das taxas anuais de desnutrição foi observado em todo o país, com menor proporção em áreas rurais do Norte e Nordeste do Brasil, sendo essa redução atribuída ainda às mudanças positivas quanto à cobertura dos serviços básicos de saúde, escolaridade das mães e abastecimento de água potável, ações da puericultura,¹³ estímulo ao aleitamento materno e adesão às campanhas de vacinação, que contribuíram para reduzir as doenças infectocontagiosas, em especial o sarampo, com alto potencial para aumentar demandas metabólicas e induzir ou descompensar a desnutrição preexistente.

A magnitude, distribuição e evolução da pobreza, da desnutrição e da fome têm natureza distinta e determinam prioridades e alvos para políticas públicas. Ações governamentais de combate à pobreza devem ser prioridade; do mesmo modo, é preciso privilegiar o aumento da renda dos mais pobres, por meio de melhor distribuição da renda, reativação da economia, criação de emprego e aprofundamento da reforma agrária.²⁷ Os Programas governamentais de transferência direta de renda como “bolsa-escola” e “bolsa-alimentação” e outras ações de combate à pobreza são importantes na luta contra a desnutrição, mas investimentos em educação, saneamento básico, cuidados à saúde incluindo o monitoramento e tratamento precoce da desnutrição são importantes para a sua erradicação.²⁷⁻²⁹

Na década de 1980 os mecanismos fisiopatológicos da desnutrição não estavam totalmente esclarecidos. Além disso, não havia disponibilidade de dietas industrializadas como na atualidade, amplamente disponíveis e empregadas no tratamento de pacientes com distúrbios diversos do trato digestório, mas apesar disso foi possível dar alta hospitalar para mais de 80% das crianças internadas. Havia dúvidas por parte da equipe de saúde para o manuseio da doença, mas pairava também, no imaginário dos pais, a “certeza” de que a criança “estava passando fome no hospital”, quando em resposta clínica ao tratamento, se observada perda do edema e consequente perda de peso e emagrecimento visível, metas perseguidas pela equipe de saúde.

A imagem da criança com a forma kwashiorkor da desnutrição e que evoluía com emagrecimento progressivo semelhante à forma marasmática, mesmo demonstrando aumento nas dimensões corporais e estabilidade clínica geral, não era impedimento para a decisão da família em retirar a criança do hospital, sem a alta médica. Outro fator de alto impacto para a retirada da criança era a gravidade do caso,

Quadro 1. Evolução da População Residente da Serra, RMGV, ES e a Taxa de Crescimento Geométrico entre os anos de 1970 e 2000.

População	Ano				
	1970	1980	1991	1996	2000
Serra	17.286	82.581 (16,9%)	222.159 (9,4%)	270.373 (4,1%)	330.874 (4,5%)
RMGV	385.998	753.959 (2,4%)	1.137.316 (2,3%)	1.267.423 (1,5%)	1.438.596 (2,6%)
Espírito Santo	1.599.324	2.023.340 (6,9%)	2.600.618 (4,3%)	2.802.707 (1,1%)	3.097.232 (1,3%)

em que a família não suportava visualizar o filho invadido por punções venosas, cateteres uretrais para o controle do débito urinário ou cateter orogástrico ou nasogástrico para monitorização de secreção gástrica ou oferta de dietas artesanais especiais.

Outra situação delicada é que muitos pacientes apresentavam quadro de sepse grave originado por infecção do trato urinário, pneumonia, diarreia crônica, complicado por graves distúrbios da coagulação e por desequilíbrio eletrolítico e acidobásico, demandando a infusão de múltiplos medicamentos, hemoderivados e procedimentos invasivos de difícil aceitação pela própria equipe de saúde, na época. Diante disso, as famílias, em especial a mãe, expressavam a certeza de finitude daquela vida, preferindo que o desenlace ocorresse em casa, na presença e com a participação dos demais familiares e, assim, assinando um termo de responsabilidade, a criança era retirada do hospital e não raro no dia seguinte retornavam para solicitar a declaração de óbito, que normalmente era concedida.

A retirada da criança do hospital sem alta médica era evento comum, em décadas passadas. Apesar dos riscos, essa prática representou um desfecho clínico pouco comentado ou mesmo ignorado pela literatura médica. Na última década, as causas mais comuns para a decisão de retirar a criança do hospital sem alta médica incluíam a melhora clínica, a doença de base, a insatisfação com os cuidados ministrados pela equipe de saúde ou por infraestrutura hospitalar, a necessidade de assistência a outros filhos, a longa distância entre o hospital e o domicílio, problemas familiares e financeiros, além da crença na possibilidade de tratamento domiciliar.^{30,31}

O maior risco para a retirada da criança do hospital sem alta médica inclui a idade menor de 12 meses, a presença de diagnóstico de sepse ou outra forma de infecção, gastroenterite, doenças graves e de tratamento complexo, além de pais com baixa condição socioeconômica;^{30,31} todos os critérios citados caracterizam os 12 pacientes retirados sem alta médica neste estudo.

De acordo com o Código de Ética Médica,³² o alvo de toda atenção do médico é a saúde e a vida do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, empregando todos os meios necessários em favor do paciente. Cabe ao médico respeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar e sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo no caso de iminente perigo, quando o médico não está obrigado a seguir a vontade do paciente.

Estão incluídas nessa condição as crianças e os adolescentes, representados pelos seus responsáveis. Na ausência de “iminente perigo de vida” a vontade dos responsáveis quanto à “alta a pedido” também deve ser analisada com cautela, já que o pátrio poder não garante o direito absoluto quanto à vida da criança e na possibilidade

de risco, por menor que seja, a alta deve ser negada e o Conselho Tutelar ou o Juízo da Infância e da Juventude deve ser acionado. Assim, o termo de responsabilidade para a retirada da criança do hospital sem alta médica, que era prática no passado, na atualidade é afronta ao que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente.³³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição grave representou marco na história do HINSG, Vitória, ES, assim como em outros hospitais do país, caracterizou-se pelas formas de marasmo, kwashiorkor e kwashiorkor-marasmo, e, como na atualidade, contribuiu para aumentar a mortalidade infantil, especialmente devido a complicações infecciosas.

Apesar da inexistência de dietas industrializadas e específicas para o tratamento da desnutrição e de suas comorbidades, mais de 80% dos pacientes receberam alta hospitalar com estado nutricional recuperado ou em fase de recuperação, indicando que os cuidados ministrados foram efetivos, apesar dos poucos recursos disponíveis durante o período do estudo.

A melhoria das condições socioeconômicas da região, os programas que reforçam as políticas públicas de atenção à criança, as mudanças nos hábitos culturais e no estilo de vida das famílias, o estímulo ao aleitamento materno e a adesão às campanhas de vacinação podem ter impactado na redução da desnutrição grave na infância. Do mesmo modo, o Estatuto da Criança e do Adolescente teve forte interferência para impedir a retirada da criança do hospital, sem alta médica, atualmente.

REFERÊNCIAS

- Gopalan S. Malnutrition: causes, consequences, and solutions. *Nutrition*. 2000;16(7-8):556-8.
- de Onis M, Frongillo EA, Blössner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bull World Health Organ*. 2000;78(10):1222-33.
- Sarni RO, Munekata RV. Terapia nutricional na desnutrição energético-proteica grave. In: Lopez FA, Sigulem DM, Taddei JA, eds. *Fundamentos da terapia nutricional em pediatria*. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 115-32.
- Martins TSA, Velela RV, Pereira FV, Cária NZ, Faria HP. Implementação da avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de 5 anos na USF Grajaú na cidade de Brumadinho - MG, pelo internato rural da UFMG. *Rev Med Minas Gerais*. 2013;23(1):27-32.
- Vasconcelos FAG. Origem e conformação do campo da nutrição em saúde pública em Pernambuco: uma análise histórico-estrutural. *Rev Nutr*. 2001;14(Suppl):13-20.

6. Carrazza FR. Desnutrição energético-proteica. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria Básica*. Tomo II. 9. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 324-40.
7. OMS. Curvas de crescimento da OMS [acesso 2015 Mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/en/>
8. Gomez F, Galvan RR, Cravioto J, Frenk S. Malnutrition in infancy and childhood, with special reference to kwashiorkor. *Adv Pediatr*. 1955;7:131-69.
9. Monteiro CA, D'Aquino Benicio MH, Iunes R, Gouveia NC, Taddei JAAC, Cardoso MAA. ENDEF e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(Suppl. 1):S85-95.
10. Monteiro CA. Critérios antropométricos no diagnóstico da desnutrição em programas de assistência à criança. *Rev Saúde Pública*. 1984;18(3):209-17.
11. Bejon P, Mohammed S, Mwangi I, Atkinson SH, Osier F, Peshu N, et al. Fraction of all hospital admissions and deaths attributable to malnutrition among children in rural Kenya. *Am J Clin Nutr*. 2008;88(6):1626-31.
12. WHO. Health for all in the 21st Century. EB101/8. Geneva: World Health Organization; 1998.
13. Monte CM, Ashworth A, Nations MK, Lima AA, Barreto A, Huttly SR. Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. *Soc Sci Med*. 1997;44(10):1453-64.
14. Sawaya AL. Transição: Desnutrição Energético Protéica e Obesidade. In: *Desnutrição urbana no Brasil: em um período de transição*. São Paulo: Revinter; 1997.
15. Muniz HF. Práticas sociais de cuidados infantis: uma proposta de intervenção em domicílio de crianças desnutridas [Tese de doutorado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2000.
16. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(Supl. 3):S285-97.
17. Pelletier DL. Potentiating effects of malnutrition on child mortality: epidemiologic evidence and policy implications. *Nutr Rev*. 1994;52(12):409-15.
18. UNICEF. *The State of the World's Children 1998*. Oxford: United Nations Children Fund/Oxford University Press; 1997.
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. POF - Medidas Antropométricas de Crianças e Adolescentes 2002-2003. Comunicação Social de 23 jun 2006. [acesso 2015 Jan 11]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=625
20. de Onís M, Monteiro C, Akre J, Glugston G. The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. *Bull World Health Organ*. 1993;71(6):703-12.
21. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7-8):573-80.
22. Nursal TZ, Noyan T, Atalay BG, Köz N, Karakayali H. Simple two-part tool for screening of malnutrition. *Nutrition*. 2005;21(6):659-65.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria N° 272, de 8 de Abril de 1998. Regulamento Técnico Para a Terapia de Nutrição Parenteral. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC N° 63, de 6 de Julho de 2000. Regulamento Técnico Para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
25. Brasil GH. Planejamento Estratégico. In: Serra. Serra 21 - Plano Estratégico da Cidade 2007-2027: Agenda 21. Serra: Prefeitura Municipal; 2008.
26. Rocha S. Pobreza no Brasil. O que há de novo no limiar do século XXI? *Economia. Rev Anpec*. 2001;2(1):73-106.
27. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estud Av*. 2003;17(48):7-20.
28. Smith LC, Haddad L. *Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices*. Washington: International Food Policy Research Institute; 2000.
29. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA, org. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. 2a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2000. p. 247-55.
30. Roodpeyma S, Hoseyni SA. Discharge of children from hospital against medical advice. *World J Pediatr*. 2010;6(4):353-6.
31. Ibekwe RC, Muoneke VU, Nnebe-Agumadu UH, Amadife MA. Factors influencing discharge against medical advice among paediatric patients in Abakaliki, Southeastern Nigeria. *J Trop Pediatr*. 2009;55(1):39-41.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM N° 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília: Diário Oficial da União; 2009.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Lei N° 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial; 1990.