

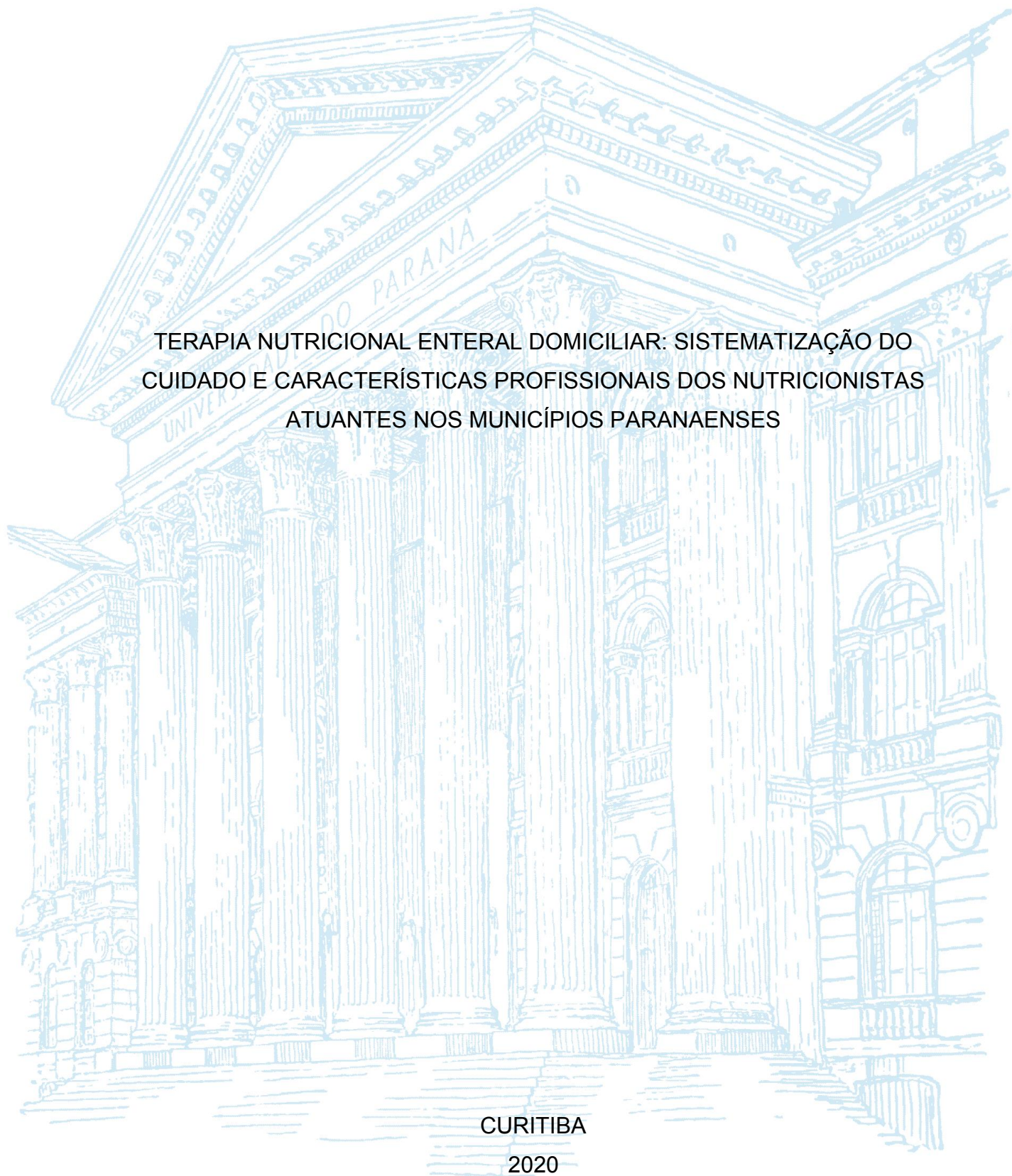
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIS SIZANOSKI TEIXEIRA

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR: SISTEMATIZAÇÃO DO  
CUIDADO E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS  
ATUANTES NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES

CURITIBA

2020



ELIS SIZANOSKI TEIXEIRA

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR: SISTEMATIZAÇÃO DO  
CUIDADO E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS  
ATUANTES NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo  
Schieferdecker

Coorientadora: Profa. Dra. Doroteia Aparecida  
Hoffelmann

CURITIBA

2020

Teixeira, Elis Sizanoski

Terapia nutricional enteral domiciliar [recurso eletrônico]: sistematização do cuidado e características profissionais dos nutricionistas atuantes nos municípios paranaenses / Elis Sizanoski Teixeira – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker  
Coorientadora: Profa. Dra. Doroteia Aparecida Hoffelmann

1. Assistência domiciliar. 2. Nutrição enteral. 3. Avaliação em saúde.  
I. Schieferdecker, Maria Eliana Madalozzo. II. Hoffelmann, Doroteia Aparecida.  
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 612.3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ALIMENTAÇÃO E  
NUTRIÇÃO - 40001016074P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ELIS SIZANOSKI TEIXEIRA** intitulada: **TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR: SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO E CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS ATUANTES NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES**, sob orientação da Profa. Dra. **MARIA ELIANA MADALAZZO SCHIEFERDECKER**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 19 de Outubro de 2020.

Assinatura Eletrônica

26/10/2020 09:54:51.0

MARIA ELIANA MADALAZZO SCHIEFERDECKER

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

23/10/2020 11:55:19.0

ESTELA IRACI RABITO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/10/2020 10:53:51.0

CRISTINE GARCIA GABRIEL

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

---

Av. Prof. Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4010 - E-mail: pgnutricao@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.  
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 57101

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e insira o código 57101

## **AGRADECIMENTOS**

Não se escreve uma dissertação sozinha. Por isso, seguem meus agradecimentos:

A Deus, pelas oportunidades.

À minha orientadora Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker pela paciência, persistência e por acreditar no meu potencial. Obrigada pelos conhecimentos transmitidos, tanto na vida profissional quanto pessoal.

À minha coorientadora Doroteia Aparecida Hoffelmann, pelo cuidado nos detalhes e pela participação essencial em todas as etapas desta dissertação.

Às professoras: Estela Iraci Rabito, Cristine Garcia Gabriel e Cíbele Pereira Kopruszinski, membros da banca, titulares e suplentes, pelas contribuições que certamente enriqueceram muito este trabalho.

A todos os nutricionistas atuantes em Nutrição Enteral Domiciliar, em especial a todos que participaram desta pesquisa. Este trabalho foi por vocês e para vocês. Que este seja fonte de inspiração aos que atuam com esta causa tão nobre.

Às integrantes do grupo do BHEN, em especial: Paula, Raphaela, Marcia, Giovanna, Dani e Bruna por todo apoio prestado nesta trajetória. Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo durante estes 2 anos.

Aos meus queridos pais Angela e Álvaro, pelo carinho, amor e compreensão incondicionais. À toda minha família, pela torcida constante.

À minha tia/madrinha Alzenir, presente em tantos momentos importantes da minha vida e que teve participação fundamental para finalização desta pesquisa. Não existe palavra maior que gratidão, espero retribuir por tudo que fez e faz por mim um dia.

A todos os meus amigos, que compreenderam minhas ausências em tantos momentos importantes. Em especial: Rafa, Tati, Carol e Guilherme (mais que primo, um grande amigo) que, como sempre, foram presentes.

E por último, mas não menos importante, ao meu amado companheiro Rafael, que com certeza me incentivou mais que qualquer outra pessoa. A caminhada é muito mais leve com você ao meu lado.

A todos que, direta ou indiretamente, me incentivaram nesta conquista.

**Muito Obrigada.**

*“Não há uma pegada do meu caminho  
que não passe pela pegada do outro.”*

- Simone de Beauvoir

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a sistematização do cuidado em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED por nutricionistas do Sistema Único de Saúde, âmbito municipal, no estado do Paraná. Por meio de um estudo descritivo e transversal exploratório, foi enviado um questionário estruturado, anônimo e on-line a profissionais atuantes em municípios paranaenses, sorteados sistematicamente a partir do porte populacional. O questionário contou com questões referentes a características profissionais, número de usuários em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) e sistematização do cuidado (indicadores, uso de protocolos, tipo de prescrição dietoterápica). Dentre os 172 nutricionistas participantes, 83,7% (n=144) estavam formados há mais de 5 anos, 87,2% (n=149) trabalhavam na atenção básica e 73,1% (n=125) eram os únicos nutricionistas atuantes em TNED. Dos municípios participantes, 22,5% (n=38) faziam uso de protocolos assistenciais específicos para TNED. Esta proporção variou de acordo com porte populacional: 40,0% dos municípios grandes, 32,2% dos médios e 17,4% dos pequenos utilizavam os protocolos (p=0,049). Os municípios com protocolo específico prescreviam mais de um tipo de nutrição enteral (entre fórmulas comerciais, dieta mista ou dieta com alimentos), tinham menor número de demandas judiciais (44,4%) (p=0,052), realizavam capacitações anuais voltadas ao tema (65,8%) (p=0,01) e planejamento de custos com a terapia (77,8%) (p=0,04) com maior frequência em relação aos que não tinham protocolo. Em relação ao uso de indicadores (avaliação nutricional, diagnóstico nutricional, intervenção e monitoramento), observou-se que eram coletados pelos profissionais de forma não sistematizada. Quarenta e dois por cento dos profissionais (n=72) referiram não se sentir capacitados para atuar com nutrição enteral domiciliar. A maioria dos municípios não sistematiza o cuidado e não faz uso de protocolos assistenciais específicos para TNED. Os protocolos estiveram associados à prática assistencial de nutricionistas que trabalham com TNED, visto que os municípios que os utilizaram apresentaram menor frequência de demandas judiciais, maior planejamento de custos e capacitação profissional.

Palavras- chave: Assistência Domiciliar. Nutrição Enteral. Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

The objective of this study was to verify the systematization of care in Home Enteral Nutrition (HEN) in the Unified Health System within the state of Paraná. Through a descriptive and exploratory cross-sectional study, a structured, anonymous and online questionnaire was sent to professionals working in municipalities in Paraná, drawn systematically based on population size. The questionnaire included questions related to professional characteristics, number of users in HEN and systematization of care (indicators, use of protocols, type of dietary prescription). The results indicated that 83,7% (n=144) of nutritionists had been trained for more than 5 years, 87,2% (n=149) worked in primary care and 73,1% (n=125) were the only nutritionists active in HEN. Of the participating municipalities, 22,5% (n=38) used specific assistance protocols for Home Enteral Nutrition. This ratio varied according to population size: 40,0% of large municipalities, 32,2% of medium-sized municipalities and 17,4% of small municipalities used the protocols (p=0,049). The municipalities with a specific protocol prescribed more than one type of enteral nutrition (between commercial formulas, mixed diet or blenderized diet), had fewer judicial demands (44,4%) (p=0,052), held annual training courses focused on the theme (65,8%) (p= 0,01) and cost planning with therapy (77,8%) (p=0,04) more frequently in comparison to those who had no protocol. Regarding the use of indicators (nutritional assessment, nutritional diagnosis, intervention and monitoring) it was observed that they were collected by professionals in a non-systematized way, since the variables related to diagnosis and intervention were collected less frequently in relation to the others. Seventy-two professionals (42,0%) reported not feeling able to work with home enteral nutrition. It was concluded that most municipalities did not use indicators in a systematic way and did not use specific care protocols for HEN. The protocols were associated with the care practice of nutritionists who work with HEN, since the cities that used them had a lower frequency of judicial demands, greater cost planning and professional training.

Key-words: Home Care. Enteral Nutrition. Health Evaluation.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1 - ETAPAS DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM DA PESQUISA .....  | 30 |
| FIGURA 2- MUNICÍPIOS DO QUE NÃO PARTICIPARAM DA PESQUISA E AS<br>RESPECTIVAS RAZÕES- PARANÁ- 2020 ..... | 37 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO 1- INDICADORES REFERIDOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL POR<br>NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TERAPIA NUTRICIONAL<br>ENTERALDOMICILIAR NO ESTADO DO PARANÁ - 2020..... | 44 |
| GRÁFICO 2- DISTRIBUIÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL PRESCRITA NOS<br>MUNICÍPIOS PESQUISADOS - -2020.....  | 45 |
| GRÁFICO 3- FORMAS DE FINANCIAMENTO DAS PRESCRIÇÕES<br>DIETOTERÁPICAS.....   | 46 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| QUADRO 1- PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO<br>BRASIL ..... | 21 |
| QUADRO 2- QUESTÕES UTILIZADAS NO ESTUDO E BREVE DESCRIÇÃO .....                 | 32 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS E AMOSTRA ESTIMADA POR CLASSIFICAÇÃO POPULACIONAL - PARANÁ 2019-2020 .....              | 31 |
| TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS RESPONDENTES POR PORTE E INFLUENTES - PARANÁ 2019- 2020 .....                                    | 36 |
| TABELA 3- NÚMERO MÉDIO DE PACIENTES EM TNED NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS (n=102) PARANÁ 2019-2020.....                                     | 37 |
| TABELA 4- NOVOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM TNED ENTRE 2019 E 2020 PELOS NUTRICIONISTAS (n=168) - PARANÁ 2019-2020...                   | 38 |
| TABELA 5- CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TNED NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES ENTRE 2019 E 2020 (n=172) ..... | 38 |
| TABELA 6- CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DE ACORDO COM O PORTE DOS MUNICÍPIOS - PARANÁ 2019-2020 .....                                  | 40 |
| TABELA 7- USO DE PROTOCOLOS PELOS NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TNED- PARANÁ 2019-2020 .....  | 41 |
| TABELA 8- RELAÇÃO ENTRE O USO DE PROTOCOLOS E PORTE DOS MUNICÍPIOS - PARANÁ 2019-2020 .....  | 41 |
| TABELA 9- COMPARAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE PROTOCOLO PARA TNED .....   | 43 |
| TABELA 10- RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO PRESCRITA E USO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA TNED - PARANÁ 2019-2020..                             | 45 |

TABELA 11- RELAÇÃO ENTRE O FINANCIAMENTO DA PRESCRIÇÃO  
DIETOTERÁPICA E PORTE DO MUNICÍPIO – PARANÁ - 2020.....47

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|        |   |
|--------|---|
| AB     | - Atenção Básica  |
| AD     | - Atenção Domiciliar  |
| AD1    | - Atenção Domiciliar tipo 1                                   |
| AD2    | - Atenção Domiciliar tipo 2                                   |
| AD3    | - Atenção Domiciliar tipo 3                                   |
| ADA    | - <i>American Dietetic Association</i>                        |
| ANS    | - Agência Nacional de Saúde Suplementar                       |
| ANVISA | - Agência Nacional de Vigilância Sanitária                    |
| APS    | - Atenção Primária à Saúde                                    |
| ASBRAN | - Associação Brasileira de Nutrição                           |
| BHEN   | - <i>Brazilian Home Enteral Nutrition</i>                     |
| CEP/SD | - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos                |
| CFN    | - Conselho Federal de Nutricionistas                          |
| CLT    | - Consolidação das Leis do Trabalho                           |
| CNES   | - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde              |
| DCNT   | - Doenças Crônicas Não Transmissíveis                         |
| DP     | - Desvio-padrão   |
| EMAD   | - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar              |
| EMAP   | - Equipe Multiprofissional de Apoio                           |
| EN     | - Estado Nutricional  |
| ESF    | - Estratégia Saúde da Família                                 |
| ESPEN  | - <i>European Society of Parenteral and Enteral Nutrition</i> |
| IBGE   | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística             |
| NASF   | - Núcleo Ampliado de Saúde da Família                         |
| NE     | - Nutrição Enteral  |
| NED    | - Nutrição Enteral Domiciliar                                 |
| ONG    | - Organização Não-Governamental                               |
| PIB    | - Produto Interno Bruto                                       |
| PNAN   | - Política Nacional de Alimentação e Nutrição                 |
| PNSAN  | - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional      |
| RAS    | - Redes de Atenção à Saúde                                    |

|         |   |
|---------|---|
| SAD     | - Serviço de Atenção Domiciliar                                 |
| SIH/SUS | - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde |
| SISAB   | - Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica         |
| SMS     | - Secretaria Municipal de Saúde                                 |
| SPSS    | - <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>            |
| SUS     | - Sistema Único de Saúde  |
| TCLE    | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                    |
| TNE     | - Terapia Nutricional Enteral                                   |
| TNED    | - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar                        |
| UBS     | - Unidade Básica de Saúde                                       |
| UF      | - Unidades da Federação   |
| UFPR    | - Universidade Federal do Paraná                                |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>17</b> |
| 1.1 OBJETIVOS .....   | 19        |
| 1.1.1 OBJETIVO GERAL.....   | 19        |
| 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                 | 19        |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                              | <b>20</b> |
| 2.1 TNED NO MUNDO E NO BRASIL .....                               | 23        |
| 2.2 A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO DOMICILIAR .....    | 25        |
| 2.3 A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM NUTRIÇÃO .....                 | 26        |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....  | <b>29</b> |
| 3.1 DESENHO DO ESTUDO .....                                       | 29        |
| 3.2 CÁLCULO AMOSTRAL.....   | 30        |
| 3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES.....            | 31        |
| 3.4 QUESTIONÁRIO .....  | 32        |
| 3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....                                     | 34        |
| <b>4 RESULTADOS</b> .....   | <b>36</b> |
| 4.1 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS .....        | 38        |
| 4.2 USO DE PROTOCOLOS .....                                       | 40        |
| 4.3 SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO .....                               | 42        |
| <b>5 DISCUSSÃO</b> .....  | <b>48</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....  | <b>56</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>57</b> |
| <b>APÊNDICE 1- INSTRUMENTO DE PESQUISA</b> .....                  | <b>65</b> |
| <b>ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ..... | <b>71</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT demandam por ampliação nos investimentos em saúde que, se não planejados de forma sustentável, podem impactar negativamente na utilização de recursos. Dentro deste contexto, a atenção domiciliar vem se fortalecendo como modelo de desospitalização, pois permite manter a continuidade do cuidado no domicílio, otimizar custos e buscar melhora da qualidade de vida de indivíduos acometidos por injúrias que exigem tempo prolongado de tratamento (BRASIL, 2015; RAJÃO; MARTINS, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) atribui a atenção domiciliar (AD) dentro do seu escopo de práticas. Essas atividades existiam antes de sua concepção, mas sua regulamentação ocorreu em 2002. Na atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF) são responsáveis pelo atendimento em domicílio. Aos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) cabe o manejo de situações de maior complexidade. Seguindo os princípios e diretrizes do SUS, estes serviços devem atuar em conjunto, constituindo uma rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012b).

A gestão da atenção domiciliar é feita pelos municípios brasileiros, os quais enfrentam as mais variadas situações, considerando sua posição geográfica, a heterogeneidade da população brasileira e as diversas realidades sociais e econômicas encontradas (FÜHR; CIACHI, 2019).

Esta complexidade de cenários associada aos múltiplos fatores que envolvem os agravos à saúde faz com que a relação entre os diferentes saberes seja crucial para a abordagem integral e resolutiva na atenção domiciliar. O nutricionista se insere na equipe multiprofissional ao empregar recursos técnicos para atender as demandas específicas de usuários e familiares por meio da alimentação adequada. Além disso, deve assegurar que as necessidades nutricionais serão fornecidas pela via oral, ou outras vias alternativas de alimentação quando necessário (NAVES, 2017; CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

Nas situações nas quais a alimentação por via oral se torna insuficiente para atender as demandas nutricionais, inicia-se a Terapia Nutricional Enteral (TNE), definida por vários procedimentos que visam manter ou recuperar o estado

nutricional. Um deles é a utilização de sondas - nasoenteral, gastrostomia, jejunostomia (BRASIL, 2000; BISCHOFF et al., 2019).

No Brasil, a prescrição dietoterápica e o monitoramento da TNE são desempenhados por nutricionista, tanto no ambiente hospitalar, quanto domiciliar. Contudo, deve-se levar em consideração que estes ambientes possuem suas peculiaridades, diversificando a atuação profissional. Enquanto o hospital exige a utilização de tecnologias de maior densidade, o domicílio apresenta outros determinantes que influenciam o sucesso da terapia, desde condições socioeconômicas variadas, diferentes meios de acesso aos insumos e serviços especializados e a atuação majoritária dos cuidadores, sujeito de grande importância neste contexto (BRASIL, 2015).

Embora a prática da TNE domiciliar seja utilizada no mundo todo, várias dificuldades comuns são observadas, tais como: rotinas pouco ou não sistematizadas, a prevalência de pessoas em TNED desconhecida, ausência de protocolos específicos, não adesão aos protocolos (quando eles existem), insuficiência de informações nos registros assistenciais, dificuldades de comunicação com outros profissionais da equipe e com os serviços hospitalares, não reembolso das dietas enterais pelos planos de saúde ou pelos sistemas públicos de saúde e profissionais pouco capacitados atuando na área (KLEK et al., 2014; FARUQUIE et al., 2016; MARTIN; GARDNER, 2017; GIBBS; DREY; BALDWIN, 2018; WONG, BANKS E BAUER, 2018).

Decisões clínicas baseadas somente em opiniões profissionais são variáveis, o que pode dificultar a comprovação da eficácia de seus procedimentos. Sistematizar o escopo das ações favorece tanto o profissional quanto a comunidade, promovendo o bem-estar, saúde dos assistidos, eficácia e efetividade no atendimento, bem como o desenvolvimento de produtos, políticas e serviços de qualidade e a valorização das categorias profissionais perante os demais membros das equipes multiprofissionais (BRASIL, 2000; GIBBS; DREY; BALDWIN, 2018; THE ACADEMY QUALITY MANAGEMENT COMMITTEE, 2018).

Considerando este contexto, é importante que os profissionais estejam cada vez mais capacitados para atuar neste campo. Para que isto ocorra, são necessárias pesquisas que apontem suas características e necessidades, pois desta forma será possível elaborar estratégias que visem o reconhecimento da importância do nutricionista, além de auxiliar na elaboração de ferramentas que busquem orientá-

los na prática diária, promovendo maior eficácia dos serviços e resolutividade das ações.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a presença de mecanismos de sistematização do cuidado em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar no Sistema Único de Saúde em âmbito municipal no Paraná.

### 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as características dos nutricionistas atuantes em TNED no SUS quanto à sua formação, tempo de atuação e nível de capacitação.
- Identificar a utilização de programas e protocolos assistenciais pelos nutricionistas atuantes com Terapia Nutricional Enteral Domiciliar no SUS no Estado do Paraná.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Praticada desde a antiguidade, a atenção domiciliar é a modalidade de cuidado historicamente reconhecida em todo o mundo. Entretanto, em meados do século XIX, com o advento da medicina científica, pouco a pouco o cuidado em saúde praticado em domicílio passou a ser substituído pelo hospitalar (RIBEIRO, 2019).

Com o passar das décadas, o aumento da expectativa de vida, maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e crescimento de vítimas da violência e de causas externas, além de maior sobrevivência de indivíduos doentes, fez com que os sistemas de saúde pensassem em outros modelos de assistência além do modelo hospitalocêntrico, o qual gera custos elevados e muitas vezes, de efetividade questionável. Desta forma, a atenção domiciliar foi retomada como modalidade de cuidado integral e continuado, otimizando os recursos financeiros e assistenciais além de substituir ou complementar as demais práticas existentes. Vários estudos evidenciam a AD como recurso terapêutico para oferecer reinserção do indivíduo no âmbito familiar, promover atendimento humanizado e cuidado integral (KLEK et al., 2014; P JUKIK et al., 2016; ZAGO, 2017).

No âmbito da Saúde coletiva, o SUS se articula desde sua concepção ao aderir a atenção domiciliar dentro de seu escopo de ações. No início dos anos 90, algumas iniciativas próprias de serviços hospitalares buscaram aprimorar suas estratégias de assistência integral, incluindo a atenção domiciliar como continuidade do cuidado hospitalar, porém, sem legislação específica que buscasse regulamentar estas práticas. Pouco a pouco, leis e portarias foram surgindo, primeiramente voltados a grupos específicos de usuários com determinadas doenças e posteriormente para toda população, consolidando esta modalidade de atenção (RIBEIRO, 2019). As principais leis e normativas estão apresentadas, em ordem cronológica, no QUADRO 1.

Políticas que busquem a integralidade são fundamentais para consolidação do SUS. Para isso, o sistema trabalha por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com objetivo de atender às necessidades da população de forma eficaz.

QUADRO 1- PRINCIPAIS MARCOS LEGAIS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL

| <b>Lei/ Norma Regulamentadora</b>   | <b>Objetivo</b>  |
|---|--|
| 1998- Portaria 2.416  | Estabelece critérios para realização da internação Domiciliar no SUS   |
| 2002- Lei 10.424  | Regulamenta a Assistência Domiciliar no SUS  |
| 2006- Resolução nº 11, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) | Regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar  |
| 2006- Portaria 2.529  | Institui a internação Domiciliar no âmbito do SUS  |
| 2011- Portaria 2.029  | Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e revoga a portaria 2.529, de 2006  |
| 2011- Portaria GM/MS 2.527  | Revoga a portaria 2.029 e estabelece novos critérios da atenção domiciliar, incluindo os serviços da atenção primária e estabelece critérios para inscrição dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) |
| 2011 (8 de Novembro)  | Lançado o Programa Melhor em Casa pelo governo Federal   |
| 2013- Portaria 963  | Redefine a Atenção Domiciliar no SUS e estabelece critérios de classificação dos SAD   |
| 2016- Portaria 825  | Redefine a Atenção Domiciliar no SUS e atualiza as equipes habilitadas   |

FONTE: Adaptada de BRASIL, 2012; BRASIL, 2016; RIBEIRO, 2019

Nelas, os mais diversos níveis de complexidade estão integrados, sendo a atenção primária à saúde (APS) definida como coordenadora do cuidado (BRASIL, 2017).

No Brasil, a APS é representada principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada o meio de entrada preferencial no sistema público de saúde. Suas ações demandam atender aos usuários de forma ampla e resolutiva, baseada em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde centradas não somente no indivíduo, mas também em toda sua família e comunidade por ela assistida (BRASIL, 2017).

Para qualificar o escopo de ações da ESF, em 2008 foram criados os NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) compostos de profissionais e especialidades da área da saúde, compartilhando saberes, práticas e gestão. As principais atribuições da ESF e dos NASF envolvem oferecer integralidade no atendimento não só dentro das Unidades Básicas de Saúde, mas também em espaços frequentados pela comunidade e no domicílio (BRASIL, 2010).

A atenção domiciliar também é ordenada por meio das RAS. Na AD, são definidas as complexidades e sistematização do cuidado, visando melhor resolutividade e otimização dos recursos. Para tal, divide-se em 3 modalidades:

- Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), de menor complexidade, é coordenada pelas equipes da atenção básica e apoiada pelos NASF, centros de especialidades e ambulatórios de reabilitação; visa atender demandas de menor complexidade, definidas por maior estabilidade clínica e manejo satisfatório por parte dos cuidadores;
- Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) de complexidade intermediária, demanda maior frequência de visitas; tem por objetivo evitar a hospitalização;
- Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) definida por maior complexidade e uso de tecnologias duras (BRASIL, 2016a).

As modalidades AD2 e AD3 são coordenadas pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), considerados de média complexidade, uma vez que dependem de maior utilização de equipamentos e disponibilidade das equipes ali inseridas (NAVES, 2017).

A determinação da estrutura necessária, das formas de atendimento domiciliar, o dimensionamento profissional para compor as equipes, o detalhamento das ações de cada nível de atenção e as formas de registro e controle são determinados pelo programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. Programa esse lançado em 2011 e até hoje considerado norteador da AD no âmbito do SUS.

Ainda, as portarias 963 de maio de 2013 e 825 de abril de 2016 regulamentam as ações estabelecidas pelo programa Melhor em Casa. Nesta última, são determinadas as EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção domiciliar), constituídas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além do fisioterapeuta ou assistente social. As EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio) são compostas por outros profissionais, como nutricionista, e têm por objetivo apoiar as EMAD (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016a).

Outro sujeito, não menos importante, deve estar envolvido e ser apoiado para que haja uma adequada consolidação da AD: o cuidador. Normalmente é um familiar, vizinho ou até mesmo um profissional qualificado, que tem por papel principal prestar o cuidado do paciente, visto que nem sempre existem profissionais de saúde no ambiente domiciliar (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Nesse contexto, insere-se a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED), reconhecida como uma prática segura e eficaz dentro do domicílio, desde que cuidadores e profissionais de saúde estejam alinhados nas estratégias de cuidado.

## 2.1 TNED NO MUNDO E NO BRASIL

No mundo todo, várias dificuldades comuns são observadas em relação à TNED. Buscando compreender os principais desafios encontrados, foi realizada uma revisão narrativa com artigos que falassem sobre prevalência e incidência da TNED no mundo. Utilizou-se artigos dos últimos 10 anos.

No estudo realizado por Mundi et al. (2017) nos Estados Unidos da América procurou identificar a prevalência de nutrição enteral e parenteral domiciliar por meio de um banco de dados fornecido pelo *Medicare Center*, encontrando uma prevalência de 1.385 indivíduos em TNED por milhão de habitantes. Contudo, os pesquisadores ressaltam que estes dados estão baseados no financiamento das dietas pelos planos de saúde, o que pode subestimar a população real, visto que muitas famílias estadunidenses costumam pagar pelos insumos de nutrição enteral.

Na pesquisa realizada com profissionais de 13 países do sudeste asiático, destacou-se que além da prevalência da TNED ser desconhecida em vários destes países, existe a necessidade em melhorar a mão de obra capacitada em TNED (considerada insuficiente pelos pesquisadores), e a elaboração de políticas de reembolso das fórmulas enterais comerciais (WONG, BANKS, BAUER, 2018).

Em outra pesquisa conduzida em quatro centros de referência em TNED na Polônia, observou-se aumento de pessoas em nutrição enteral domiciliar assistidas entre 2008 e 2013 (de 196 para 2.842 pacientes), após implementação de políticas de reembolso de dietas enterais. Outro estudo também apresentou aumento na prevalência da TNED entre 2001 e 2009 em uma região da Espanha (LUIS et al., 2013; KLEK et al., 2015).

Alguns estudos brasileiros que mostram a prevalência da TNED no sistema público são regionais. Menezes e Fortes (2019), no Distrito Federal, evidenciaram atendimento a 3.020 pacientes em TNED entre setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Outro estudo conduzido por Mazur et al. (2019) observaram o aumento de 425% da prevalência da nutrição enteral domiciliar na cidade de Curitiba entre 2006 e 2015.

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), entre 2016 e 2017 foram realizados em todo país 3.939.810 atendimentos pelo programa Melhor em Casa, que tem por objetivo oferecer atendimento domiciliar de média e alta complexidade pelo SUS. No mesmo período, dados

divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que foram realizados 358.531 atendimentos domiciliares pelos convênios. Este grande volume evidencia a demanda desta modalidade de assistência.

O número de pacientes em nutrição enteral domiciliar não foi levantado em ambos os casos, não sendo possível avaliar quantos destes atendimentos envolviam a nutrição enteral. As únicas informações relacionadas ao tema são referentes a procedimentos de colocação de sondas (gastrostomia e jejunostomia), que são divulgadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). De janeiro a julho de 2018, foram realizados pelo SUS 5.332 procedimentos de colocação de sondas de gastrostomia e 2887 procedimentos de jejunostomia/ileostomia, sem informações referentes à alta hospitalar destes indivíduos (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; BRASÍLIA, 2018).

No Paraná, segundo dados disponíveis no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), foram realizados cerca de 244.733 atendimentos pelos SADS de 9 municípios entre 2016 e 2018. Neste período, cerca de 608 pacientes foram acompanhados por nutricionista. 548 pacientes atendidos possuíam algum tipo de sonda (nasogástrica, nasoenteral ou gastrostomia). Não havia informações referentes à prevalência da nutrição enteral (BRASIL, 2019a).

Em relação ao custeio das prescrições dietoterápicas no Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) defende que o Estado, por meio das políticas públicas, deve promover e prover o direito humano à Alimentação Adequada. Ainda, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) define que as ações de segurança Alimentar e Nutricional devem ser fortalecidas em todos os níveis de atenção à saúde, e que suas ações devem ser articuladas e focadas especialmente em famílias que estejam em situação de insegurança alimentar (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Embora existam legislações específicas sobre parâmetros de financiamento das dietas enterais em hospitais credenciados ao SUS, o mesmo não acontece na atenção domiciliar. Deste modo, estados e municípios não têm subsídios legais para dispensação dos insumos necessários à TNE, dificultando o planejamento de gastos destinados a este fim (BRASIL, 2012a; FÜHR; CIACHI, 2019).

O financiamento das dietas e insumos utilizados na NED é compartilhado entre o Estado do Paraná e o município somente nas demandas judiciais. No

restante, cabe aos municípios a compra de dietas e insumos, não há recurso financeiro da União específico para este fim (SOUSA; WILL, 2017).

Além disso, os aspectos sociais, culturais e econômicos distintos que se encontram os municípios tornam um desafio definir como será o reembolso da NED, visto que normalmente municípios de pequeno porte dependem de serviços de saúde disponíveis apenas em cidades de médio e grande porte. Para isso, é importante estratificar os municípios não somente pelo seu porte populacional, mas também por outros indicadores relacionados à gestão em saúde para elaboração de políticas de financiamento adequadas (CALVO et al., 2016).

## 2.2 A IMPORTÂNCIA DO NUTRICIONISTA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A abordagem ampla e resolutiva prestada por profissionais com diferentes conhecimentos técnicos e habilidades é fundamental para desfechos satisfatórios, tanto no tratamento de pacientes quanto na melhora da qualidade de vida dos mesmos e no gerenciamento dos sistemas de gestão pública (RIBEIRO, 2019).

Dentre as várias necessidades relacionadas aos indivíduos em atendimento domiciliar, a manutenção e/ou recuperação do Estado Nutricional é considerada uma das mais importantes, pois está diretamente relacionada à funcionalidade do corpo humano. Seu comprometimento leva a várias complicações fisiológicas, como perda de massa magra, piora dos parâmetros clínicos, além de piora na cicatrização de lesões, impactando no número de reinternações hospitalares, busca aumentada pelos serviços de saúde e aumento dos custos (ARVANITAKIS et al., 2008; MEYER; VALENTINI, 2019).

Muitas vezes, devido à doença de base, a ingestão de nutrientes por via oral se torna inviável, exigindo o uso de vias alternativas de alimentação para satisfazer as necessidades nutricionais. Nestes casos, a Terapia Nutricional deve ser iniciada, e os critérios de escolha da via de administração (enteral ou parenteral) e da prescrição dietoterápica devem ser baseados nos parâmetros clínicos, bioquímicos e antropométricos. Nos casos em que o trato gastrointestinal permanece intacto, se opta pela nutrição enteral (ZABAN, 2009; GRAMLICH et al., 2018).

O nutricionista é o profissional responsável pela prescrição dietética e monitoramento nutricional dos pacientes em nutrição enteral no Brasil, contendo os

recursos técnicos necessários para avaliar a composição e o preparo das dietas enterais (BRASIL, 1991).

No ambiente domiciliar, além da avaliação clínica e dietética utilizada pelo profissional nos ambientes hospitalar e ambulatorial, outros aspectos devem ser considerados, como os culturais, socioeconômicos e psicológicos, para a maior eficácia na recuperação nutricional, além do monitoramento das condições higiênico-sanitárias do domicílio e da capacidade de preparo e infusão das fórmulas enterais pelos cuidadores (GRAMLICH et al., 2018; BISCHOFF et al., 2019).

Alguns estudos sugerem também a importância do treinamento e capacitação dos profissionais, visando a segurança das prescrições dietoterápicas e acompanhamento adequado em nutrição enteral domiciliar. Outros estudos complementam que a experiência profissional associada ao nível de conhecimento leva ao desenvolvimento de habilidades relacionadas ao pensamento crítico e tomada de decisão, facilitando o trabalho em equipe e aumentando a acurácia das estratégias de cuidado. Diante disso, o nutricionista deve centrar suas ações no indivíduo, sem desconsiderar, ao mesmo tempo, a importância da sistematização do cuidado (CHARNEY; PETERSON, 2013; BRANTLEY et al., 2014; SWAN et al., 2017).

### 2.3 A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM NUTRIÇÃO

Padronizar a prática profissional é importante, visto que rotinas não sistematizadas podem gerar limitações nos resultados, comprometendo, desta forma, a qualidade dos serviços prestados. Algumas categorias profissionais, como enfermagem, sistematizam a assistência desde a década de 1950, baseada na prática associada ao método científico. Desta forma, os enfermeiros conseguem proporcionar serviços de forma integrada com referenciais teóricos, além de promover a autonomia profissional (BARROS; LOPES, 2010).

Após implementação do programa Melhor em Casa pelo Ministério da Saúde, notou-se que as ações realizadas pelos profissionais de saúde não eram monitoradas ou avaliadas, gerando baixa qualidade nas informações fornecidas às esferas governamentais. Diante disso, tecnologias de gerenciamento de dados foram implantadas para que, desta forma, as informações pudessem ser de fato

utilizadas para a consolidação da atenção domiciliar no SUS e para melhor reflexão dos processos de trabalho das equipes envolvidas (BRASIL, 2016b).

Portanto, sistematizar o cuidado domiciliar tornou-se primordial, pois possibilitou verificar os pontos fortes e fracos da atenção auxiliando nas tomadas de decisão e otimização de recursos técnicos e financeiros, além da integração com as redes de atenção à saúde. Este processo encontra-se em etapa de implementação, com várias dificuldades apontadas, visto que muitos gestores não reconhecem a importância destas ações (BRASIL, 2016b).

No caso da nutrição, a padronização das práticas é apontada como essencial para a valorização perante outros profissionais de saúde, elaboração de políticas públicas que visem à melhoria do atendimento à sociedade e associação entre o ensino, pesquisa e a prática assistencial (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN, 2014).

Diante do exposto, a Academia norte-americana de Nutrição e Dietética (ADA) instituiu um modelo de padrões de prática em nutrição. Este processo, iniciado na década de 1970, passou por várias mudanças até a elaboração do modelo atual, vigente desde 2003 e que passa por atualizações a cada 5 anos. No Brasil, a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN) organizou um manual orientativo para a sistematização do cuidado em nutrição em 2014, baseado nos conceitos estabelecidos pela ADA (HAMMOND; MYERS; TROSTLER, 2014; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN, 2014).

São consideradas quatro etapas no processo: avaliação e reavaliação nutricional, diagnósticos em nutrição, intervenção nutricional e monitoramento e evolução. Elas se dividem em dois grupos, as duas primeiras etapas estão relacionadas à identificação do problema e as duas últimas na elaboração de soluções. É um processo dinâmico, no qual a evolução do paciente pode trazer alterações para a elaboração de novos diagnósticos ou problemas solucionados ao longo do tempo. (LÖVESTAM et al., 2019)

A avaliação e reavaliação nutricionais consistem na coleta de dados do indivíduo – queixa principal, história clínica, exame físico, dados antropométricos e bioquímicos, exames complementares, avaliação dietética, identificação das condições familiares e socioeconômicas (SWAN et al., 2017).

A partir destas informações, é possível elaborar o diagnóstico em nutrição. Trata-se de uma ferramenta que visa a detectar um problema nutricional, o qual

deve ser solucionado pelo nutricionista na etapa de intervenção. Nesta, o objetivo principal é traçar metas terapêuticas, pautadas em protocolos, *guidelines* e literatura científica que visem solucionar os problemas nutricionais anteriormente apontados (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN, 2014; SWAN et al., 2017).

O monitoramento e a evolução visam analisar a efetividade das ações previstas na etapa anterior, por meio da construção de indicadores que possibilitem analisar o progresso das ações previamente estabelecidas, além da detecção de falhas no processo. Por fim, é necessário o registro para auxiliar no planejamento de ações futuras e compartilhamento de informações com outros profissionais que assistem o paciente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN, 2014; SWAN et al., 2017).

Alguns estudos evidenciam o uso da sistematização no processo de cuidado em nutrição, alegando otimização do tempo gasto para planejamento e das intervenções e melhoria nos processos de comunicação entre os profissionais. No entanto, também relatam que esta implementação ocorre rotineiramente na assistência hospitalar e raramente na assistência domiciliar, dificultando a avaliação dos seus processos (DELEGGE et al., 2010; ICHIMASA, 2015; GRAMLICH et al., 2018; LÖVESTAM et al., 2019).

Além disso, Gramlich et al. (2018) complementam que algumas peculiaridades devem ser acrescentadas na sistematização do cuidado domiciliar, como a avaliação das habilidades dos cuidadores em relação à nutrição enteral, aconselhamento nutricional especializado, utilização de protocolos específicos para a atenção domiciliar (visando ao cuidado de longo prazo), elaboração de estratégias que busquem melhorar a qualidade de vida dos usuários em TNED e verificação das formas de aquisição e financiamento dos insumos ligados à nutrição enteral. Reforça também a importância da capacitação dos profissionais envolvidos e o monitoramento e registro contínuo de todos os processos.

Diante do exposto, espera-se que este estudo contribua para a organização da atenção nutricional, subsidiando a elaboração de políticas públicas e protocolos institucionais que visem a ampliar a efetividade e promover excelência no cuidado de indivíduos, cuja via exclusiva de alimentação deixa de ser a oral.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

A presente dissertação trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter transversal exploratório por meio de um questionário estruturado, auto aplicado e on-line enviado a nutricionistas atuantes no Sistema Único de Saúde em âmbito municipal no estado do Paraná. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2019 a junho de 2020.

O Paraná é constituído por 399 municípios e possui uma população aproximada de 11.516.840 habitantes, segundo estimativa do censo 2020 publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam que o estado dispõe de 2.250 nutricionistas cadastrados, e uma estimativa de que, destes, 411 estejam alocados na atenção básica (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Para seleção dos municípios que participaram da pesquisa, foi utilizada a classificação proposta por Calvo et al. (2016), baseada nos seguintes indicadores:

- Densidade demográfica;
- Socioeconômicos (produto interno bruto per capita, índice de Gini, percentual de extrema pobreza, entre outros);
- Condições de saúde (esperança de vida ao nascer, taxa de mortalidade a menores de 5 anos de idade e taxa de envelhecimento);
- Estrutura de serviços de saúde (cobertura da Saúde da Família, procedimentos de média complexidade e internações clínico-cirúrgicas de média complexidade).

Todas estas informações foram obtidas por meio do censo realizado pelo IBGE no ano de 2010 e em documentos do Ministério da Saúde. A partir destes indicadores, foi possível classificar os municípios em 7 categorias: grande, médio favorável, médio regular, médio desfavorável, pequeno favorável, pequeno regular e pequeno desfavorável. Os termos “favorável”, “regular” e “desfavorável” são utilizados pelos autores para caracterizar os influentes de gestão, baseados principalmente em características demográficas e socioeconômicas (CALVO et al., 2016).

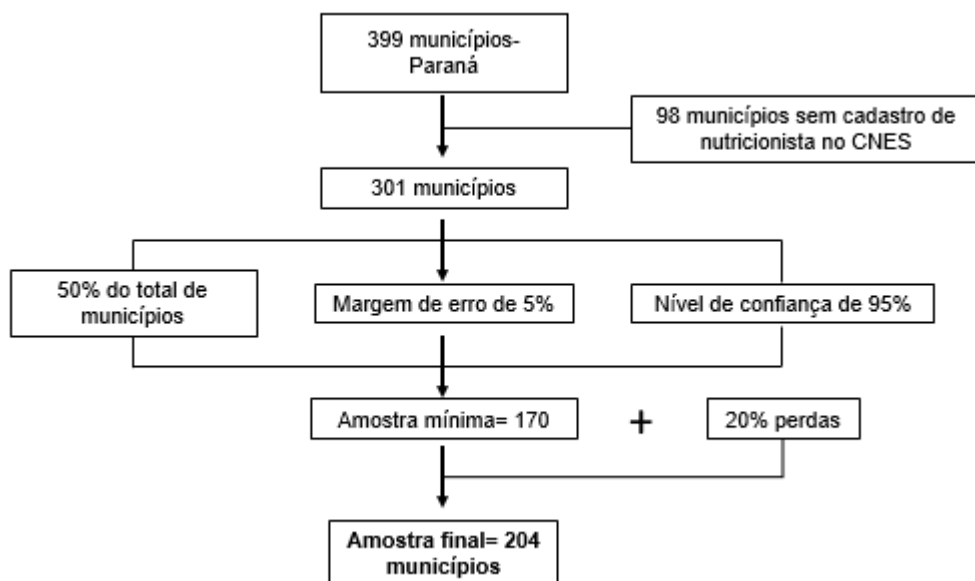
Entre os meses de fevereiro e março de 2019, acessou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para verificar quais cidades dispunham de nutricionista atuante no setor público (atenção primária e/ou secundária). O CNES é um banco de dados gerenciado pelo Ministério da Saúde com informações referentes a profissionais e estabelecimentos de saúde de todo território nacional, tanto no sistema público quanto privado. Nele, constam os tipos de estabelecimentos (unidades básicas de saúde, hospitais, clínicas e consultórios); nome e especialidade dos profissionais e equipes atuantes nos locais supracitados, além de outras informações relevantes aos serviços de gestão (BRASIL, 2019).

Dos 399 municípios do estado, 98 não dispunham de nutricionista atuante no SUS, sendo estes excluídos do cálculo amostral (FIGURA 1).

### 3.2 CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo da amostra considerou a listagem de municípios elegíveis ( $n=301$ ), prevalência desconhecida do desfecho de 50% (para maximizar tamanho amostral), margem de erro de 5 pontos percentuais, e nível de confiança de 95%. Ao valor calculado acrescentou-se um percentual de 20% para compensar recusas ( $n=34$ ), totalizando um número final de 204 municípios a serem convidados (FIGURA 1).

FIGURA 1 - ETAPAS DE DEFINIÇÃO DA AMOSTRAGEM DA PESQUISA



FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Para determinar quais seriam os municípios escolhidos para compor a amostra, foi necessário sistematizar a seleção. Os nomes dos municípios estavam dispostos em uma lista ordenada por porte populacional, na ordem grande, médio e pequeno. O total de municípios elegíveis (n=301) foi dividido pelo número da amostra final (n=204), gerando uma fração amostral de 1,47. Foi feito um sorteio de números aleatórios para definir qual seria o primeiro município a ser incluído, e os demais foram sistematicamente selecionados a partir da lista. Para cálculo das estimativas empregou-se o programa livre OpenEpi versão 3.

A distribuição dos municípios selecionados em relação à classificação descrita por Calvo et al. (2016) para o Estado do Paraná pode ser observada na TABELA 1.

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE MUNICÍPIOS E AMOSTRA ESTIMADA POR CLASSIFICAÇÃO POPULACIONAL - PARANÁ 2019-2020

| Classificação        | Paraná     |            | Amostra    |            |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
|                      | N          | %          | N          | %          |
| Grande               | 20         | 6,64       | 15         | 7,35       |
| Médio Favorável      | 38         | 12,62      | 29         | 14,22      |
| Médio Regular        | 12         | 3,99       | 9          | 4,41       |
| Médio desfavorável   | 1          | 0,33       | 0          | 0          |
| Pequeno favorável    | 73         | 24,25      | 55         | 26,96      |
| Pequeno regular      | 126        | 41,86      | 81         | 39,71      |
| Pequeno desfavorável | 31         | 10,3       | 15         | 7,35       |
| <b>Total</b>         | <b>301</b> | <b>100</b> | <b>204</b> | <b>100</b> |

FONTE: Adaptada de CALVO et al. (2016).

### 3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

Para identificação dos profissionais participantes, inicialmente foi realizado um levantamento dos contatos telefônicos das secretarias de saúde de onde eles atuavam. As ligações telefônicas foram realizadas com auxílio da equipe de iniciação científica em Nutrição Enteral Domiciliar da UFPR.

Os nutricionistas foram localizados por meio deste contato e convidados a participar da pesquisa. Para que o município fosse considerado participante, era necessário que no mínimo um nutricionista respondesse à pesquisa. Nos locais onde havia mais de um profissional da nutrição atuante, optou-se por priorizar os respondentes que estavam alocados na gestão, considerando que eles têm uma visão mais abrangente da realidade do município, com maior acesso a informações que favoreceriam o profissional a responder as questões do estudo, especialmente

nas questões relacionadas ao número de usuários assistidos, novos atendimentos e tabulação de dados.

Após identificação do seu endereço eletrônico de uso frequente, foi enviado um e-mail contendo os objetivos do estudo e um link para acesso à plataforma *Google Forms*. Ao abrir o link, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 1) era apresentado, e o questionário só era disponibilizado para preenchimento se o entrevistado assinalasse o campo de aceite do TCLE. Foi garantido o anonimato na divulgação dos resultados.

Os questionários foram encaminhados com prazo de 15 dias para preenchimento; nos casos em que não houve nenhuma resposta no prazo solicitado, era encaminhado um novo e-mail aos profissionais. Após finalizar as ligações para todos os municípios sorteados, optou-se por tentar novamente contato com os que ainda não haviam respondido a pesquisa para sensibilizá-los da importância da sua contribuição. Se mesmo assim não houvesse respostas, outro município era sorteado para contato, e as recusas contabilizadas.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Paraná sob o parecer número 3196844 em 13/03/2019.

### 3.4 QUESTIONÁRIO

O questionário foi composto de 34 questões fechadas e uma questão aberta (APÊNDICE 1), organizadas em 5 grupos de variáveis. No QUADRO 2, são apresentadas as variáveis utilizadas e suas respectivas categorias.

QUADRO 2- QUESTÕES UTILIZADAS NO ESTUDO E BREVE DESCRIÇÃO

(continua)

| QUESTÃO                             | VARIÁVEL                    | DESCRIÇÃO/CATEGORIZAÇÃO  |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Cidade em que trabalha</b>       | Demográfica                 | Cidade em que atuava em TNED, questão descritiva                   |
| <b>Tempo de formação</b>            | Característica Profissional | Profissional deveria preencher em anos completos.                  |
| <b>Tempo de experiência em TNED</b> | Característica Profissional | Menos de 1 ano, entre 1 e 2 anos, entre 2 e 5 anos, mais de 5 anos |
| <b>Grau de especialização</b>       | Característica Profissional | Pós graduação, residência, mestrado, doutorado, nenhum             |

QUADRO 2 - QUESTÕES UTILIZADAS NO ESTUDO E BREVE DESCRIÇÃO

(continuação)

| QUESTÃO  | VARIÁVEL                    | DESCRIÇÃO/CATEGORIZAÇÃO  |
|--|-----------------------------|--|
| <b>Realiza educação continuada em TNED</b>   | Característica Profissional | Sim, não   |
| <b>Vínculos de trabalho</b>  | Característica Profissional | Registrado, estatutário, autônomo, empresa prestadora, trabalho voluntário e outro   |
| <b>Setor(es) de trabalho</b>   | Característica Profissional | Profissional deveria assinalar todos os setores que atuava. Categorias: atenção básica, programas específicos, gestão e centro de especialidades               |
| <b>Único Nutricionista no município</b>  | Característica Profissional | Sim, não   |
| <b>Carga horária total de trabalho no município</b>  | Característica Profissional | Horas/semana: menos de 20 horas, 20 horas, 30 horas, 40 horas e mais de 40 horas   |
| <b>Carga horária dedicada para o trabalho em TNED</b>  | Característica Profissional | Baseada na carga horária total: menos da metade, metade, mais da metade ou totalmente dedicada à TNED  |
| <b>Número de nutricionistas no município</b>   | Característica Profissional | Número total de nutricionistas atuantes em TNED. Caso o profissional não soubesse, deveria responder com a expressão “não sei”                                 |
| <b>Presença de suporte multiprofissional</b>   | Característica Profissional | Sim, não   |
| <b>Número de pacientes atendidos no município</b>  | Usuários atendidos          | Número total de pacientes atendidos em TNED. Caso o profissional não soubesse, deveria responder com a expressão “não sei”                                     |
| <b>Quantos novos atendimentos em TNED foram realizados no último ano</b>                               | Usuários atendidos          | Menos de 10, entre 10 e 20, entre 20 e 30, mais de 30  |
| <b>Uso de protocolos para fornecimento/ dispensação, atendimento nutricional e atendimento em TNED</b> | Presença de protocolos      | Sim, não.  |
| <b>Número de judicializações</b>   | Presença de protocolos      | Relacionada à presença ou não de dispensação de dietas por ordem judicial e o número de pacientes atendidos via ordem judicial                                 |
| <b>Instituição responsável pela dispensação de insumos em TNED</b>                                     | Presença de protocolos      | Exclusivamente estado, exclusivamente município, mais de uma instância, hospital, outra  |
| <b>Presença de planejamento de custos destinados à TNED para aquisição de fórmulas e insumos</b>       | Presença de protocolos      | Sim, não   |
| <b>Tipo de registro das avaliações e das prescrições dietéticas/nutricionais realizadas</b>            | Sistematização              | Prontuário físico, prontuário eletrônico, relatórios, fichas específicas. Permitido selecionar mais de uma opção.  |
| <b>TNED como pauta no conselho municipal de saúde</b>  | Sistematização              | Sim, não, não sei  |
| <b>Frequência de nutrição prescrita</b>  | Sistematização              | Dividida em: somente fórmulas comerciais, somente dieta feita com alimentos, dieta mista. Frequência categorizada em: sempre, quase sempre, nunca, quase nunca |

QUADRO 2 - QUESTÕES UTILIZADAS NO ESTUDO E BREVE DESCRIÇÃO

(conclusão)

| QUESTÃO  | VARIÁVEL                    | DESCRIÇÃO/CATEGORIZAÇÃO  |
|--|-----------------------------|--|
| <b>Financiamento das prescrições dietéticas</b>      | Sistematização              | Dividida em: parcialmente SUS, totalmente SUS, totalmente cuidador e familiar, outros.<br>Frequência categorizada em: sempre, quase sempre, nunca, quase nunca |
| <b>Indicadores controlados na prática em TNE</b>     | Sistematização              | Composta de 25 itens, dos quais o profissional assinalou os que utiliza em sua prática assistencial.   |
| <b>Considera-se capacitada (o) para atuar em TNE</b> | Característica Profissional | Sim, não   |

FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: TNE - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar; SUS - Sistema Único de Saúde.

As questões foram construídas com base nos dados de usuários e de nutricionistas experientes em reuniões promovidas no grupo de trabalho de nutrição enteral domiciliar da Universidade Federal do Paraná *Brazilian Home Enteral Nutrition* (BHEN), além de levantamento bibliográfico acerca da relevância de cada questão. Como literatura complementar, foi utilizado o Caderno de Atenção Domiciliar Volume 3 do Ministério da Saúde, que trata especificamente da nutrição enteral domiciliar (BRASIL, 2015; UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2020).

Foi realizado um pré-teste com 5 profissionais ligados à TNE (pesquisadores e profissionais que já atuaram na área de interesse) com intuito de verificar a objetividade e a clareza das questões, sendo realizados ajustes, quando sugeridos.

### 3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel 2016®* e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0®*. Para as variáveis categóricas (dicotômicas ou politômicas) foram utilizados os testes de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Para análise de normalidade da amostra foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, e para comparar as variáveis contínuas com variáveis categóricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Nas questões ligadas à frequência, foi realizado o teste de tendência linear. Adotou-se o nível de significância menor que 5% para todos os testes. Os dados descritivos foram

expostos em frequência absoluta e relativa, média, desvio-padrão (DP), mediana, mínimo e máximo (quando aplicável).

Para as análises, a classificação dos municípios foi restrita ao porte populacional para permitir as comparações entre os locais (grande, médio, pequeno), sem considerar os influentes de gestão (favorável, regular e desfavorável).

O porte dos municípios foi relacionado com as características profissionais, uso de protocolos e financiamento das prescrições dietoterápicas (teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher). O uso de protocolos exclusivos para TNED foi relacionado com a frequência anual de capacitações em TNED, presença de ordem judicial, planejamento de custos em TNED, TNED como pauta nos conselhos municipais de saúde e tipo de nutrição prescrita (teste de Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher).

## 4 RESULTADOS

Entre os meses de outubro de 2019 e junho de 2020, foram realizadas ligações telefônicas para 216 municípios paranaenses. Destes, 172 cidades responderam ao questionário, 73,3% considerados de pequeno porte (TABELA 2). A distribuição dos municípios participantes segundo porte foi similar quando considerados todos no estado do Paraná.

TABELA 2- DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS RESPONDENTES POR PORTE E INFLUENTES - PARANÁ 2019- 2020

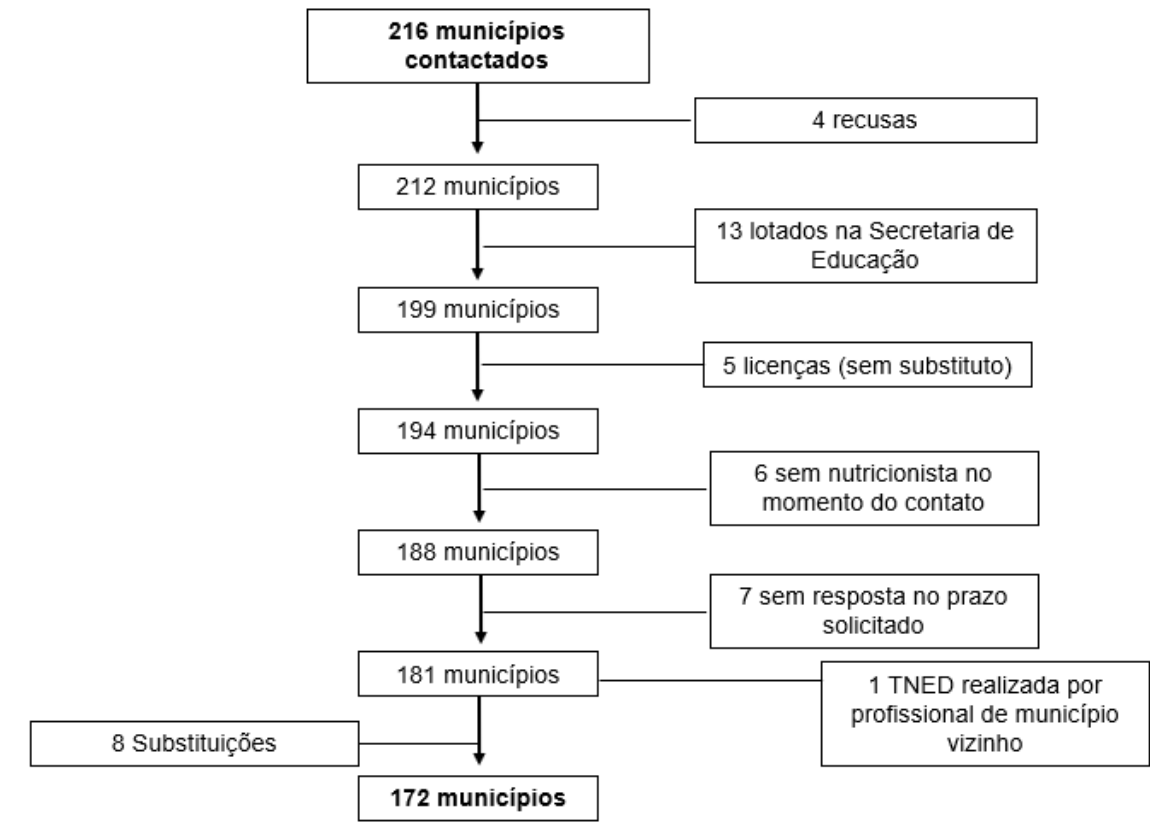
| Classificação | Paraná     |            | Amostra obtida |            |
|---------------|------------|------------|----------------|------------|
|               | N          | %          | N              | %          |
| Pequeno       | 230        | 76,41      | 126            | 73,3       |
| Médio         | 51         | 16,94      | 31             | 18         |
| Grande        | 20         | 6,65       | 15             | 8,7        |
| <b>Total</b>  | <b>301</b> | <b>100</b> | <b>172</b>     | <b>100</b> |

FONTE: A autora (2020).

Dos 216 municípios contactados, 36 (16,6%) não participaram da pesquisa, sendo 8 de médio porte e 28 de pequeno porte. Os motivos referentes à não participação são apresentados na FIGURA 2.

Dos 172 municípios entrevistados, 70 (40,7%) não souberam relatar o número de pacientes em TNE assistidos. Catorze municípios (8,13%) responderam não ter nenhum paciente em nutrição enteral domiciliar no momento da pesquisa. A TABELA 3 apresenta o número de usuários atendidos nos municípios entrevistados estratificados pelo porte populacional. A TABELA 4 mostra a frequência de novos atendimentos realizados entre 2019 e 2020. Dos 168 municípios que responderam à questão, 76,8% referiram uma frequência inferior a 10 novos atendimentos entre os anos de 2019 e 2020.

FIGURA 2- MUNICÍPIOS QUE NÃO PARTICIPARAM DA PESQUISA E AS RESPECTIVAS RAZÕES- PARANÁ- 2020



FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: TNE - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

TABELA 3- NÚMERO MÉDIO DE PACIENTES EM TNE NOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS (n=102) PARANÁ 2019-2020

| Porte do município   | Número médio de pacientes |
|--|---------------------------|
| Pequeno (n=80)   | 5,6 (min. 0 máx. 90)      |
| Médio (n=14)   | 34 (min. 3 máx. 180)      |
| Grande (n=8)   | 165 (mín. 30 máx. 480)    |
| <b>Total de pacientes em TNE assistidos em todos os municípios (n=102)</b> | <b>2.250</b>              |

FONTE: A autora (2020).

NOTA: Média  $\pm$  Desvio-padrão.

LEGENDA: TNE - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

TABELA 4- NOVOS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM TNED ENTRE 2019 E 2020 PELOS NUTRICIONISTAS (n=168) - PARANÁ 2019-2020

| <b>Número de novos atendimentos</b> | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Menos de 10                         | 129      | 76,8     |
| Entre 10 e 20                       | 21       | 12,5     |
| Entre 20 e 30                       | 9        | 5,4      |
| Mais de 30                          | 9        | 5,4      |

FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: TNED - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS

Em relação às características dos profissionais que responderam à pesquisa, 83,7% (n=144) relataram possuir mais de 5 anos de formado, e 40,8% (n=69) atuam com Nutrição Enteral Domiciliar há mais de 5 anos. Dezenove profissionais (11%) responderam trabalhar em mais de um setor do SUS (TABELA 5).

TABELA 5- CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TNED NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES ENTRE 2019 E 2020 (n=172)

| <b>Características Profissionais</b>                    | <b>n</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| (continua)  |          |            |
| <b>Tempo de formado</b>                                 |          |            |
| 5 anos ou mais  | 144      | 83,7       |
| Menos de 5 anos   | 28       | 16,3       |
| <b>Tempo que trabalha com NE</b>                        |          |            |
| Menos de 1 ano  | 27       | 16         |
| Entre 1 e 2 anos  | 24       | 14,2       |
| Entre 2 e 5 anos  | 49       | 29         |
| Mais de 5 anos  | 69       | 40,8       |
| <b>Nível de especialização</b>                          |          |            |
| Pós-graduação   | 95       | 55,6       |
| Nenhum  | 76       | 44,4       |
| <b>Participa de capacitações anuais voltadas à TNED</b> |          |            |
| Sim   | 69       | 40,1       |
| Não   | 103      | 59,9       |
| <b>Vínculos de trabalho</b>                             |          |            |
| Estatutário   | 128      | 74,9       |
| CLT   | 18       | 10,5       |

TABELA 5 - CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DOS NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TNED NOS MUNICÍPIOS PARANAENSES ENTRE 2019 E 2020 (n=172)

| <b>Características Profissionais</b>                    | <b>n</b> | <b>(conclusão)<br/>(%)</b> |
|---|----------|----------------------------|
| <b>Setores que atuam no SUS</b>                         |          |                            |
| Atenção Básica  | 149      | 87,2                       |
| Programas específicos                                   | 8        | 4,5                        |
| Gestão  | 15       | 8,47                       |
| Centro de especialidades                                | 19       | 10,7                       |
| <b>Carga horária de trabalho<br/>(horas por semana)</b> |          |                            |
| 40 horas  | 87       | 50,6                       |
| 30 horas  | 25       | 14,5                       |
| 20 horas  | 53       | 30,8                       |
| <b>Tempo dedicado à TNED</b>                            |          |                            |
| Menos da metade da Carga Horária                        | 149      | 87,1                       |
| Metade da Carga Horária                                 | 16       | 9,4                        |
| Mais da metade da Carga Horária                         | 4        | 2,3                        |
| Totalmente dedicada à TNED                              | 2        | 1,2                        |
| <b>Único Nutricionista do município</b>                 |          |                            |
| Sim   | 125      | 73,1                       |
| Não   | 46       | 26,9                       |

FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: NE- Nutrição Enteral; TNED - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar; SUS - Sistema Único de Saúde; CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

Na TABELA 6, é possível notar que 69,1% dos profissionais dos 126 municípios de pequeno porte pesquisados não realizaram capacitações voltadas à TNED, enquanto a maioria dos profissionais de municípios de médio e grande porte realizaram essas capacitações no mínimo anualmente. Observou-se que a maior parte dos profissionais dos municípios pequenos trabalhava menos de 40 horas semanais em atividades na Secretaria Municipal de Saúde. Os nutricionistas em municípios de grande e médio porte relataram participar de capacitações anuais em TNED (100%, e 61,2% respectivamente) com maior frequência do que aqueles que estavam em municípios de pequeno porte (30,9%) ( $p < 0,001$ ).

Observou-se média de 7 (min. 1 máx. 24) nutricionistas atuantes em TNED nos municípios grandes, 1 (min. 1 máx. 5) profissionais nos municípios médios e 1 (min. 1 máx. 3) nos pequenos.

TABELA 6- CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DE ACORDO COM O PORTE DOS MUNICÍPIOS - PARANÁ 2019-2020

| <b>Porte populacional</b>                       | <b>Pequeno<br/>n (%)</b> | <b>Médio<br/>n (%)</b> | <b>Grande<br/>n (%)</b> |
|---|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| <b>Número de municípios</b>                     | 126<br>(100)             | 31 (100)               | 15 (100)                |
| <b>Possui pós graduação</b>                     | 66 (52,3)                | 18 (58)                | 14 (93,3)               |
| <b>Realiza capacitações anuais em<br/>TNED</b>  | 39 (30,9)                | 19 (61,2)              | 15 (100)                |
| <b>Contam com suporte<br/>multiprofissional</b> | 75 (59,5)                | 23 (74,1)              | 10 (66,6)               |
| <b>Carga horária de 40 horas/semana</b>         | 51 (40,4)                | 24 (77,4)              | 15 (100)                |
| <b>Trabalha em mais de um setor na<br/>SMS</b>  | 4 (3,17)                 | 8 (25,8)               | 7 (35)                  |

FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: TNED - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

NOTA: Porcentagens apresentadas em relação ao porte populacional.

Dos 125 profissionais que responderam trabalhar como únicos nutricionistas no cuidado em Nutrição Enteral Domiciliar, 84,0% (n=105) atuavam em municípios de pequeno porte.

Dos 172 nutricionistas, 87,1% (n=149) relataram utilizar menos da metade da sua carga horária total para TNED, sem diferenças significativas por porte dos municípios. Dos quatro profissionais que responderam utilizar mais da metade de sua carga horária para esta finalidade, 3 tinham a jornada de trabalho de 40 horas semanais, 1 trabalhava 30 horas semanais. Em relação ao setor de trabalho, 2 atuavam em programas como o Melhor em Casa, 1 na atenção básica e 1 na gestão. Um profissional não respondeu a esta questão.

Dentre os profissionais, 42% (n=72) não se sentiam capacitados a atuar em TNED.

#### 4.2 USO DE PROTOCOLOS

Quanto aos tipos de protocolos utilizados, 75,5% dos municípios apresentaram protocolos para fornecimento e/ou dispensação de insumos e fórmulas nutricionais, e 22,5% apresentavam protocolos específicos voltados à TNED (TABELA 7).

TABELA 7- USO DE PROTOCOLOS PELOS NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TNED- PARANÁ 2019-2020

| <b>Possui Protocolo</b>                               | <b>Sim n (%)</b> | <b>Não n (%)</b> | <b>Total de municípios Respondentes (n)</b> |
|---|------------------|------------------|---|
| <b>Fornecimento/dispensação de fórmulas e insumos</b> | 120 (75,5)       | 39 (24,5)        | 159   |
| <b>Atendimento nutricional</b>                        | 107 (62,9)       | 63 (37,1)        | 170   |
| <b>Específico para TNED</b>                           | 38 (22,5)        | 131 (77,5)       | 169   |

FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: TNED - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

Os municípios de pequeno porte apresentaram menor frequência no que diz respeito à existência de protocolos específicos para TNED em relação aos demais portes (17,4%;  $p=0,049$ ) (TABELA 8).

TABELA 8- RELAÇÃO ENTRE O USO DE PROTOCOLOS E PORTE DOS MUNICÍPIOS - PARANÁ 2019-2020

| <b>Protocolo</b>                                 | <b>Pequeno n (%)</b> | <b>Médio n (%)</b> | <b>Grande n (%)</b> | <b>p</b> |
|--|----------------------|--------------------|---------------------|----------|
| <b>Para fornecimento/dispensação de fórmulas</b> | 76 (60,3)            | 29 (93,5)          | 15 (100)            | <0,001   |

TABELA 8- RELAÇÃO ENTRE O USO DE PROTOCOLOS E PORTE DOS MUNICÍPIOS – PARANÁ 2019-2020

| <b>Protocolo</b>                    | <b>Pequeno n (%)</b> | <b>Médio n (%)</b> | <b>Grande n (%)</b> | <b>p</b> |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|----------|
| <b>Para atendimento nutricional</b> | 72 (57,1)            | 22 (70,9)          | 13 (86,7)           | 0,057    |
| <b>Específico para TNED</b>         | 22 (17,4)            | 10 (32,2)          | 6 (40,0)            | 0,049    |
| <b>Total</b>                        | 126 (100)            | 31 (100)           | 15 (100)            |          |

FONTE: A autora (2020).

NOTA: P conforme Teste Exato de Fisher; porcentagens apresentadas em relação ao porte populacional.

LEGENDA: TNED - Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

Os profissionais, em municípios que informaram possuir protocolos específicos para atendimento em TNED, apresentaram maior frequência de

realizarem capacitações anuais em neste tema (65,8%) comparados àqueles que não tinham protocolos (33,6%;  $p < 0,001$ ) (TABELA 9).

O uso de protocolos foi mais frequente nos municípios com maior número de usuários assistidos. A média em municípios com protocolo foi de 35,2 usuários e a de municípios que não faziam uso dos protocolos foi de 18,1 ( $p = 0,014$ ).

Em 42,3% ( $n=72$ ) dos municípios havia demandas judiciais. Destes, 53,8% ( $n=56$ ) não dispunham de protocolo para TNED. Vinte e nove nutricionistas referiram não saber se o município em que trabalhavam tinham esta demanda e três municípios não responderam a esta questão (TABELA 9).

Dos 51 municípios que afirmaram não planejar custos, 45 também não tinham protocolo específico para TNED (TABELA 9). Nutricionistas de outros 51 municípios afirmaram não saber se o município em que trabalham possui este planejamento.

Oitenta nutricionistas alegaram desconhecer se a TNED já havia sido pauta no conselho municipal de saúde. Dos 60 respondentes que não tinham protocolo específico para TNED, 47 referiram que este tema nunca foi pauta nas reuniões de conselho local. Estes resultados estão apresentados na TABELA 9.

Dos 172 nutricionistas participantes da pesquisa, 69,8% ( $n=120$ ) responderam que a dispensação das dietas e insumos utilizados em TNED é feita exclusivamente pelo município, enquanto 15,1% ( $n=26$ ) afirmaram que mais de uma instância governamental (como o município e o Estado, por exemplo) dispensam estes itens. Vinte e quatro profissionais (14%) responderam que as dietas provêm de outras fontes. Dois municípios não responderam à questão.

Ao comparar o uso de protocolo com o número de indicadores coletados pelos profissionais, foi possível verificar que, a média de indicadores coletados pelos profissionais que não dispunham de protocolo específico para TNED foi de 14,02 ( $\pm 4,93$ ), enquanto que a média dos que utilizavam protocolo foi de 13,91 ( $\pm 5,86$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa entre estes 2 grupos segundo o teste de Mann-Whitney ( $U = 2488$ ;  $p = 0,997$ ).

#### 4.3 SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

O GRÁFICO 1 mostra que indicadores relacionados ao monitoramento, intervenção, e avaliação nutricional foram os controlados pela maioria dos profissionais: intercorrências gastrointestinais, doença de base e categorias de

nutrição enteral utilizada (comercial, mista ou com alimentos) - 90,4%, 87% e 86,4%, respectivamente). O menos controlado foi dobras cutâneas (11,8%).

TABELA 9- COMPARAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE PROTOCOLO PARA TNED

|   | Possui protocolo<br>TNED n (%) | Não possui protocolo<br>TNED n (%) | p     |
|---|--------------------------------|------------------------------------|-------|
| <b>Realizam capacitações anuais<br/>(n=169)</b>                   |                                |                                    |       |
| <b>Sim</b>  | 25 (65,8)                      | 44 (33,6)                          | 0,001 |
| <b>Não</b>  | 13 (34,2)                      | 87 (66,4)                          |       |
| <b>Total</b>  | 38 (100)                       | 131 (100)                          |       |
| <b>Possuem ordem judicial (n=140)</b>                             |                                |                                    |       |
| <b>Sim</b>  | 16 (44,4)                      | 56 (53,8)                          | 0,052 |
| <b>Não</b>  | 20 (55,6)                      | 48 (46,2)                          |       |
| <b>Total</b>  | 36 (100)                       | 104 (100)                          |       |
| <b>Planejam custos (n=118)</b>                                    |                                |                                    |       |
| <b>Sim</b>  | 21 (77,8)                      | 46 (50,5)                          | 0,04  |
| <b>Não</b>  | 6 (22,2)                       | 45 (49,5)                          |       |
| <b>Total</b>  | 27 (100)                       | 91 (100)                           |       |
| <b>TNED como pauta no conselho<br/>municipal de saúde (n= 94)</b> |                                |                                    |       |
| <b>Sim</b>  | 18 (78,3)                      | 24 (33,8)                          | 0,001 |
| <b>Não</b>  | 5 (21,7)                       | 47 (66,2)                          |       |
| <b>Total</b>  | 23 (100)                       | 71 (100)                           |       |

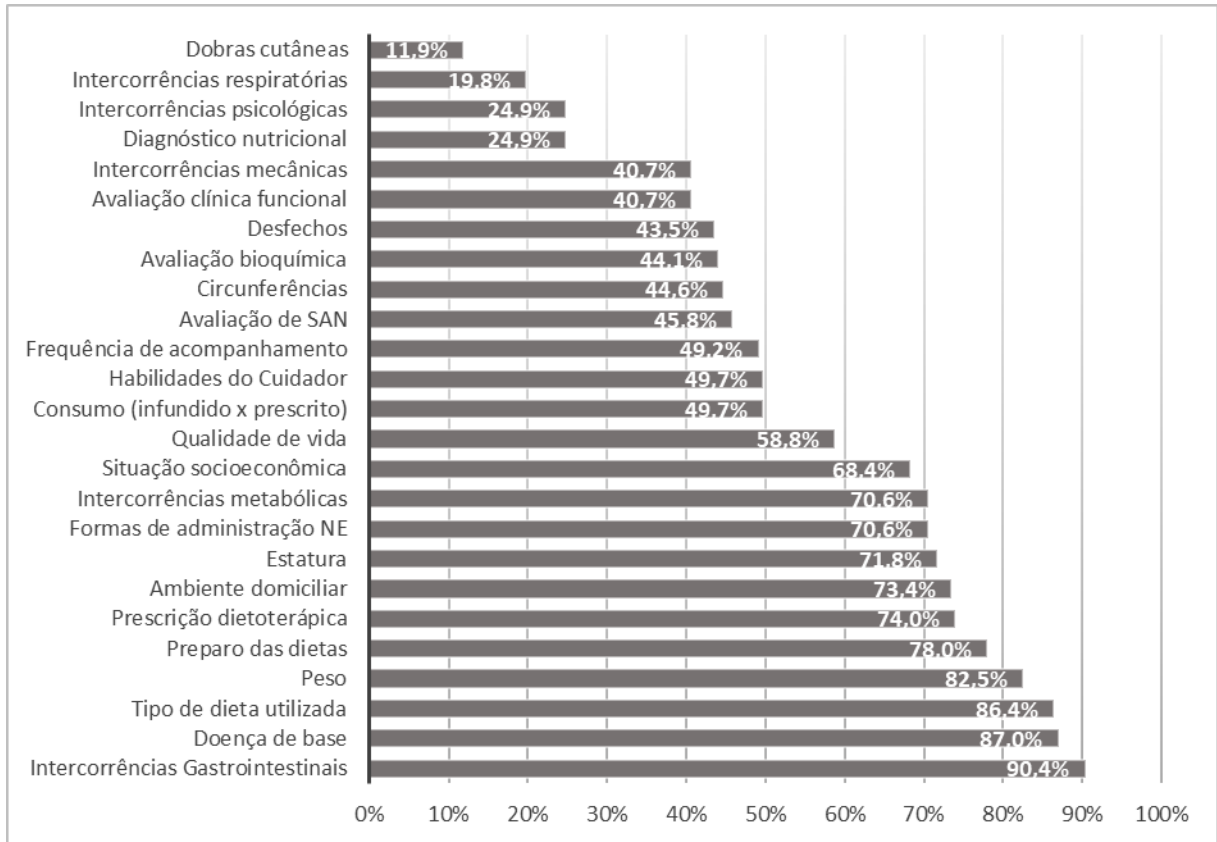
FONTE: A autora (2020).

NOTA: P conforme teste de Qui-quadrado de Pearson.

LEGENDA: TNED- Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

Fatores exclusivos da atenção domiciliar como condições socioeconômicas, avaliação do ambiente domiciliar e avaliação das habilidades do cuidador foram coletados, respectivamente, por 68,4, 73,5 e 49,7% dos profissionais entrevistados.

GRÁFICO 1- INDICADORES REFERIDOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL POR NUTRICIONISTAS ATUANTES EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR NO ESTADO DO PARANÁ - 2020

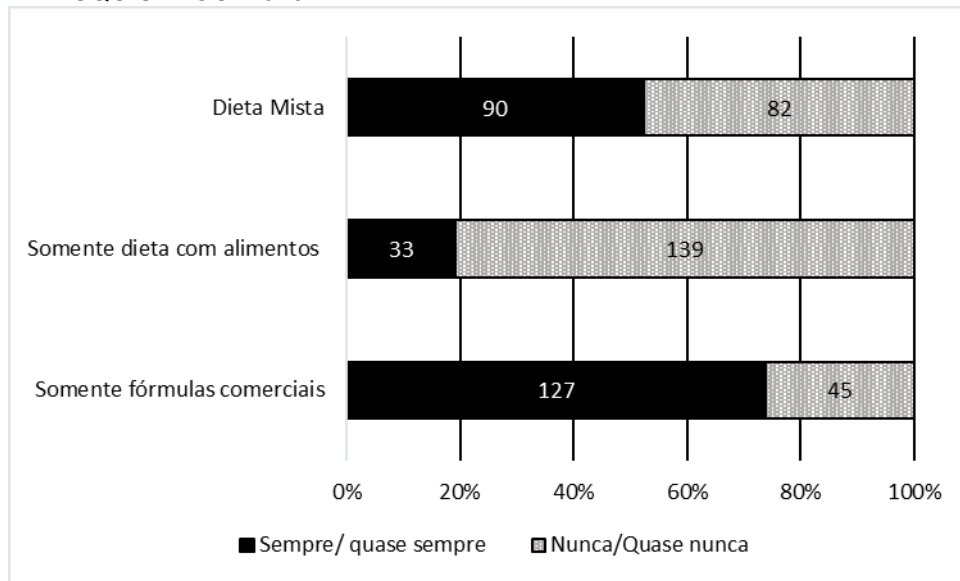


FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: SAN - Segurança Alimentar e Nutricional; NE - Nutrição Enteral.

Os resultados dos municípios que responderam à questão referente à frequência do tipo de prescrição dietoterápica podem ser observados no GRÁFICO 2, no qual houve maior frequência de prescrição de fórmulas comerciais (73,9% alegaram prescrever este tipo de nutrição sempre ou quase sempre). Na TABELA 10, é possível observar a frequência de prescrição em relação à utilização de protocolos específicos para TNED. Nela, a maioria dos municípios que não dispõem de protocolo prescrevem fórmulas exclusivamente industrializadas. Além disso, observa-se que, embora os municípios que utilizem o protocolo também prescrevam este tipo de fórmula, eles têm a frequência maior de prescrição de outros tipos de nutrição enteral (como a mista e a feita exclusivamente com alimentos) quando comparados aos grupos que não utilizam protocolos.

GRÁFICO 2- DISTRIBUIÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL PRESCRITA NOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS -2020



FONTE: A autora (2020).

TABELA 10- RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO PRESCRITA E USO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA TNED - PARANÁ 2019-2020

(continua)

| Protocolo para TNED | Nutrição prescrita                | Frequência n (%) |              |             |           | Total de respostas | p     |
|---------------------|-----------------------------------|------------------|--------------|-------------|-----------|--------------------|-------|
|                     |                                   | Sempre           | Quase sempre | Quase nunca | Nunca     |                    |       |
| <b>Sim</b>          | Somente fórmulas comerciais       | 15 (39,5)        | 6 (15,8)     | 16 (42,1)   | 1 (2,6)   | 38                 | 0,002 |
|                     | Somente dieta feita com alimentos | 4 (10,5)         | 7 (18,4)     | 13 (34,2)   | 14 (36,8) | 38                 | 0,221 |
|                     | Dieta mista                       | 12 (31,6)        | 13 (34,2)    | 6 (15,8)    | 7 (18,4)  |                    | 0,112 |
| <b>Não</b>          | Somente fórmulas comerciais       | 50 (38,2)        | 53 (40,5)    | 21 (16)     | 7 (5,3)   | 131                | 0,002 |
|                     | Somente dieta feita com alimentos | 5 (3,8)          | 16 (12,2)    | 60 (45,8)   | 50 (38,2) |                    | 0,221 |

TABELA 10- RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO PRESCRITA E USO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA TNED - PARANÁ 2019-2020

(conclusão)

| Protocolo para TNED | Nutrição prescrita | Frequência n (%) |              |             |           | Total de p respostas |
|---------------------|--------------------|------------------|--------------|-------------|-----------|----------------------|
|                     |                    | Sempre           | Quase Sempre | Quase nunca | Nunca     |                      |
| Não                 | Dieta mista        | 24 (18,3)        | 40 (30,5)    | 45 (34,4)   | 22 (16,8) | 0,112                |

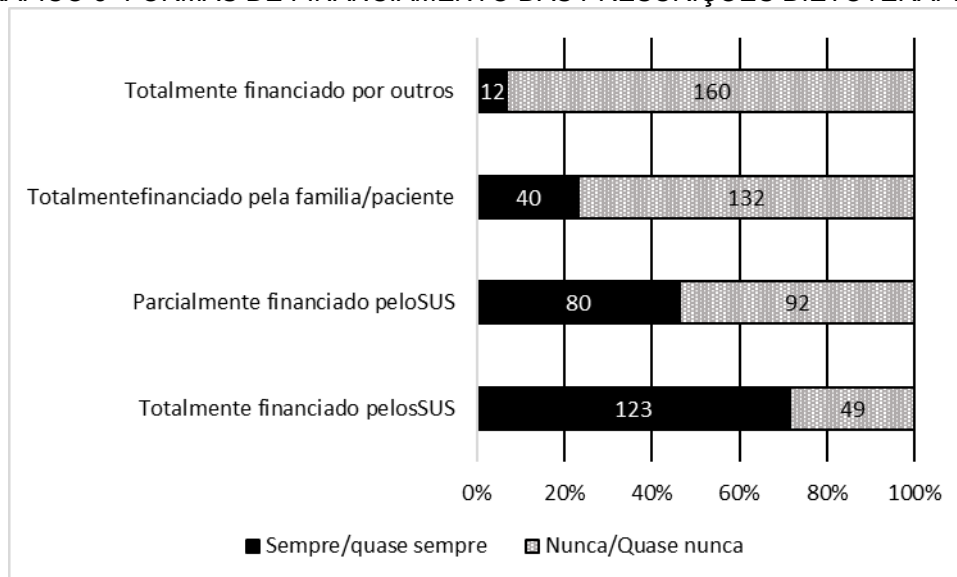
FONTE: A autora (2020).

NOTA: P conforme teste de qui-quadrado de Pearson.

LEGENDA: TNED- Terapia Nutricional Enteral Domiciliar.

Para 80 (42,4%) dos respondentes a maioria das prescrições é totalmente financiada pelo SUS. Apenas 3 profissionais (1,7%) responderam que as prescrições são totalmente financiadas por outros (como Organizações Não-Governamentais – ONGs e hospitais), sendo que a maioria relatou que seus pacientes não utilizaram este meio de financiamento. As informações detalhadas podem ser observadas no GRÁFICO 3:

GRÁFICO 3- FORMAS DE FINANCIAMENTO DAS PRESCRIÇÕES DIETOTERÁPICAS



FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: SUS - Sistema Único de Saúde.

Não foram observadas diferenças entre os municípios que usavam protocolos para TNED e as formas de financiamento das prescrições. Nos municípios de grande porte houve frequências semelhantes entre os tipos de financiamento (totalmente financiado pelo SUS ou não). Quanto à comparação entre os municípios

pele porte, também não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com exceção do financiamento por familiares ou cuidadores, no qual  $p=0,015$  (TABELA 11). Não houve significâncias estatísticas quando comparados o planejamento de custos com o financiamento das prescrições nem com protocolo para dispensação de insumos.

TABELA 11- RELAÇÃO ENTRE O FINANCIAMENTO DA PRESCRIÇÃO DIETOTERÁPICA E PORTE DO MUNICÍPIO – PARANÁ - 2020

| Porte do Município                                 | Tipo de Financiamento | Frequência | Pequeno n | Médio n   | Grande | Total de  | P** |
|--|-----------------------|------------|-----------|-----------|--------|-----------|-----|
|  |                       |            | (%*)      | (%*)      | n (%*) | respostas |     |
| <b>Totalmente financiado pelo SUS</b>              | Sempre/               | 93 (73,9)  | 21 (67,7) | 9 (60)    | 123    | 0,552     |     |
|  | Quase sempre          |            |           |           |        |           |     |
|  | Quase                 | 33 (26,1)  | 10 (32,3) | 6 (40)    | 49     |           |     |
|  | Nunca/Nunca           |            |           |           |        |           |     |
| <b>Parcialmente financiado pelo SUS</b>            | Sempre/               | 60 (47,6)  | 15 (48,4) | 5 (33,4)  | 80     | 0,256     |     |
|  | Quase sempre          |            |           |           |        |           |     |
|  | Quase                 | 68 (52,4)  | 16 (51,6) | 10 (66,6) | 92     |           |     |
|  | Nunca/Nunca           |            |           |           |        |           |     |
| <b>Totalmente financiado por cuidador/familiar</b> | Sempre/               | 32 (25,4)  | 2 (6,5)   | 6 (40)    | 40     | 0,015     |     |
|  | Quase sempre          |            |           |           |        |           |     |
|  | Quase                 | 94 (74,6)  | 29 (93,5) | 9 (60)    | 132    |           |     |
|  | Nunca/Nunca           |            |           |           |        |           |     |

FONTE: A autora (2020).

NOTA: \*As porcentagens distribuídas em coluna; \*\*p segundo o teste de qui-quadrado de Pearson.

LEGENDA: SUS- Sistema Único de Saúde.

Dos 172 municípios entrevistados, 168 (98,2%) relataram realizar algum tipo de registro dos atendimentos (em prontuários, relatórios ou fichas específicas do serviço). Destes, 47 (28,1%) afirmaram tabular os dados obtidos.

## 5 DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados neste estudo, observou-se que parte dos nutricionistas atuantes em TNED no SUS dos municípios paranaenses não realiza o cuidado de forma sistematizada. A maioria possui mais de 5 anos de formado, trabalha com NE há no mínimo 2 anos e possui algum tipo de pós graduação, evidenciando experiência na área estudada. Observou-se também que a maioria dos municípios não faz uso de protocolos específicos para TNED.

Em comparação a uma pesquisa nacional realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) sobre o perfil deste profissional no Brasil, 72% dos respondentes estão formados há mais de 5 anos e 73,2% possuem algum grau de pós graduação. (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2019).

Nesta pesquisa, verificou-se que 87,5% dos entrevistados atuava na atenção básica. Um estudo publicado por Vasconcelos, Sousa e Santos (2015) justifica o fortalecimento das políticas e a implementação dos NASF como propulsores no aumento do número de nutricionistas atuantes na AB entre os anos de 2007 e 2013. O fato de os municípios de pequeno porte possuírem menos nutricionistas também pode ser justificado pelo setor de trabalho, visto que as equipes NASF, até o final de 2019, eram dimensionadas pelo número de equipes de ESF e estas, por sua vez, são planejadas de acordo com o número de habitantes do município (BRASIL, 2017).

Os Núcleos Ampliados em Saúde da Família abrangem um escopo de atribuições, dentre elas o atendimento domiciliar. Ou seja, a AD é parte das ações, que deve ter sua carga horária dividida com outras, como atendimentos em grupo, apoio matricial às equipes de ESF e atendimento ambulatorial individual. Isso justifica o resultado encontrado, de que a maioria dos profissionais utiliza menos da metade da carga horária de trabalho em atendimento a pacientes em TNED (BRITO, 2015).

Estudo realizado no Rio de Janeiro relatou que a visita domiciliar é considerada uma das atividades mais importantes pelos nutricionistas entrevistados, no entanto, estes profissionais eram pouco solicitados pelas equipes de ESF, o que pode refletir o desconhecimento destas equipes da importância das ações nutricionais em âmbito domiciliar. Outro estudo mostrou dificuldade de organização

da visita domiciliar devido à elevada demanda de outras atividades desempenhadas pelos nutricionistas dos NASF avaliados (ALMEIDA, 2014; BRITO, 2015).

Em relação ao porte populacional, houve diferenças principalmente entre municípios de grande e médio porte em comparação aos de pequeno porte nas questões de capacitações, carga horária total e número médio de pacientes em TNED assistidos. Um estudo realizado no Estado de Pernambuco também encontrou diferenças no grau de capacitações de profissionais da Saúde Bucal de municípios de pequeno porte em comparação aos de médio e grande porte. Os autores sugerem que o estímulo à educação permanente em municípios pequenos pode reduzir as diferenças encontradas. (PIMENTEL et al., 2014)

As capacitações voltadas à AD têm objetivo de promover a consolidação deste modelo de trabalho, buscando também fortalecer esta Atenção dentro das RAS. Ela vai além dos conhecimentos técnicos, envolve também o desenvolvimento de habilidades e competências atitudinais, para que o cuidado possa ser realizado de forma longitudinal e integrado. Esta ausência de capacitações no tema também poderia justificar o fato de quase metade dos profissionais entrevistados não se sentirem seguros para atuar em TNED (SAVASSI, 2016; RAJÃO; MARTINS, 2020).

De todos os profissionais entrevistados, 8 relataram trabalhar em programas específicos como o Melhor em Casa. Segundo dados de 2020 publicados pelo Ministério da Saúde, o Paraná dispõe de 5 equipes de apoio para as EMAD, e destas equipes, todas contam com nutricionista. Devido à metodologia aplicada neste estudo, nem todos os municípios que dispõem de EMAPs foram sorteados. Alguns municípios do Estado possuem serviço de Atendimento Domiciliar, mas eles não se enquadram nos moldes estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, portanto, não são registrados como tal em seu sistema de dados (BRASIL, 2018b).

Os municípios que fizeram uso de protocolos assistenciais específicos em TNED apresentaram planejamento de custos, menor número de demandas judiciais em TNED, maior foco em capacitações específicas e discussão de pautas pertinentes à nutrição enteral domiciliar nos conselhos municipais de saúde. Foi possível notar também que os nutricionistas que utilizavam estes protocolos tinham maior domínio da terapia, visto que poucos responderam não saber das informações quando o questionário disponibilizava esta opção.

Estudos reforçam a importância do uso de protocolos e rotinas sistematizadas dentro da terapia nutricional. Em 2019, a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e

Parenteral (BRASPEN) atualizou as diretrizes reforçando a importância de protocolos institucionais para adequado manejo da TNE nos hospitais (VEROTTI; WAITZBERG, 2019).

No Reino Unido, um relato publicado acerca do desenvolvimento de uma equipe multiprofissional especializada em TNE demonstrou que, com a construção de protocolos locais, capacitações e rotinas sistematizadas, a equipe conseguiu oferecer suporte integral, otimizar o uso de insumos, e realizar procedimentos em âmbito domiciliar, que outrora necessitariam de internação hospitalar e reduziu custos com rehospitalização. (DINENAGE et al., 2015)

A otimização dos custos é uma discussão cada vez mais relevante dentro dos sistemas de saúde. Com o aumento da população e da expectativa de vida, conseqüentemente cresce a demanda por serviços de saúde, os quais nem sempre dispõem de financiamento para atender de forma contínua e com qualidade.

As discussões acerca dos modelos de financiamento no sistema de saúde permeiam o cenário político nacional. As políticas de saúde coletiva vêm sofrendo avanços e retrocessos que podem modificar os modelos assistenciais vigentes. As alterações nos critérios de financiamento da APS trazem conseqüências que podem impactar na diminuição da qualidade dos serviços e na resolutividade deste nível de atenção. Um dos exemplos é a extinção do financiamento federal às equipes NASF, levando a uma possível redução no número destas equipes, e conseqüentemente uma diminuição na resolutividade dentro da APS e sobrecarga de outros níveis de atenção. (HARZHEIM et al, 2020; MASSUDA, 2020)

No caso da Nutrição Enteral Domiciliar, a evolução das tecnologias envolvendo os procedimentos de colocação de sondas para alimentação fez com que esta alternativa terapêutica se tornasse mais acessível, proporcionando maior qualidade e expectativa de vida dos indivíduos que necessitam de terapia nutricional enteral, visto que estudos evidenciam a desnutrição como causa de mortalidade e reinternação hospitalar (OJO, 2015; VAN AANHOLT et al., 2018; RILEY et al., 2019).

Contudo, o financiamento das prescrições gera discussões que variam desde o número de profissionais envolvidos na assistência ao fornecimento de insumos utilizados na prescrição dietética. Neste estudo, a maior parte das prescrições dietoterápicas foram financiadas pelo Sistema Único de Saúde, seja em sua totalidade ou parcialmente.

De acordo com a portaria nº 120/2009, a nutrição enteral deve ser totalmente financiada pelo SUS ou convênio durante a internação hospitalar. O mesmo não se cumpre na atenção domiciliar: não existe legislação específica que determine qual esfera governamental deve dispor dos recursos ou como o custeio das prescrições deve ser realizado. Isso leva a uma série de modelos de financiamento, que podem ser feitos via Estado, Município ou até mesmo o compartilhamento de custos entre familiares e cuidadores e a esfera pública (BRASIL, 2009; FÜHR; CIACHI, 2019).

Com objetivo de otimizar os custos em saúde, alguns municípios optaram por utilizar prescrições de dietas feitas exclusivamente com alimentos ou formulações mistas, quando se utilizam formulações industrializadas em conjunto com os alimentos. Embora alguns estudos mostrem que a utilização destas dietas seja segura, Vieira et al. (2018) alegam que o uso de formulações feitas com alimentos aumenta o risco de contaminação microbiológica, além de oferecer outras limitações que podem comprometer a qualidade nutricional decorrente da manipulação dos alimentos. A preparação com alimentos pode ser sim uma alternativa viável, desde que haja nutricionista disponível para acompanhamento e cuidadores habilitados no preparo, conservação e infusão destas formulações. (JOHNSON et al., 2019; ZOELLER et al., 2020).

Este trabalho verificou demanda aumentada por ordens judiciais nos municípios que não possuíam protocolo. A judicialização em saúde é outro desafio enfrentado pelos sistemas de gestão em saúde, visto que ela compromete a alocação equitativa de seus recursos. A utilização de protocolos é importante para que o acesso às fórmulas e insumos nutricionais seja garantido conforme necessidade e baseado em avaliações criteriosas, garantindo o acesso à saúde e evitando, conseqüentemente, o aumento deste tipo de demanda (SILVA; DELDUQUE, 2020).

Outra diferença em relação aos municípios que possuem protocolos em comparação aos demais é a presença de temas relacionados à TNED nos conselhos municipais de saúde. Houve significância estatística na comparação entre os grupos, porém, profissionais de metade dos municípios alegaram não saber se a TNED já havia sido pauta de discussão nos conselhos, enquanto outros afirmaram que este tema nunca foi discutido.

A dificuldade no acompanhamento das políticas públicas dentro dos conselhos de saúde corrobora com os achados de um estudo realizado no município

de Vitória da Conquista, Bahia. Os autores afirmam que boa parte das pautas analisadas eram relacionadas à prestação de contas e discussões sobre o funcionamento do conselho, com dificuldades relatadas no controle social das políticas públicas (ROCHA; MOREIRA; BISPO JÚNIOR, 2020).

A Organização Pan- Americana da Saúde enfatiza a importância da participação social para consolidação das políticas efetividade dos serviços prestados. Uma pesquisa conduzida por esta instituição com atores estratégicos (profissionais envolvidos com as políticas públicas do SUS nas mais variadas esferas) mostra que a maioria reconhece a importância dos espaços de debate social como determinantes para elaboração de estratégias efetivas. Os conselhos de saúde representam um espaço de debate entre a população e a esfera governamental, e devem ser fortalecidos visando cumprir seu papel de controle social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2018).

Em relação ao número de usuários assistidos, também se observaram diferenças: os municípios que dispunham de protocolos assistenciais apresentaram um número maior de casos em TNED. Nestes casos, verificou-se maior organização dos profissionais com objetivo de atender a esta demanda crescente.

Em várias regiões do mundo, a TNED vem aumentando. Vários autores evidenciam os desafios ligados principalmente ao financiamento da terapia, expertise dos profissionais envolvidos e capacidade dos cuidadores no manejo. No Brasil, estudo conduzido por Mazur et al. (2019) mostra um aumento de 400% na prevalência da TNED entre 2006 e 2015 na cidade de Curitiba (KLEK et al., 2015; BOLAND et al. 2017; EPP et al., 2019; MOOI; NCAMA, 2020).

A definição e uso de indicadores configuram importante ferramenta para avaliação e monitoramento dos processos em saúde visando à qualidade dos serviços prestados. Em terapia nutricional, eles são amplamente utilizados no ambiente hospitalar, e, nos últimos anos, também têm sido empregados na assistência domiciliar. No entanto, neste estudo foi possível verificar que eles foram coletados de forma não sistematizada, visto que não houve uma frequência semelhante de coleta entre os indicadores de diagnóstico, monitoramento e os de avaliação (FARUQUIE, PARKER, TALBOT, 2016; VEROTTI; WAITZBERG, 2019).

Dos cinco indicadores mais coletados, três são usados na prática clínica de maneira geral, independente do ambiente de atuação. O indicador mais utilizado foi o de intercorrências gastrointestinais. Este resultado corrobora com uma revisão

realizada em 2015, que evidencia as intercorrências gastrointestinais como as mais estudadas no ambiente domiciliar. O autor também coloca as intercorrências respiratórias (ligadas à broncoaspiração e pneumonia aspirativa) como as segundas mais comuns. Neste estudo, as intercorrências respiratórias foram as segundas menos coletadas (OJO, 2015).

Dos indicadores antropométricos, o peso e a estatura foram os mais coletados pelos nutricionistas. Alguns estudos afirmam a importância da avaliação antropométrica para o monitoramento da Terapia Nutricional prescrita. No Brasil, as circunferências e dobras cutâneas são utilizadas na avaliação de indivíduos acamados, no cálculo de equações preditivas de peso quando não é possível aferi-lo. Embora não tenha sido realizado levantamento de quantos indivíduos em uso da TNED estavam acamados, espera-se que o uso da nutrição enteral seja comum nesta população (BOULLATA et al., 2016; MENEZES; FORTES, 2019).

Fatores exclusivos da atenção domiciliar como condições socioeconômicas, avaliação do ambiente domiciliar e avaliação das habilidades do cuidador foram coletados, respectivamente, por 68,4, 73,5 e 49,7% dos profissionais entrevistados. Vários estudos associam o sucesso da TNED com as habilidades dos cuidadores no manejo da NE, e contraindicam a alta hospitalar caso não haja um responsável com boa compreensão acerca dos processos envolvidos na terapia nutricional, principalmente em relação à boa adesão das orientações nutricionais e manejo adequado nas complicações. (P JUKIC et al., 2017; GREEN et al., 2019; MOOI; NCAMA, 2020).

As questões socioeconômicas também são frequentemente levantadas. Em estudo realizado na China, os autores reforçam a preocupação neste aspecto, alegando que nem sempre as famílias e os pacientes encontram-se em segurança alimentar. Na Polônia, após alteração nas políticas de reembolso das fórmulas enterais, mais pessoas puderam ser contempladas com as dietas enterais, gerando redução de custos com reinternação (KLEK et al., 2015; YOU et al., 2020).

Outro indicador coletado é referente à qualidade de vida, que tem sido cada vez mais estudada no ambiente domiciliar. A Sociedade Europeia de Nutrição Enteral e Parenteral (*European Society of Parenteral and Enteral Nutrition – ESPEN*) publicou em 2019 um *guideline* específico para Nutrição Enteral Domiciliar. Nele, existe um forte consenso em avaliar periodicamente aspectos relacionados à

qualidade de vida dos assistidos, com objetivo de avaliar o impacto causado por esta intervenção (BISCHOFF et al., 2019).

O diagnóstico nutricional foi realizado por menos da metade dos entrevistados. Embora este conceito seja estabelecido pela Associação Dietética Norte-Americana há bastante tempo, somente em 2014 a Associação Dietética Brasileira realizou tradução deles em documento que norteia a sua utilização em ambiente hospitalar e ambulatorial (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO – ASBRAN, 2014).

Diante do exposto, é possível observar que muitos profissionais ainda não têm conhecimento de como esta ferramenta pode ser aplicada na atenção domiciliar. Um estudo conduzido com nutricionistas em países da Europa, Oceania e América do Norte mostrou que cerca de 6,5% de todos os profissionais entrevistados que utilizam a ferramenta de diagnóstico nutricional atuam na área de saúde pública. Outros países vêm implementando os diagnósticos em nutrição nas práticas assistenciais (LÖVESTAM; BOSTRÖM; ORREVALL, 2017; CARPENTER et al., 2019; LÖVESTAM et al. 2019).

O registro dos atendimentos foi realizado por praticamente todos os profissionais entrevistados. Contudo, menos da metade afirmou que tabula as informações obtidas. A tabulação dos dados pode ser utilizada como ferramenta para a avaliação de indicadores empregados na prática, etapa importante na sistematização do cuidado, pois busca analisar a efetividade das ações da atenção nutricional. (SWAN et al., 2017)

Em relação ao método de pesquisa deste trabalho, algumas limitações devem ser apontadas, como o cadastro de no mínimo um nutricionista no CNES como critério de inclusão. Estudos evidenciam a fragilidade deste sistema, visto que gestores, às vezes, priorizam preencher a base de dados com informações que tragam mais recursos financeiros para o município, o que também justificaria o fato de, por exemplo, alguns municípios serem excluídos desta pesquisa, uma vez que o nutricionista de referência atuava somente na secretaria de Educação, dentro do Programa de Alimentação Escolar. Ainda assim, o CNES é uma importante ferramenta para planejamento da gestão em saúde de todas as esferas governamentais e ratificação de políticas públicas (VASCONCELOS; SOUSA; SANTOS, 2015; PINTO; FREITAS; FIGUEIREDO, 2018).

Além disso, o questionário foi autorreferido, o que impossibilita analisar a execução das atividades relatadas. Outro ponto a ser levantado é o desconhecimento de alguns profissionais em questões pertinentes à terapia, como por exemplo, as demandas de TNEC providas de judicialização, as pautas ligadas a este tema no conselho de saúde local e a disposição de protocolos e fluxos para entregas de insumos. Embora todas estas questões não estejam diretamente ligadas à prática clínica, são importantes indicadores que sinalizam se a gestão do município está alinhada com os profissionais atuantes na assistência e o envolvimento destes no planejamento de estratégias que visem fortalecer a atenção nutricional, no que concerne à nutrição enteral domiciliar.

Apesar das limitações, o estudo possibilitou verificar de forma ampla como a assistência em TNEC é operacionalizada por parte dos municípios paranaenses. Desta forma, será possível analisar quais pontos merecem mais atenção por parte dos nutricionistas e dos gestores, visando a melhorar a qualidade na assistência prestada aos usuários que dependem de suporte nutricional especializado. Também servirá como apoio para reflexão e elaboração de políticas públicas neste tema.

São necessários mais estudos na área, com objetivo de avaliar a efetividade no uso destes protocolos e avaliar a qualidade do serviço prestado por parte de profissionais e assistidos.

## 6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados neste estudo, foi possível concluir que o nutricionista atuante em TNED no SUS dos municípios paranaenses não utiliza todos os indicadores necessários para adequada sistematização e prioriza indicadores voltados à avaliação nutricional. Além disso, possui no mínimo 2 anos de experiência na área. A grande maioria estava alocada na Atenção Básica, dentro dos NASF. Parte dos profissionais afirmou não se sentir capacitado para atuar neste segmento, o que evidencia a necessidade de mais capacitações, visando ao aprimoramento profissional, em especial nos municípios de pequeno porte, visto que estes profissionais costumam ser os únicos nutricionistas para todas as demandas de saúde do município em que atuam.

Os protocolos específicos em Nutrição Enteral Domiciliar não foram utilizados por mais da metade dos municípios. Eles podem auxiliar em uma menor demanda por judicialização, no planejamento e gestão de custos no que se refere à dispensação de dietas e insumos. Profissionais mais capacitados tiveram mais autonomia para elaborar protocolos específicos, auxiliando na tomada de decisão.

As rotinas realizadas de forma sistematizada podem auxiliar os nutricionistas acerca da dinâmica de trabalho, na coleta de indicadores que norteiam a prática clínica e nas práticas assistenciais. Elas servem para apoiar o trabalho do nutricionista e sinalizar os possíveis pontos de melhoria da assistência. Assim, promovem a qualidade dos serviços prestados, o reconhecimento dos demais membros das equipes multiprofissionais onde estão inseridos e a humanização no cuidado dos usuários.

Espera-se que os resultados mapeados por este estudo ajudem a nortear a elaboração e consolidação de políticas públicas que visem fortalecer a Atenção Nutricional dentro do Estado do Paraná, apoiando tanto os profissionais envolvidos quanto os usuários dependentes da nutrição enteral.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ivana Aragão Lira Vasconcelos. **Elementos para a organização das ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família**. 2014. 188 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição Humana, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

ARVANITAKIS, M. et al. Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22–23 November 2007)). **Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.481-488, ago. 2008. Elsevier BV.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN); Fidelix MSP, organizadores. **Manual Orientativo: Sistematização do cuidado de nutrição**. São Paulo: Asbran; 2014.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de; LOPES, Juliana de Lima. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 63-65, jan. 2010.

BISCHOFF, Stephan C. et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical Nutrition**, [s.l.], p.1-18, maio 2019. Elsevier BV.

BOULLATA, Joseph I. et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. **Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 41, n. 1, p. 15-103, 5 nov. 2016.

BRANTLEY, Susan L. et al. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Academy of Nutrition and Dietetics. **Nutrition In Clinical Practice**, [s.l.], v. 29, n. 6, p.792-828, nov. 2014. Wiley.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**: Links e arquivos relativos aos dados e indicadores do setor. 2018a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional -PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (org.). **IBGE cidades**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 8234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 1991.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1989\\_1994/L8234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8234.htm)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência –. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 48 p

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados SISAB – Fichas de atendimento domiciliar – 2016 a 2017**. Brasília, 2018b.

Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/dados-e-informacoes>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). DATASUS. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2019.

Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 120, de 14 de abril de 2009. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 14 abr. 2009.

Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0120\\_14\\_04\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0120_14_04_2009.html)>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 21 set. 2017.

Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 26 abr. 2016b.

Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 27 maio 2013.

Disponível em:

<[bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 63. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, DF, 06 de Julho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 1 v.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Ministério da Saúde, 2010.152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BRASÍLIA. Ministério da Saúde/DATASUS. (Org.). PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - BRASIL: AIH aprovadas segundo Região. 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def-&gt;>>. Acesso em: 14 out. 2018.

BRITO, Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá. **Os nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro: perfil, formação e prática profissional**. 2015. 162 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

CALVO, Maria Cristina Marino et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 4, p.767-776, out. 2016. Instituto Evandro Chagas.

CARPENTER, Andrea et al. Implementing a Clinical Practice Change: adopting the nutrition care process. **Canadian Journal Of Dietetic Practice And Research**, [S.L.], v. 80, n. 3, p. 127-130, 1 set. 2019. Dietitians of Canada.

CHARNEY, Pamela; PETERSON, Sarah J. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics Abstract: Critical Thinking Skills in Nutrition Assessment and Diagnosis. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [s.l.], v. 113, n. 11, p.1545-1559, nov. 2013. Elsevier BV.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e

suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 abr. 2018. n. 76, Seção 1, p. 157. Disponível em:

<[https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res\\_600\\_2018.htm](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm)>

Acesso em: 02 jul. 2019.

CFN - Conselho Federal de Nutricionistas. **Perfil das(os) Nutricionistas no Brasil**. 2019.

Disponível em: <<http://pesquisa.cfn.org.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2020.

DELEGGE, Mark et al. The State of Nutrition Support Teams and Update on Current Models for Providing Nutrition Support Therapy to Patients. **Nutrition In Clinical Practice**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.76-84, fev. 2010. Wiley.

DINENAGE, Sarah et al. Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team. **Nutrients**, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 1607-1617, 5 mar. 2015.

EPP, Lisa M. et al. Cross-sectional Evaluation of Home Enteral Nutrition Practice in the United States in the Context of the New Enteral Connectors. **Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 43, n. 8, p. 1020-1027, 7 fev. 2019.

FARUQUIE, Sahrish Sonia; PARKER, Elizabeth Kumiko; TALBOT, Peter. An evaluation of current home enteral nutrition services at principal referral hospitals in New South Wales, Australia. **Australian Health Review**, [s.l.], v. 40, n. 1, p.106-113, 2016. CSIRO.

FÜHR, Aline Luiza; CIACHI, Érika Marafon. Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1-22, mar. 2019.

GIBBS, M.; DREY, N.; BALDWIN, C.. Oral nutrition support interventions for patients who are malnourished or at risk of malnutrition: a survey of clinical practice amongst UK dietitians. **Journal Of Human Nutrition And Dietetics**, [s.l.], p.1-11, 27 set. 2018. Wiley.

GRAMLICH, Leah et al. Home Enteral Nutrition: Towards a Standard of Care. **Nutrients**, [s.l.], v. 10, n. 8, p.1020-1031, 4 ago. 2018. MDPI AG.

HAMMOND, Marian I.; MYERS, Esther F.; TROSTLER, Naomi. Nutrition Care Process and Model: An Academic and Practice Odyssey. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [S.L.], v. 114, n. 12, p.1879-1894, dez. 2014. Elsevier BV.

HARZHEIM, Erno *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1361-1374, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

GREEN, S. M. et al. The experiences and support needs of people living at home with an enteral tube: a qualitative interview study. **Journal Of Human Nutrition And Dietetics**, [S.L.], v. 32, n. 5, p. 646-658, 21 abr. 2019.

HAMMOND, Marian I.; MYERS, Esther F.; TROSTLER, Naomi. Nutrition Care Process and Model: an academic and practice odyssey. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [S.L.], v. 114, n. 12, p. 1879-1894, dez. 2014. Elsevier BV.

ICHIMASA, Akiko. Review of effectiveness of the Nutrition Care Process. **J Nutr Sci Vitaminol**, [s.l.], v. 41, n. 61, p.41-43, out. 2015.

JOHNSON, Teresa W. et al. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. **Nutrition In Clinical Practice**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 186-195, 11 fev. 2019.

KLEK, Stanislaw et al. Home enteral nutrition reduces complications, length of stay, and health care costs: results from a multicenter study. **The American Journal Of Clinical Nutrition**, [S.L.], v. 100, n. 2, p.609-615, 25 jun. 2014. Oxford University Press (OUP).

KLEK, Stanislaw et al. The evolution of home enteral nutrition (HEN) in Poland during five years after implementation: a multicentre study. **Nutricion Hospitalaria**, [S.L.], n. 1, p. 196-201, 1 jul. 2015.

LÖVESTAM, Elin; BOSTRÖM, Anne-Marie; ORREVALL, Ylva. Nutrition Care Process Implementation: experiences in various dietetics environments in sweden. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [S.L.], v. 117, n. 11, p. 1738-1748, nov. 2017.

LÖVESTAM, Elin et al. Use of the Nutrition Care Process and Nutrition Care Process Terminology in an International Cohort Reported by an Online Survey Tool. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [s.l.], v. 119, n. 2, p.225-241, fev. 2019. Elsevier BV.

LUIS, D. A. de et al. Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. **Journal Of Human Nutrition And Dietetics**, [s.l.], v. 26, p.39-44, 7 maio 2013. Wiley.

MARTIN, Karen; GARDNER, Gabriela. Home Enteral Nutrition: Updates, Trends, and Challenges. **Nutrition In Clinical Practice**, [s.l.], v. 32, n. 6, p.712-721, 24 abr. 2017. Wiley.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

MAZUR, Caryna Eurich et al. Home enteral nutrition: clinical-nutritional analysis and outcomes of 10 years of public policy. **Nutrición Hospitalaria**, [s.l.], p.758-763, 2019. ARAN Ediciones.

MENEZES, Caroline Soares; FORTES, Renata Costa. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 27, p. 1-10, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2837.3198>.

MEYER, Fatuma; VALENTINI, Luzia. Disease-Related Malnutrition and Sarcopenia as Determinants of Clinical Outcome. **Visceral Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 5, p.282-291, 2019.

MOOI, Nomaxabiso Mildred; NCAMA, Busisiwe Purity. Perceived needs of patients and family caregivers regarding home-based enteral nutritional therapy in South Africa: A qualitative study. **Plos One**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 1-14, 12 fev. 2020.

MUNDI, Manpreet S. et al. Prevalence of Home Parenteral and Enteral Nutrition in the United States. **Nutrition In Clinical Practice**, [s.l.], v. 32, n. 6, p.799-805, 17 jul. 2017. Wiley.

NAVES, Larissa Kozloff. **Avaliação da Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar em um hospital universitário: um estudo de caso**. 2017. 314 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

OJO, Omorogieva. The Challenges of Home Enteral Tube Feeding: a global perspective. **Nutrients**, [S.L.], v. 7, n. 4, p. 2524-2538, 8 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: 2018.

P, Nikolina Jukic et al. Home Enteral Nutrition therapy: Difficulties, satisfactions and support needs of caregivers assisting older patients. **Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.1062-1067, ago. 2017. Elsevier BV.

PIMENTEL, Fernando Castim et al. A atenção em saúde bucal no estado de Pernambuco: analisando a estrutura e as ações preventivas e curativas, segundo porte populacional. **Revista Baiana Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 297-317, 1 jun. 2014.

PINTO, Luiz Felipe; FREITAS, Marcos Paulo Soares de; FIGUEIREDO, André William Sant'Anna de. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do ministério da saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1859-1870, jun. 2018.

RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no sistema único de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1863-1877, maio 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n5/1413-8123-csc-25-05-1863.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2020.

RIBEIRO, Christina. **Atenção Domiciliar: princípios, práticas e perspectivas**. São Paulo: Eureka, 2019. 160 p.

RILEY, Katie et al. Reducing Hospitalizations and Costs: a home health nutrition :focused quality improvement program. **Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 58-68, 24 jun. 2019.

ROCHA, Maricélia Braga; MOREIRA, Diane Costa; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 1, p. 1-13, 2020.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 11, n. 38, p. 1-12, 17 ago. 2016. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

SILVA, Kimielle Cristina; DELDUQUE, Maria Célia. Acesso a fórmulas nutricionais no Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 155-176, 12 maio 2020. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA).

SOUSA, Luna Rezende Machado de; WILL, Karin Luciane. FORTALECENDO A REDE DE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS: uma experiência com fórmulas enterais semiartesanaís, em Piraquara-PR. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 767-779, 4 set. 2017. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

SWAN, William I. et al. Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [s.l.], v. 117, n. 12, p.2003-2014, dez. 2017. Elsevier BV.

THE ACADEMY QUALITY MANAGEMENT COMMITTEE (Org.). Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2017 Scope of Practice for the Registered Dietitian Nutritionist. **Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics**, [s.l.], v. 118, n. 1, p.141-165, jan. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR) (Curitiba). Departamento de Nutrição. **Grupo do BHEN: Grupo Brasileiro de Nutrição Enteral Domiciliar**. 2020. Disponível em: <https://grupobhen.ufpr.br/portal/>. Acesso em: 03 out. 2020.

VAN AANHOLT, Denise Philomene Joseph et al. Diretrizes Terapia Nutricional Domiciliar BRASPEN. **Braspen Journal**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 37-46, 2018.

VASCONCELOS, Ivana Aragão Lira; SOUSA, Maria Fátima de; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos núcleos de apoio à saúde da família e da estratégia saúde da família de 2007 a 2013. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 431-450, ago. 2015.

VEROTTI, Cristiane Comeron Gimenez; WAITZBERG, Dan Linetzky. Braspen recomenda: indicadores de qualidade em terapia nutricional. **Braspen Journal**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 33-38, 2019.

VIEIRA, Maricy Machado Cavalca et al. Nutritional and microbiological quality of commercial and homemade blenderized whole food enteral diets for home-based enteral nutritional therapy in adults. **Clinical Nutrition**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 177-181, fev. 2018.

WONG, Alvin; BANKS, Merrilyn; BAUER, Judith. A Survey of Home Enteral Nutrition Practices and Reimbursement in the Asia Pacific Region. **Nutrients**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.214-227, 14 fev. 2018. MDPI AG.

YOU, Qian et al. A retrospective analysis on epidemiological characteristics of home enteral nutrition: results from a chinese tertiary hospital in 2018. **European Journal Of Clinical Nutrition**, [S.L.], p. 1-7, 16 set. 2020. Springer Science and Business Media LLC.

ZABAN, Ana Lucia Ribeiro Salomon. **Nutrição Enteral Domiciliar: um Novo Modelo de Gestão Econômica do Sistema Único de Saúde**. 2009. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Nutrição Humana, Nutrição, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ZAGO, Renata Caroline Chavoni. **Nutrição enteral domiciliar em doentes oncológicos: dez anos de política pública**.2017. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Alimentação e Nutrição, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

ZOELLER, Stephanie et al. Dispelling Myths and Unfounded Practices About Enteral Nutrition. **Nutrition In Clinical Practice**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 196-204, abr. 2020.

## APÊNDICE 1- INSTRUMENTO DE PESQUISA

### Questionário de aplicação

|   |  |
|---|--|
| <b>1. Cidade em que trabalha:</b>   |  |
| <b>2. Há quanto tempo você está formada (o)?</b>  |  |
| Menos de 1 ano  |  |
| 1 ano   |  |
| 2 anos  |  |
| 3 anos  |  |
| 4 anos  |  |
| 5 anos  |  |
| Mais de 5 anos  |  |
| <b>3. Há quanto tempo você trabalha com Terapia Nutricional Enteral Domiciliar?</b>   |  |
| Menos de 1 ano  |  |
| Entre 1 e 2 anos  |  |
| Entre 2 e 5 anos  |  |
| Mais de 5 anos  |  |
| <b>4. Você possui alguma especialização voltada à Nutrição Clínica? Se sim, marque a opção do seu nível mais recente</b>                                  |  |
| Pós-graduação   |  |
| Residência  |  |
| Mestrado  |  |
| Doutorado   |  |
| Nenhum  |  |
| <b>5. Você participa, no mínimo anualmente, de capacitações, cursos (presenciais ou on-line) ou outros meios de educação continuada voltados à TNED??</b> |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>6. Vínculos de trabalho (marque apenas os vínculos que você tem em relação ao atendimento a pacientes em TNED no SUS):</b>                             |  |
| Registrado- CLT   |  |

|   |  |
|---|--|
| Serviço Público- estatutário  |  |
| Autônomo  |  |
| Empresa Prestadora  |  |
| Trabalho voluntário   |  |
| Outro (especificar)   |  |
| <b>7. Existe planejamento e estabelecimento de metas no seu setor de trabalho?</b>  |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>8. Em qual (is) setores você atua com TNED no SUS?</b>   |  |
| Atenção Básica (exemplo: NASF, UBS)   |  |
| Programas específicos (como o Melhor em Casa, por exemplo)  |  |
| Gestão  |  |
| Centro de Especialidades  |  |
| <b>9. Qual a sua carga horária total de trabalho no município?</b>  |  |
| Menos de 20 horas/semana  |  |
| 20 horas/semana   |  |
| 30 horas/semana   |  |
| 40 horas/semana   |  |
| Mais de 40 horas/semana   |  |
| <b>10. Desta carga horária, quanto é dedicada para o trabalho em TNED?</b>  |  |
| Menos da metade da carga horária  |  |
| Metade da carga horária   |  |
| Mais da metade da carga horária   |  |
| Totalmente dedicada à TNED  |  |
| <b>11. Você é a (o) única (o) Nutricionista que atua em TNED no município?</b>  |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>12. Caso sua resposta seja negativa, quantos são os nutricionistas que atuam em TNED? (caso não saiba, favor responder com a frase “não sei”):</b> |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>13.Existe suporte multiprofissional para realização da rotina referente à TNED?</b>   |  |
| Sim  |  |
| Não  |  |
| <b>14.Em média, qual a duração do seu primeiro atendimento em TNED?</b>  |  |
| Menos de 30 minutos  |  |
| Entre 30 minutos e 1 hora  |  |
| Entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos   |  |
| Entre uma hora e 30 minutos a 2 horas  |  |
| Mais de 2 horas  |  |
| <b>15.Em média, quanto tempo você gasta por paciente considerando deslocamento até o domicílio? (não considerar o tempo utilizado no atendimento)</b>                                |  |
| Menos de 30 minutos  |  |
| Entre 30 minutos e 1 hora  |  |
| Entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos   |  |
| Entre uma hora e 30 minutos a 2 horas  |  |
| Mais de 2 horas  |  |
| <b>16.Em média, quanto tempo você gasta por paciente considerando o registro das informações obtidas e outros encaminhamentos? (não considerar o tempo utilizado no atendimento)</b> |  |
| Menos de 30 minutos  |  |
| Entre 30 minutos e 1 hora  |  |
| Entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos   |  |
| Entre uma hora e 30 minutos a 2 horas  |  |
| Mais de 2 horas  |  |
| <b>17.Atualmente, quantos pacientes em TNED são atendidos no seu município? (caso não saiba, favor responder com a frase “não sei”):</b>   |  |
| <b>18.Em média, quantos NOVOS atendimentos por mês você realizou em TNED no último ano?</b>  |  |
| Menos de 10  |  |
| Entre 10 e 20  |  |

|   |  |
|---|--|
| Entre 20 e 30   |  |
| Mais de 30  |  |
| <b>19.O município em que você trabalha possui algum tipo de programa ou protocolo para o fornecimento/dispensação de fórmulas nutricionais e outros insumos em TNED (como frascos, equipos e seringas)?</b> |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>20.Em seu município existe algum(ns) paciente(s) que recebe(m) fórmula nutricional e insumos por ordem judicial?</b>   |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| Não sei   |  |
| <b>21.Se sim, quantos?</b>  |  |
| <b>22.A dispensação de dietas enterais aos pacientes atendidos em domicílio é feita:</b>  |  |
| Exclusivamente pelo município   |  |
| Por mais de uma instância (município e estado)  |  |
| Hospital  |  |
| Outra   |  |
| <b>23.No último ano, o seu município apresentou algum planejamento de custos destinados à TNED para aquisição de fórmulas e insumos?</b>  |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>24.Em seu município existe algum protocolo para atendimento nutricional?</b>   |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>25.Este protocolo é exclusivo para TNED?</b>   |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>26.Você costuma registrar as avaliações e as prescrições dietéticas/nutricionais realizadas?</b>   |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>27. De quais formas são feitos estes registros?</b>                  |  |
| Prontuário físico   |  |
| Prontuário Eletrônico   |  |
| Relatórios  |  |
| Fichas específicas do serviço   |  |
| <b>28. Alguma vez TNED já foi pauta no conselho municipal de saúde?</b> |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| Não Sei   |  |

**Questões 29 e 30: selecionar o item que mais se aproxima da sua realidade**

|   | Sempre (75 a 100%) | Quase sempre (50 a 75%) | Quase nunca (25 a 50%) | Nunca (0 a 25%) |
|---|--------------------|-------------------------|------------------------|-----------------|
| <b>29. Em relação aos tipos de dieta que você costuma prescrever, classifique a frequência</b>  |                    |                         |                        |                 |
| Somente fórmulas comerciais   |                    |                         |                        |                 |
| Somente dieta feita com alimentos   |                    |                         |                        |                 |
| Dieta Mista (Feita com alimentos, acrescida de formulações industrializadas ou modular)   |                    |                         |                        |                 |
| <b>30. Como é o financiamento das prescrições dietéticas dos seus pacientes?</b>  |                    |                         |                        |                 |
| Totalmente financiada pelo SUS  |                    |                         |                        |                 |
| Parcialmente financiada pelo SUS  |                    |                         |                        |                 |
| Totalmente financiada por cuidador, familiar, paciente  |                    |                         |                        |                 |
| Financiada por outros (ONGs, hospitais, convênio)   |                    |                         |                        |                 |
| <b>31. Dos indicadores a seguir, quais você controla em sua prática no atendimento aos pacientes em TNED? (selecione somente os itens que você costuma controlar em seus registros)</b> |                    |                         |                        |                 |
| <b>Doença de base, comorbidades</b>   |                    |                         |                        |                 |
| <b>Avaliação Clínica funcional</b>  |                    |                         |                        |                 |
| <b>Avaliação Bioquímica</b>   |                    |                         |                        |                 |
| <b>Avaliação antropométrica:</b>  |                    |                         |                        |                 |
| - Peso  |                    |                         |                        |                 |
| - Estatura  |                    |                         |                        |                 |
| - Circunferências   |                    |                         |                        |                 |

|   |
|---|
| - Dobras cutâneas   |
| <b>Avaliação da qualidade de vida do paciente</b>   |
| <b>Avaliação dietética:</b>   |
| - Tipo de dieta utilizada (comercial, mista, com alimentos)   |
| - Consumo (infundido x prescrito)   |
| - Modo de Preparo das dietas (no caso de dietas mistas e/ou com alimentos e fórmulas comerciais em pó)                          |
| - Administração da Nutrição enteral (velocidade de infusão, fracionamento)  |
| <b>Diagnóstico Nutricional segundo ASBRAN (Associação Brasileira de Nutrição)</b>   |
| <b>Avaliação da segurança alimentar e Nutricional</b>   |
| <b>Situação socioeconômica</b>  |
| <b>Ambiente domiciliar (condições de higiene, adaptação do domicílio para receber o paciente, organização do meio familiar)</b> |
| <b>Avaliação das habilidades do cuidador</b>  |
| <b>Intercorrências gastrointestinais (exemplo: vômito, diarreia)</b>  |
| <b>Intercorrências metabólicas (exemplo: hiper/hipoglicemia)</b>  |
| <b>Intercorrências mecânicas (obstrução, saída acidental da sonda)</b>  |
| <b>Intercorrências respiratórias (pneumonia infecciosa)</b>   |
| <b>Intercorrências psicológicas (ansiedade, depressão)</b>  |
| <b>Prescrição dietética individualizada</b>   |
| <b>Padronização ou planejamento de frequência de acompanhamento</b>   |
| <b>Desfechos (alta/óbito)</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>32.Os indicadores utilizados costumam ser tabulados?</b>   |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>33.Você considera suficientes os recursos materiais (como instrumentos de avaliação antropométrica, transporte, meios de registro- papel, computador) disponíveis para o trabalho em TNED?</b> |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>34.Você se considera capacitada (o) para atuar em TNED?</b>  |  |
| Sim   |  |
| Não   |  |
| <b>35.Na sua opinião, o que poderia melhorar em seu serviço? (Sugestões)</b>  |  |

## ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, professora Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker e aluna de pós graduação Elis Sizanoski Teixeira, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você nutricionista, a participar de um estudo intitulado “Terapia Nutricional Enteral Domiciliar no Sistema Único de Saúde e atuação dos Nutricionistas nesta área”, que irá identificar as características dos profissionais, suas dificuldades no trabalho, bem como as necessidades da população que necessita de apoio nutricional em casa. Essas informações servirão como subsídio para elaboração de novos procedimentos de trabalho que visem melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a situação da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e caracterizar o exercício profissional dos Nutricionistas que atuam nesta área.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda um questionário que contém 35 perguntas sobre sua vida profissional, tempo de formação, vínculo de trabalho, principais dificuldades encontradas no trabalho entre outras. O participante deverá responder o questionário uma única vez, sem necessidade de sua identificação.
- c) Para tanto, você deverá aceitar participar desta pesquisa, clicar no link e responder às questões, o que levará aproximadamente 15 minutos
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento em responder às questões. Caso você experimente algum desconforto ao responder o questionário, poderá deixar de responder as questões que eventualmente lhe causarem este constrangimento.
- e) Os riscos relacionados ao estudo podem ser relacionados ao constrangimento em responder às questões.
- f) O estudo não apresentará risco de identificação do respondente.
- g) As suas respostas contribuirão para a organização da atenção nutricional, subsidiando a elaboração de políticas públicas e protocolos institucionais que visem melhorar os serviços prestados à sociedade. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- h) As pesquisadoras Prof. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker e Elis Sizanoski Teixeira responsáveis por este estudo poderão ser contatadas no setor de Ciências da Saúde- Departamento de Nutrição da UFPR - Rua Lothário Meissner nº 632, Jardim Botânico, Curitiba/PR. CEP: 80210-170 - de segunda a sexta-feira da 8 às 17 horas, pelo telefone (41) 3360-4043 ou pelos e-mails: meliana.ufpr@gmail.com e [elisteixeira.nutri@gmail.com](mailto:elisteixeira.nutri@gmail.com), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- i) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- j) As informações pessoais relacionadas ao estudo não serão identificadas e serão conhecidas apenas pela equipe de pesquisa (pesquisadora e orientadores). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.
- k) O material obtido – questionário – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo, dentro de 05 anos.
- l) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Professor Orientador \_\_\_\_\_

- n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de

Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante de pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da professora orientadora