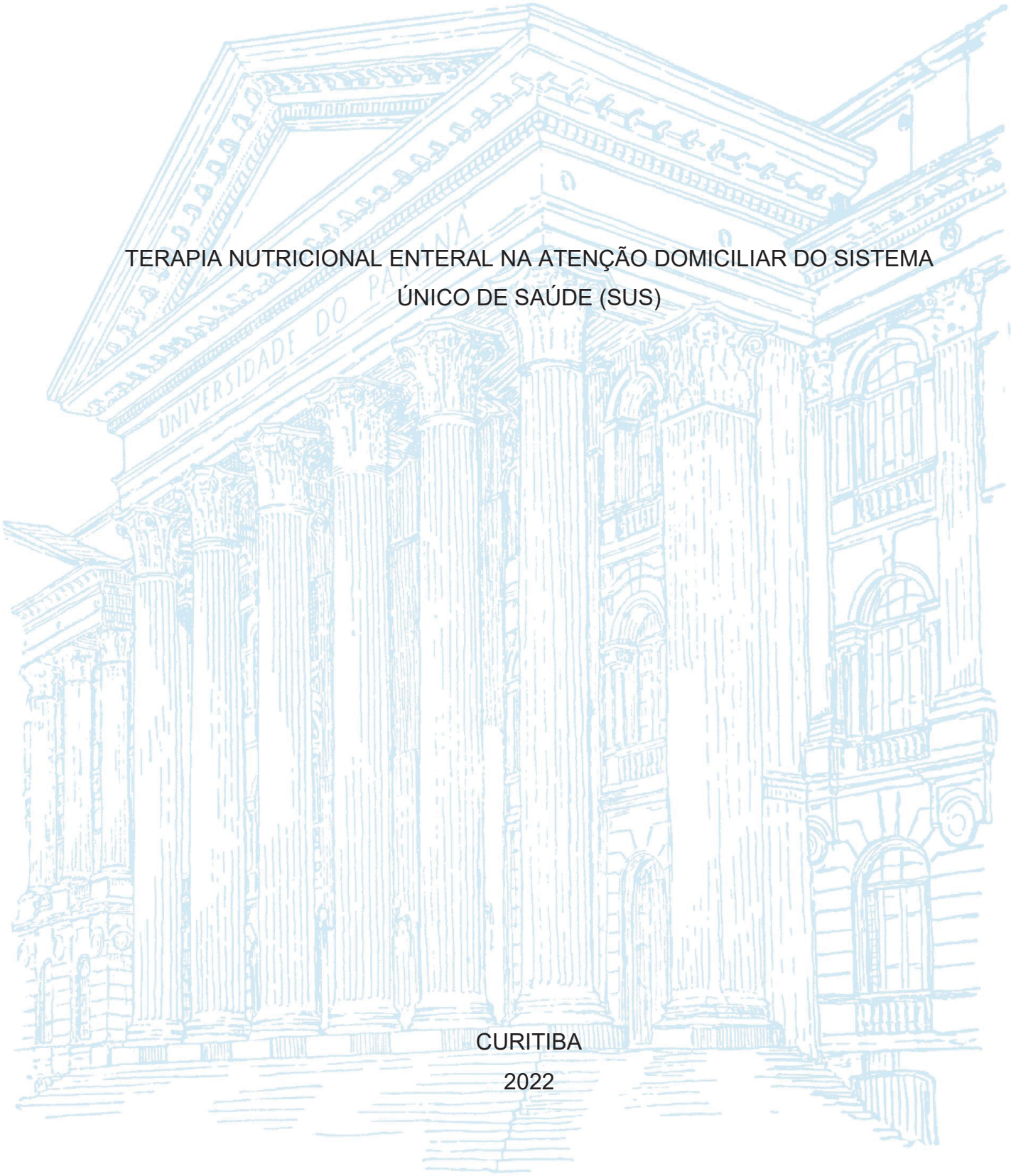
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RUBIA DANIELA THIEME



TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CURITIBA

2022

RUBIA DANIELA THIEME

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientadora: Profa. Dr.ª Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker

CURITIBA

2022

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Thieme, Rubia Daniela
Terapia nutricional enteral na atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS) / Rubia Daniela Thieme. – Curitiba, 2022.
1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.
Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker.

1. Políticas públicas. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Participação social. 4. Nutrição enteral. 5. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Schieferdecker, Maria Eliana Madalozzo. III. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. IV. Título.

Bibliotecária: Maria Lidiane Herculano Graciosa CRB-9/2008

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS - 40001016076P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **RUBIA DANIELA THIEME** intitulada: **Terapia nutricional enteral na atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS): um retrato da participação social nas capitais brasileiras**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH, 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 doutora 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, 28 de Abril de 2022.

Assinatura Eletrônica
03/05/2022 10:42:54.0
RAFAEL GOMES DITTERICH
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
03/05/2022 10:56:02.0
HUASCAR FIALHO PESSALI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
04/05/2022 17:49:04.0
ANN KRISTINE JANSEN
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Assinatura Eletrônica
04/05/2022 16:51:26.0
LUIS FELIPE FERRO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
06/05/2022 14:59:41.0
CÍBELE PEREIRA KOPRUSZYNSKI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS - 40001016076P0

ATA Nº53

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DOUTORADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTORA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

No dia vinte e oito de abril de dois mil e vinte e dois às 14:00 horas, na sala Sala de Reuniões ou de Videoconferência, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de tese da doutoranda **RUBIA DANIELA THIEME**, intitulada**: Terapia nutricional enteral na atenção domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS): um retrato da participação social nas capitais brasileiras**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: RAFAEL GOMES DITTERICH (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), HUASCAR FIALHO PESSALI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), ANN KRISTINE JANSEN (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LUIS FELIPE FERRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CÍBELE PEREIRA KOPRUSZYNSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de doutora está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, RAFAEL GOMES DITTERICH, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.
Observações: Foi sugerido alteração do título: Terapia Nutricional Enteral na Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS). A banca foi realizada de maneira presencial.

CURITIBA, 28 de Abril de 2022.

Assinatura Eletrônica
03/05/2022 10:42:54.0
RAFAEL GOMES DITTERICH
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
03/05/2022 10:56:02.0
HUASCAR FIALHO PESSALI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
04/05/2022 17:49:04.0
ANN KRISTINE JANSEN
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Assinatura Eletrônica
04/05/2022 16:51:26.0
LUIS FELIPE FERRO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
06/05/2022 14:59:41.0
CÍBELE PEREIRA KOPRUSZYNSKI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido a vida, que tem se apresentado com oportunidades de reflexão, aprendizado e transformação. Gratidão a todos e todas que, estando presentes em minha vida, compartilharam momentos de diálogos e de silêncios, de ação e de observação, de construção e de rupturas.

Agradeço à minha família, sobretudo aos meus pais, Mara Regina Bublitz Thieme e Denir Thieme, pelo exemplo de força e determinação, pelo acolhimento e amor incondicional, e aos meus avós, pelo afeto, em especial ao meu avô, Edvaldo Bublitz (*in memorian*).

Gratidão às amigas Daniela Barbieri Hauschild, Caroline Filla Rosaneli, Ana Cláudia Thomaz e Silvana Maria dos Santos, pela amizade, pela presença e pelo tempo dedicado às conversas sérias ou descontraídas.

Aos colegas e estudantes da Instituição de Ensino Superior em que atuo como docente, agradeço o incentivo e o apoio.

Aos membros do *Brazilian Enteral Nutrition Group* da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em especial Jennifer Jaqueline de Oliveira, Erika Klingelfus de Almeida Silva e Maria Luiza Przybysewski, agradeço a dedicação e o comprometimento.

Agradeço aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR pelo compartilhamento de experiências e pela construção coletiva do conhecimento. Gratidão, também, aos docentes do Programa de Pós-Graduação pelas contribuições e pelo entusiasmo e encorajamento.

Aos professores Dr.ª Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, enquanto coorientadora, e Dr. Rafael Gomes Ditterich, como orientador, agradeço por acolherem ideias, por despertarem reflexão e motivação para transformar e serem exemplo de pesquisadores e docentes. Agradeço, também, pela orientação, confiança e generosidade.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, professora Dr.ª Ann Kristine Jansen, professora Dr.ª Doroteia Aparecida Höfelmann, professora Dr.ª Cíbele Pereira Kopruszynski, professor Dr. Huascar Fialho Pessali e professor Dr. Luís Felipe Ferro, por aceitarem o convite e pelas importantes contribuições.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, prestaram seu apoio e estiveram comigo nessa trajetória.

“Se não houver uma revolução de consciências, se as pessoas não gritarem: “não aceito ser apenas aquilo que querem fazer de mim” ou não recusarem ser um elemento de uma massa que se move sem consciência de si própria, a humanidade estará perdida. Não se trata de regressar ao individualismo, mas há de se reencontrar o indivíduo. Esse, o nosso grande obstáculo: reencontrar o indivíduo num tempo em que se pretende que ele seja menos do que poderia ser.”

José Saramago

RESUMO

No Brasil, a Terapia Nutricional Enteral no Domicílio (TNED) na Atenção Domiciliar (AD) integra-se às Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo geral deste estudo foi avaliar o desenho e a integração das políticas públicas e programas voltados à TNED na AD no âmbito do SUS, considerando diferentes aspectos e cenários brasileiros. Trata-se de um estudo composto por uma revisão integrativa e por três pesquisas de abordagem qualitativa em que foram analisados documentos e aplicada a análise de conteúdo, sendo a técnica da análise das relações realizada em duas das pesquisas. Os documentos analisados foram: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), programas municipais voltados a usuários em TNED integrada à AD no SUS e atas de reuniões de Conselhos de Saúde de capitais brasileiras entre 2016 e 2020. Ainda, foi proposta integração de elementos de políticas nacionais e programas municipais com vistas ao alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de idosos em TNED. As diretrizes que orientam a AD, conforme Portaria n.º 825/2016, foram norteadoras da análise dos dados. Observou-se que as produções científicas incluídas na revisão integrativa abordaram a maioria das diretrizes orientativas da AD, explorando a ampliação e equidade do acesso, humanização e integralidade no cuidado em saúde e articulação entre pontos das RAS. Contudo, a participação dos profissionais de saúde, usuário, família e cuidadores, conforme quarta diretriz, para acompanhar, fiscalizar, monitorar e avaliar a AD não foi observada na revisão integrativa. A participação e o controle social são elementos da PNAISC, PNI, PNSPI e PNAN, as quais apresentam princípios, diretrizes, eixos estratégicos e ações que contribuem para a garantia do direito à saúde e a realização da Segurança Alimentar e Nutricional com vistas ao alcance do DHAA de crianças e de idosos em TNED. Os programas de municípios analisados não contemplaram todos os elementos propostos nacionalmente, mas, foi possível criar uma proposta de integração desses elementos, que pode ser utilizada na (re)formulação de programas municipais. Ao analisar 1.009 atas dos Conselhos de Saúde de dezesseis capitais brasileiras, foi verificado que 165 atas apresentaram manifestações acerca da AD e/ou TNED na AD no âmbito do SUS. O segmento de gestores e prestadores de serviço foi responsável por maior frequência de exposições. Os recursos financeiros e estruturais, equipes multiprofissionais e interdisciplinares, articulação e comunicação nas RAS, redução da demanda por atendimento hospitalar e do período internação, ampliação e equidade do acesso e adoção de linhas de cuidado baseadas nas necessidades do usuário foram subcategorias derivadas da categoria *domicílio* analisada nas atas. Da categoria *nutrição*, originaram-se as subcategorias referentes à responsabilidade dos entes federativos, recursos financeiros, equipe multiprofissional e cuidado em nutrição. Foi observada escassez de discussões nas reuniões acerca da AD e da TNED na AD no âmbito do SUS e distribuição desigual de atas com quantidade expressiva de manifestações nas regiões brasileiras.

Palavras-chave: Políticas públicas. Sistema Único de Saúde. Participação social. Serviços de assistência domiciliar. Nutrição enteral.

ABSTRACT

In Brazil, Home Enteral Nutrition (NED) in Home Care Services (HCS) is part of Health Attention Network (HAN) at, Brazilian Public Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS). The aim of this study was to evaluate the design and integration of public policies, and programs for users on HEN in HCS at SUS, considering different aspects, and Brazilian scenes. This study is composed by an integrative review and three qualitative research that analyzed documents with content analysis. Analysis of the relationships (co-occurrences) were applicated in two studies. Documents analysed were: National Policy for Integral Child Health Care (PNAISC), National Policy for Older Adults (PNI), the National Policy for the Health of Older Adults (PNSPI) and the National Food and Nutrition Policy (PNAN), municipal programs for users on HEN in HCS at SUS, and minutes from Health Council meetings of Brazilian capitals between 2016 and 2020. Furthermore, the integration of elements from national public policies and municipal programs was proposed to ensure the Human Right to Adequate Food (HRAF) of older adults on HEN. HCS guidelines, in agreement to Brazilian legislation (Portaria n.º 825/2016), were considered to analyse the data. The articles included in integrative review comprised most of HCS guidelines, demonstrating the expansion and equity of access, humanization, comprehensive care, and articulation between levels of HAN. However, health professionals, users, relatives, and caregivers' participation, in agreement to guideline number four, in follow-up, fiscalization, monitoring, and evaluation of HCS was not found in integrative review. Popular participation and social control are PNAISC, PNI, PNSPI, and PNAN elements. These public policies have principles, guidelines, strategic axes, and actions that contribute to ensure the health right and food and nutrition security to reach the HRAF of children and older adults on HEN. Municipal programs did not present all national elements, but it was possible to create an integration proposal that might be used on (re)formulation of programs. The analyse of 1,009 minutes from Health Council meetings of sixteen Brazilian capitals showed that 165 minutes had manifestations about HCS and/or HEN in HCS at SUS. Highest frequency of enunciations was realized by representatives of health service managers and providers. Financial and structure resources, multi-professional and interdisciplinary team, articulation and communication at HAN, reduction of hospitalization demand and time, access increase and equity, and the use of care protocols based on users needs were subcategories originated from *home* category analysed in minutes. From the *nutrition* category were originated subcategories about federative entities responsibilities, financial resources, multi-professional team, and nutrition care. Lack of discussion about HCS, and HEN in HCS at SUS, were observed. Yet, unequal distribution of minutes with expressive number of manifestations was verified in Brazilian regions.

Keywords: Public policies. Unified Health System. Social participation. Home care services. Enteral nutrition.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS QUE ABORDARAM A ATENÇÃO DOMICILIAR INTEGRADA ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.. 61
FIGURA 2 – PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E DOS PROGRAMAS MUNICIPAIS DE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS PARA A GARANTIA DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO.... 113
FIGURA 3 – FASES PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO 127
FIGURA 4 – NÚMERO DE ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E DE REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS DE CONSELHOS DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS POR ANO 134
FIGURA 5 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DAS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO POR CAPITAL DE UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL (2016-2020) 134
FIGURA 6 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE COOCORRÊNCIAS DAS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES DE ANÁLISE POR CAPITAL DE UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL (2016-2020) 135
FIGURA 7 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE COOCORRÊNCIAS E DE RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES DE ANÁLISE POR CAPITAL DE UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL (2016-2020) 136
FIGURA 8 – FREQUÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES COM AS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO E SIGLAS QUE CORRESPONDEM AOS TEMAS ATENÇÃO DOMICILIAR E TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO NAS REUNIÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE (n=165) DE CAPITAIS BRASILEIRAS DE 2016 A 2020.....138
FIGURA 9 – MAPA DAS UNIDADES FEDERATIVAS COM CAPITAIS BRASILEIRAS CONFORME CATEGORIAS PROPOSTAS 139

FIGURA 10 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE SEGMENTOS RESPONSÁVEIS POR MANIFESTAÇÕES EM REUNIÕES DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS ACERCA DA ATENÇÃO DOMICILIAR OU DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO ENTRE 2016 E 2020 140

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES I E IV DA ATENÇÃO DOMICILIAR 62

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES II E III DA ATENÇÃO DOMICILIAR 64

QUADRO 3 – OBJETIVOS E SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS REFERENTES AOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES I E IV DA ATENÇÃO DOMICILIAR.. 66

QUADRO 4 – OBJETIVOS E SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS REFERENTES AOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES II E III DA ATENÇÃO DOMICILIAR.. 68

QUADRO 5 – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NECESSÁRIOS AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE CRIANÇAS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO. 89

QUADRO 6 – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE REGEM A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E AÇÕES GOVERNAMENTAIS NA ÁREA DA SAÚDE NECESSÁRIOS AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO.. 90

QUADRO 7 – DIRETRIZES QUE REGEM A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NECESSÁRIAS AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO 91

QUADRO 8 – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO REFERENTES AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE CRIANÇAS E DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO. 92

QUADRO 9 – ANO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA OU PUBLICAÇÃO DO DOCUMENTO, OBJETIVOS DOS PROGRAMAS, QUANTITATIVO DE CITAÇÃO DAS PALAVRAS-CHAVE E FRAGMENTOS DE TEXTO DOS PROTOCOLOS E DECRETOS DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA O CUIDADO NUTRICIONAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO DE MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ (N=7)...110
QUADRO 10 – *UNIFORM RESOURCE LOCATOR* (URL) DOS SÍTIOS ELETRÔNICOS CONSULTADOS 126
QUADRO 11 – PALAVRAS-CHAVE E CORRELATAS APLICADAS NA ANÁLISE DAS RELAÇÕES A PARTIR DE COOCORRÊNCIAS.....129
QUADRO 12 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA RECURSOS FINANCEIROS E ESTRUTURAIS, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020) 142
QUADRO 13 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E INTERDISCIPLINARES, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020) 144
QUADRO 14 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA ARTICULAÇÃO E COMUNICAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDUÇÃO DA DEMANDA POR ATENDIMENTO HOSPITALAR E DO PERÍODO DE PERMANÊNCIA DE USUÁRIOS INTERNADOS, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020) 146
QUADRO 15 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA AMPLIAÇÃO E EQUIDADE DO ACESSO E ADOÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO POR MEIO DE PRÁTICAS CLÍNICAS CUIDADORAS BASEADAS NAS NECESSIDADES DO USUÁRIO, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME

SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020).....148
QUADRO 16 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA RESPONSABILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS E RECURSOS FINANCEIROS, DERIVADA DA CATEGORIA NUTRIÇÃO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020).....151
QUADRO 17 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E CUIDADO EM NUTRIÇÃO, DERIVADA DA CATEGORIA NUTRIÇÃO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020).....152

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUANTITATIVO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR E DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO HABILITADAS COM CADASTRO MUNICIPAL NAS CAPITAIS ESTADUAIS E NO DISTRITO FEDERAL EM 2016.....40

TABELA 2 – CADASTROS INDIVIDUAIS NA ATENÇÃO BÁSICA E VISITAS DOMICILIARES NO 3º QUADRIMESTRE DE 2020 DE ACORDO COM A CAPITAL DA UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL.....41

TABELA 3 – BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA 58

TABELA 4 – QUANTITATIVO DE DOCUMENTOS REFERENTES A ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS DAS UNIDADES FEDERATIVAS (UF) E DISTRITO FEDERAL (2016-2020) 133

TABELA 5 – QUANTITATIVO DE ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E DE REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS COM CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO E COM SIGLAS COM CORRESPONDÊNCIA À TEMÁTICA ATENÇÃO DOMICILIAR E TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO E FREQUÊNCIA ABSOLUTA (n) DAS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO 138

LISTA DE SIGLAS

AB	- Atenção Básica
AD	- Atenção Domiciliar
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CRFB	- Constituição da República Federativa do Brasil
CSDF	- Conselho de Saúde do Distrito Federal
DHAA	- Direito Humano à Alimentação Adequada
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
EMAD	- Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	- Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IAN	- Insegurança Alimentar e Nutricional
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
NEA	- Necessidades Especiais de Alimentação
Nasf-AB	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PMC	- Programa Melhor em Casa
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	- Política Nacional do Idoso
PNSPI	- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SAN	- Segurança Alimentar e Nutricional
SAD	- Serviço de Atenção Domiciliar
SciELO	- *Scientific Electronic Library Online*
SMS	- Secretaria Municipal da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TN	- Terapia Nutricional
TNED	- Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 20
1 INTRODUÇÃO 29
1.1 OBJETIVOS 34
1.1.1 Objetivo Geral 34
1.1.2 Objetivos Específicos 34
1.2 JUSTIFICATIVA 34
2 MARCO TEÓRICO: CONCEITOS E LEGISLAÇÃO 37
2.1 ATENÇÃO DOMICILIAR INTEGRADA ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 37
2.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO: VULNERABILIDADE DOS USUÁRIOS 44
2.3 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 48
3 METODOLOGIA 53
4 RESULTADOS 55
4.1 CAPÍTULO 1 - DIRETRIZES E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR INTEGRADA A REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 55
4.1.1 Introdução 55
4.1.2 Método 56
4.1.3 Resultados 59
4.1.4 Discussão 71
4.1.4.1 Atenção Domiciliar: acesso, humanização, integralidade e participação 72
4.1.4.2 Continuidade do cuidado na Atenção Domiciliar: integração e comunicação dos pontos das Redes de Atenção à Saúde 78
4.1.5 Considerações finais 82
4.2 CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO À SAÚDE E À ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS E IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO 83
4.2.1 Introdução 83
4.2.1.1 Vulnerabilidade e o direito à saúde e à alimentação: crianças e adultos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio 84

4.2.2 Contribuições das políticas nacionais para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio....88
4.2.2.1 Contribuições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de crianças em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio 89
4.2.2.2 Contribuições da Política Nacional do Idoso para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio....90
4.2.2.3 Contribuições da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio 90
4.2.2.4 Contribuições da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de Crianças e de Idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio 91
4.2.3 Elementos das políticas públicas nacionais nos programas voltados a crianças e idoso em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio: evidências e desafios.... 92
4.2.3.1 Integralidade e Humanização no cuidado efetivo em domicílio a crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral....93
4.2.3.2 Capacitação e Educação Permanente dos profissionais de saúde para o cuidado de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio 95
4.2.3.3 Participação social nos momentos do ciclo das políticas públicas voltadas a crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio....96
4.2.3.4 Programas voltados ao cuidado em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio: experiências e desafios para a efetivação do direito à saúde e à alimentação....99
4.2.3.5 Ações judiciais e o direito à saúde e à alimentação de usuários em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio 100
4.2.3.6 Entes da Federação e o alcance do direito à saúde e à alimentação de usuários em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio....102
4.2.4 Considerações finais 103
4.3 CAPÍTULO 3 – IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO DOMICÍLIO: INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E PROGRAMAS MUNICIPAIS 105

4.3.1 Introdução....105
4.3.2 Método....106
4.3.3 Resultados....108
4.3.4 Discussão....114
4.3.5 Conclusão....120
4.4 CAPÍTULO 4 – TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR: RETRATO PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS....121
4.4.1 Introdução....121
4.4.2 Método....124
4.4.3 Resultados....132
4.4.4 Discussão....153
4.4.5 Considerações finais....172
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS....174
REFERÊNCIAS....176

APRESENTAÇÃO

Esta tese pretende apresentar o trabalho de pesquisa desenvolvido acerca do alcance das diretrizes que norteiam a Atenção Domiciliar (AD) no Brasil, sobretudo a diretriz que se refere à participação ativa dos atores envolvidos nessa modalidade de cuidado. Nesse sentido, apresenta-se a integração de elementos de diferentes políticas públicas que contribuem para cuidado efetivo no ambiente domiciliar, considerando às necessidades dos usuários, como as de alimentação e nutrição. Assim, aos usuários com necessidades especiais de alimentação (NEA) pode ser indicada a Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED). Nesse contexto, o presente trabalho apresenta avaliação do desenho e da integração de políticas públicas e da participação social nas ações voltadas à TNED na AD nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nas capitais brasileiras.

A escolha pelo tema da pesquisa está relacionada com a minha trajetória acadêmica e profissional. Durante o Curso de Graduação em Nutrição, na Universidade Federal do Paraná (UFPR), participei como voluntária no “Projeto de Extensão Acompanhamento Domiciliar de Pacientes em Terapia Nutricional Enteral nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Curitiba”. Assim, em 2007, iniciou-se a minha trajetória acadêmica relacionada às temáticas da AD e da TNED, sob orientação da professora Dr.ª Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker, responsável pelo referido projeto de extensão.

Em 2009, a trajetória acadêmica foi complementada pelo início da trajetória profissional. Minha atuação como nutricionista iniciou-se na Atenção Hospitalar, no Curso de Especialização em Terapia Nutricional com Treinamento em Serviço, no Hospital de Clínicas da UFPR (HC/UFPR), com término em 2010. No mesmo ano, ingressei no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar – Área de Concentração em Saúde do Adulto e do Idoso no HC/UFPR.

Assim, entre 2009 e 2012, a atuação no HC/UFPR, maior prestador de serviços do SUS do estado do Paraná e inserido nas RAS, proporcionou a construção e aprofundamento dos conhecimentos a respeito do SUS, seus princípios doutrinários e organizativos. Concomitantemente, o conhecimento aliado à experiência despertou inúmeros questionamentos, pois, a percepção de lacunas entre a teoria/norma e a prática estava presente no processo de cuidado em saúde.

Tais percepções foram compartilhadas com colegas residentes, preceptores e tutores do Programa de Residência e, a partir delas, surgiu um movimento para a transformação da realidade, com propostas de ações, as quais foram implementadas a fim de aproximar a teoria/norma com a prática. Assim, a experiência profissional na Atenção Hospitalar foi fundamental para compreensão das potencialidades e das fragilidades existentes para concretização dos princípios do SUS, como a integralidade e a participação social.

Nesse contexto, um dos desafios encontrados se referia à efetivação da atenção integral. Por isso, a comunicação entre os pontos de atenção à saúde das RAS, que exige a realização de alta hospitalar programada e responsável e de contrarreferência, foi um dos norteadores das ações do grupo vinculado ao Programa de Residência. A experiência referente à comunicação entre os profissionais de saúde da Atenção Hospitalar, da Atenção Básica (AB) e da AD foi relatada de diferentes modos, como: participação em eventos técnico-científicos e em aulas de pós-graduação, a publicação em anais de congressos científicos, em capítulo de livro e em artigo científico.

Outro desafio vivenciado foi o da participação da comunidade no SUS. Desde o início do Programa de Residência, os residentes eram convidados a participar de Comissões Temáticas de Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, PR. Assim, a compreensão acerca da importância do controle social foi iniciada em 2010 e consolidada nos anos que seguiram. Entre 2013 e 2019, participei de Conferência Municipal de Saúde de Curitiba e Conferência Estadual de Saúde do Paraná, na qualidade de delegada, representando o segmento trabalhador. Também nesse período, estive como representante do Conselho Regional de Nutricionistas da 8ª Região (CRN-8) (segmento trabalhador) no Conselho Estadual de Saúde do Paraná (2014 a 2018) e no Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Curitiba, PR (2014).

Portanto, os últimos doze anos foram de intenso aprendizado, de incansável defesa do SUS, do direito à saúde e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e de construção coletiva de produções técnico-científicas, incluindo a temática da AD e da TNED.

Considerando que as redefinições da AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a; 2011b; 2013a) ocorreram em período em que eu estava como residente na Atenção Hospitalar, foi oportuno o diálogo acerca da desospitalização e do retorno do usuário

ao domicílio, para a continuidade do cuidado em ambiente domiciliar. Nesse contexto, a equipe multiprofissional elaborou e implantou um protocolo para orientar a linha de cuidado para idosos hospitalizados com necessidade de Terapia Nutricional (TN). Esse protocolo instituiu as visitas domiciliares como uma das estratégias de comunicação entre profissionais de saúde da Atenção Hospitalar e da AB.

Um dos produtos provenientes do Programa de Residência foi o capítulo no livro Reabilitação em Cuidados Paliativos, publicado em 2014, intitulado “Da Alta Hospitalar ao Domicílio: Experiência de Cuidado na Atenção à Saúde do Idoso por Equipe Multiprofissional num Hospital Universitário na Região Sul do Brasil” (PALM *et al*., 2014). Também em 2014, o artigo “Elaboração e Implantação de Protocolo de Alta Responsável para Idosos com Doenças Crônicas Hospitalizados e com Necessidades Alimentares Especiais” foi publicado na Revista DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde. O objetivo desse artigo foi relatar a experiência de elaboração e implantação de um protocolo referente à linha de cuidado para idosos hospitalizados devido a complicações decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis com necessidade de TN e organizar as atividades preconizadas nesse protocolo de acordo com o planejamento da alta responsável e estruturação da linha de cuidado (THIEME *et al*., 2014).

Após a conclusão da residência, participei da elaboração do texto de um material técnico-científico do Ministério da Saúde, um dos volumes da série de Cadernos de Atenção Domiciliar, do Programa Melhor em Casa. O processo instituído para a construção do material permitiu o diálogo entre nutricionistas atuantes na AD no cenário brasileiro, revelando diferentes realidades que deveriam ser contempladas no material. Assim, o terceiro volume da série foi publicado em 2015 e volta-se à temática dos Cuidados em Terapia Nutricional, com objetivo de apoiar as equipes de AB e de AD e os gestores do SUS para a organização e a oferta dos cuidados em TN no âmbito domiciliar (BRASIL, 2015a).

Desde então, professora Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker e eu compartilhávamos um anseio: a publicação de um livro que abordasse as várias questões envolvidas com o cuidado em TN no domicílio. Com vistas a concretizar tal meta, elaboramos uma proposta de sumário com os capítulos do livro e apresentamos para o responsável por uma editora. O proposto foi aceito e passamos a trabalhar na organização da obra, convidando profissionais de saúde e

pesquisadores com experiência em AD e TN para elaboração dos capítulos. O livro, intitulado “Terapia Nutricional Domiciliar”, foi publicado em 2019 (SCHIEFERDECKER; THIEME, 2019).

Além de organizar o livro, também fomos responsáveis por escrever capítulos, como o que se refere à TN nos diferentes pontos de atenção à saúde das RAS (THIEME; SCHIEFERDECKER, 2019). Novamente, a motivação para construir o texto estava ligada ao fortalecimento da integração e comunicação dos pontos de atenção à saúde, bem como à centralidade ocupada pelo usuário do SUS nas estratégias desenvolvidas e executadas na implementação das políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, o usuário é considerado ator fundamental envolvido em todos os momentos do ciclo da política pública, interagindo com outros atores não governamentais e, também, com atores governamentais. Por meio de manifestações desses atores, eles atuam para construir a agenda, formular políticas, tomar decisões e realizar a implementação, a fiscalização, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas e dos programas que as operacionalizam.

No âmbito do SUS, a operacionalização das ações de alimentação e nutrição são orientadas pela Políticas Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), responsável pela articulação entre saúde e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BRASIL, 2006a, 2013b). A PNAN pode ser operacionalizada por programas municipais voltados aos usuários com necessidades específicas, incluindo as NEA, como a TNED.

Portanto, a presença ou ausência de integração desses programas municipais com outras políticas públicas e programas nacionais voltados a grupos específicos e considerados em vulnerabilidade, como crianças e idosos em AD, por exemplo, o Programa Melhor em Casa, mostrou-se ser uma questão em aberto. Ainda, a participação e a interação de diferentes atores, entre os quais estão os gestores de saúde, prestadores de serviços, profissionais/trabalhadores de saúde e usuários do SUS, nas ações de acompanhamento, fiscalização e avaliação das políticas públicas e programas voltados aos usuários em TNED na AD também se revelou desconhecida.

Assim, com a intenção de responder à essa questão e compreender a ação ou inação da participação social na TNED na AD no âmbito do SUS, ingressei no

Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da UFPR, para realização do doutorado, em 2018.

No mesmo ano, o grupo de pesquisa *Brazilian Home Enteral Nutrition* (BHEN) foi criado na UFPR com a missão de divulgar o conhecimento científico para a sociedade e capacitar estudantes de diferentes níveis de formação acadêmica do Ensino Superior na área de TNED (BRAZILIAN HOME ENTERAL NUTRITION, 2022). A opção pela denominação do grupo no idioma inglês justifica-se por pretensão de divulgação internacional dos estudos desenvolvidos e publicações científicas vinculadas ao BHEN.

Em 2019, fui convidada a compartilhar a experiência do Protocolo de Alta Responsável, desenvolvido no Programa de Residência, em um evento realizado na UFPR. Nesse evento, pesquisadores e professores de Instituições de Ensino Superior, profissionais de saúde, principalmente nutricionistas, e gestores de saúde estavam presentes. O evento culminou na formação de um grupo de trabalho denominado “Grupo de Trabalho de Comunicação entre pontos de atenção à saúde”, que tem como objetivo dialogar para planejar ações referentes aos cuidados em nutrição aos usuários em TNED do Paraná. O processo de escolha dos membros do grupo ocorreu ao final do evento e fui eleita como uma das representantes das Instituições de Ensino Superior. Ainda, representantes da Atenção Hospitalar e da AB fazem parte do grupo de trabalho, que se reúne mensalmente desde a sua fundação.

Desde o ingresso no Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, a criação do grupo BHEN e a formação do grupo de trabalho, novas reflexões e questionamentos acerca da AD, da TNED e da participação social surgiram, somando-se às já existentes desde 2007, bem como a construção do conhecimento científico sobre tais temáticas vem sem desenvolvendo continuamente. Além disso, a necessidade de ultrapassar as fronteiras do estado do Paraná e buscar respostas que retratem um cenário mais amplo foi um dos impulsores da realização do presente estudo. Considerando o exposto, quatro questões nortearam a realização dessa pesquisa, quais sejam:

- Com base na produção científica sobre a AD no Brasil, qual a avaliação acerca da sua integração às RAS no SUS, ao alcance das diretrizes que norteiam essa modalidade de cuidado e aos instrumentos e ferramentas utilizados para seu monitoramento e avaliação?

- Como os elementos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, da Política Nacional do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da PNAN podem contribuir para a garantia do DHAA de crianças e idosos em TNED?

- Quais os elementos de políticas públicas nacionais e programas municipais de uma regional de saúde paranaense que, integrados, podem contribuir para a garantia do DHAA de idosos em TNED?

- Como as manifestações acerca da TNED na AD no âmbito do SUS apresentam-se em instância de participação social das capitais brasileiras e do Distrito Federal?

Dessa forma, esta pesquisa apresenta como objetivo geral: avaliar o desenho e a integração das políticas públicas e programas voltados à Terapia Nutricional Enteral em Domicílio na Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando diferentes aspectos e cenários brasileiros.

Apresenta ainda, como objetivos específicos:

- Analisar as produções científicas desenvolvidas sobre Atenção Domiciliar integrada às Redes de Atenção à Saúde, o alcance das diretrizes que norteiam essa modalidade de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde e os instrumentos e ferramentas utilizados para seu monitoramento e avaliação;

- Verificar a contribuição de elementos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, da Política Nacional do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para formulação e implementação de programas estaduais e municipais voltados para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio;

- Verificar se políticas públicas nacionais e programas municipais apresentam elementos que contribuem para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio e propor a integração desses elementos.

- Analisar as manifestações acerca da Terapia Nutricional Enteral em Domicílio na Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde em instância de participação social das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

Esta tese encontra-se dividida em cinco seções. A primeira apresenta-se como seção de introdução e a segunda, refere-se ao marco teórico, consistindo

também de revisão de conceitos e da legislação acerca da AD integrada às RAS do SUS, da TNED e do controle e participação social no SUS. A terceira seção, é referente ao percurso metodológico, na qual está apresentada a abordagem da pesquisa, as técnicas utilizadas e a organização da tese em capítulos. Na seção quatro, estão os capítulos que compõe a presente tese e pretendem responder às questões norteadoras e aos objetivos apresentados. A quinta seção corresponde às considerações finais da tese.

Desse modo, a quarta seção está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma revisão integrativa da literatura acerca das diretrizes que norteiam a AD integrada às RAS no âmbito do SUS, bem como seu monitoramento e avaliação. O segundo e o terceiro capítulos apresentam a análise de documentos de políticas públicas nacionais e de programas municipais que contribuem para a garantia do DHAA de crianças e idosos em TNED. No capítulo número quatro, há a apresentação da análise de atas de reuniões de Conselhos de Saúde das capitais brasileiras e do Distrito Federal, colocando as manifestações acerca da TNED na AD no âmbito do SUS em instância de participação social em um contexto nacional.

Cabe mencionar que dois capítulos (capítulos dois e três) correspondem a manuscritos publicados em revistas científicas em 2020 e 2021. Assim, o segundo capítulo se refere ao artigo intitulado “Políticas Públicas e o direito à saúde e à alimentação de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio”, publicado na Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE) (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2021). O terceiro capítulo é constituído pelo artigo “Idosos em terapia nutricional enteral no domicílio: integração das políticas públicas nacionais e programas municipais”, que foi publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

Os capítulos apresentados na presente tese estão conectados. Desse modo, a revisão integrativa foi necessária para analisar as produções científicas acerca da integração da AD às RAS, bem como do alcance das suas diretrizes e da aplicação de instrumentos e ferramentas para seu monitoramento e avaliação. A AD no âmbito do SUS é objeto central desta tese, visto que a TNED é modalidade terapêutica realizada em domicílio e pode estar, portanto, integrada à AD.

Ainda, a participação dos usuários, sua família e cuidadores, e de profissionais de saúde está presente nas diretrizes da AD. Além disso, a participação da comunidade para avaliar e monitorar políticas, programas e ações

de saúde é um dos princípios do SUS (BRASIL, 1990a; 2016a). Os resultados obtidos demonstraram a presença de lacunas quanto ao alcance das diretrizes da AD, como a adoção de linhas de cuidado baseadas nas necessidades dos usuários e a participação ativa dos usuários, familiares, cuidadores e profissionais de saúde. Nesse sentido, na revisão integrativa, destacou-se a ausência de estudos abordando o cuidado às NEA no domicílio, como a realização de TNED.

Os usuários em TNED na AD apresentam-se vulneráveis, sobretudo crianças e pessoas idosas. Os fatores que determinam a vulnerabilidade podem implicar nas políticas públicas, bem como na sua operacionalização. Por isso, foi necessário verificar os elementos de políticas públicas nacionais voltadas para crianças e idosos e para alimentação e nutrição no âmbito do SUS que, somados às diretrizes da AD verificadas na revisão integrativa, podem contribuir na formulação e implementação de programas descentralizados de atenção aos usuários em TNED no âmbito do SUS (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2021).

Nesse contexto, buscou-se, também, verificar se programas de municípios de uma regional de saúde do Paraná apresentam os elementos das políticas públicas nacionais que contribuem para a garantia do DHAA de idosos em TNED, propondo a integração desses elementos (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020). Optou-se por realizar a análise em municípios paranaenses devido ao destaque na organização do cuidado de nutrição aos indivíduos com NEA no cenário brasileiro, sobretudo Curitiba, capital estadual, pela implementação do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN) em 2006 (CURITIBA, 2011; SCHIEFERDECKER *et al*., 2014; PINHEIRO; GOMES; OLIVEIRA, 2019).

Ainda, a pesquisa apresentou como população-alvo os idosos em TNED devido aos dados demográficos e epidemiológicos no Brasil. Esses dados indicam envelhecimento populacional e aumento da incidência e da prevalência de doenças crônicas, como neoplásicas e neurológicas, que estão entre os principais motivos para indicação de TNED (IBGE, 2016, 2021; MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020).

Assim, os usuários em TNED na AD no âmbito do SUS apresentam necessidades em saúde específicas. Programas, ações e serviços voltados à atenção desses usuários estão implementados, sobretudo em nível municipal, e o seu acompanhamento, fiscalização e avaliação são competências dos Conselhos de

Saúde dos municípios, instância colegiada de participação social. Destaca-se que um dos elementos convergentes nas políticas públicas e programas analisados se refere à participação social. Os participantes do Conselho de Saúde representam e defendem as demandas e interesses de cidadãos que estão ausentes nas instâncias deliberativas (BRASIL, 1990b; SMITH, 2009; THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020, 2021). Portanto, as manifestações de participantes de diferentes segmentos acerca da AD e da TNED na AD no âmbito do SUS nos Conselhos de Saúde das capitais brasileiras, considerando as desigualdades regionais, foram analisadas.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é considerada uma modalidade de cuidado em saúde e sua oferta vem aumentando em vários países devido, principalmente, a questões demográficas, políticas e orçamentárias. A incorporação da AD nas políticas públicas de saúde se deve à sua associação com maior efetividade, redução da frequência de internação hospitalar e menores custos para os sistemas de saúde decorrentes dessa modalidade de cuidado. Nesse contexto, a AD apresenta-se como dispositivo ou ponto de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma complementar ou alternativa no cuidado à saúde (NATIONAL ACADEMIES PRESS, 2015; BRASIL, 2016a; CASTELI *et al*., 2020; REIS *et al*., 2021; SHEPPERD *et al*., 2016, 2021).

No Brasil, o atendimento e a internação domiciliares são modalidades de assistência regulamentadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a, 2002). A instituição da AD no país ocorreu em 2011, em Portaria do Ministério da Saúde, passando por alterações e redefinições em 2013 e em 2016 (BRASIL, 2011a, 2011b, 2013a, 2016a). A AD está integrada às RAS e se caracteriza por apresentar um conjunto de ações preventivas e de tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção da saúde, ofertadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 1990a, 2016a).

A organização da AD se dá em três modalidades: AD 1, AD 2 e AD 3. As necessidades de cuidado, referentes à periodicidade de visitas domiciliares, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos, definem a modalidade de AD indicada aos usuários. Os usuários elegíveis para a AD 1, recebem assistência das equipes da Atenção Básica (AB), enquanto a AD 2 e a AD 3 são de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa (PMC), que complementa os cuidados realizados na AB e em serviços de urgência. Além disso, o SAD é considerado substitutivo ou complementar à hospitalização e responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016a).

Devido às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, a necessidade de cuidar de múltiplas doenças crônicas em períodos contínuos, considerando aspectos contextuais e ambientais, tem se tornado cada

vez mais frequente, impulsionando o aumento da oferta da AD a partir de 2016 (BRASIL, 2015a, 2016a, 2021a; BRAGA *et al*., 2016; PROCÓPIO *et al*., 2019; RAJÃO; MARTINS, 2020; BERTAGNOLI *et al*., 2021). Somado ao incremento e envelhecimento populacional e à maior prevalência e incidência de doenças crônicas, a organização dessa modalidade de cuidado também se justifica pela lógica de racionalização, pois a AD apresenta custos inferiores comparado à hospitalização, respondendo às necessidades da gestão quanto à alocação de recursos (BRAGA *et al*., 2016; IBGE, 2016, 2020; 2021; REIS *et al*., 2021).

Apesar da expansão da AD no Brasil, as efetivas repercussões dessa modalidade de atenção na conformação de arranjos de gestão e de cuidado centrados nas necessidades dos usuários não são totalmente conhecidas (SILVA *et al*., 2019a), sobretudo no que se refere a necessidades específicas apresentadas pelos usuários. Nesse contexto, usuários em AD podem apresentar Necessidades Especiais de Alimentação (NEA) em decorrência de doença ou agravo, com a indicação de Terapia Nutricional (TN) (BRASIL, 2013b, 2015a).

A nutrição enteral é uma das modalidades de TN realizadas no ambiente domiciliar. A recomendação de Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED) é realizada para indivíduos de diferentes faixas etárias e fases do ciclo da vida, sendo mais frequentemente recomendada para crianças e idosos, devido a doenças e agravos que causam limitações funcionais e incapacidades (SILVA; SILVEIRA, 2014; OJO, 2015; DIPASQUALE *et al*., 2018; GRAMLICH *et al*., 2018; CORDERO *et al*., 2019; JOHNSON *et al*., 2019; MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020).

Devido ao aumento da frequência de usuários em TNED, principalmente nos últimos vinte anos (SALOMON-ZABAN; GARBI-NOVAES, 2009; SILVA; SILVEIRA, 2014; MAZUR *et al*., 2019), essa modalidade vem sendo discutida no Ministério da Saúde desde 2012 e culminou na publicação do Caderno de Atenção Domiciliar volume 3 (CAD 3) – Cuidados em Terapia Nutricional. O CAD 3 dispõe de orientações básicas de gestão e cuidados em Terapia Nutricional em Domicílio e objetiva apoiar as equipes de AB e de AD, bem como gestores do SUS, para a organização e oferta dos cuidados para indivíduos em TNED. Portanto, a atenção à saúde e a atenção nutricional no domicílio, incluindo a TNED, são estimuladas no SUS no processo de trabalho das equipes de AB e de AD, como parte da oferta de cuidados em rede (BRASIL, 2015a).

Assim, as NEA, incluindo a TNED, constituem demandas para a atenção nutricional no SUS e são orientadas pelas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com vistas à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (BRASIL, 2006a, 2013b). Considerando que as NEA e a TNED são mais frequentes em crianças e idosos, a integração de elementos da PNAN com elementos de políticas públicas voltadas a esses grupos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), podem favorecer a realização da SAN e do DHAA dos usuários em TNED (BRASIL, 1994, 2006b, 2015b).

Para verificar o efeito das políticas públicas, faz-se necessário realizar o seu monitoramento e avaliação. A avaliação deve ser uma parte regular do processo político e, por isso, não está associada apenas com o momento final do ciclo da política, sua conclusão ou redefinição, pois está focada nos resultados intencionais e nas consequências não intencionais da política (JANN; WEGRICH, 2007). Os impactos gerados por uma política pública se referem à perspectiva da avaliação posteriori ou *ex post*, tratando-se da eficiência externa da ação pública, analisando sua função de produção (MENY; THOENIG, 1992b; CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997).

Nos serviços ou programas de saúde, considera-se que a avaliação é, também, um instrumento ou ferramenta de gestão, dirigida para todos aqueles que tomam decisões, realizada por meio da análise das relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 1997; TANAKA; MELO, 2008). Então, os sistemas de avaliação de políticas públicas são adotados para o controle da gestão pública. A sua descentralização, bem como o fortalecimento dos governos locais, contribuiu para a transparência das ações governamentais e do sistema político, com indução e motivação para níveis maiores de participação democrática. Nesse contexto, avaliação de políticas públicas soma-se como instrumento de participação social (ALMEIDA; PAULA, 2014).

Considera-se que a visão de participação como participação social está ligada diretamente à sua concepção como parte do processo de democratização do Estado e como componente essencial para a construção da cidadania, fortalecimento da sociedade civil e a preservação do direito universal à saúde.

Destaca-se que tanto a universalidade quanto a participação da comunidade são princípios do SUS (BRASIL, 1990a; TEIXEIRA *et al*., 2009).

O controle social em saúde e participação da comunidade correspondem a um dos princípios do SUS (BRASIL, 1990a), contando com instâncias colegiadas, sendo elas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b). O controle social também é mencionado na portaria que regulamenta a AD, que recomenda a utilização de indicadores específicos para monitoramento e avaliação do SAD - PMC. O ente federativo deve comprovar a aplicação dos recursos financeiros destinados à AD por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) (BRASIL, 2016a).

Ainda, de acordo com a PNAN, os Conselhos e as Conferências de Saúde são considerados espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS, em que a participação e o controle social apresentam-se como uma das suas diretrizes (BRASIL, 2013b). Assim, tem-se normatizada a participação da sociedade na TNED, uma vez que constitui modalidade terapêutica inserida na atenção nutricional realizada no âmbito do SUS, em domicílio.

A participação social pode ser executada nos Conselhos de Saúde, em que os representantes dos segmentos de usuários, de trabalhadores de saúde e de gestores e prestadores de serviços de saúde participam da elaboração das políticas, discutem programas, ações e alocação de recursos do orçamento, atuam no monitoramento e acompanhamento das ações e programas, exercendo o papel de fiscal das ações do governo, e realizam deliberação, aprovando ou não as prestações de contas das instâncias de governo (LIPORONI, 2017).

Na prática, observa-se que os atores governamentais, gestores e prestadores de serviços são os mais atuantes no processo deliberativo comparado aos demais segmentos da democracia participativa. Portanto, a forma como os atores da sociedade civil combinam ou articulam suas várias frentes de atuação e o quanto valorizam a participação em espaços como os conselhos devem ser investigados (TATAGIBA, 2005).

Para executar as competências no Conselho de Saúde, informações acerca das necessidades de saúde da população, da aplicação dos recursos financeiros, de dados para monitorar e avaliar os serviços são fundamentais (BRASIL, 2014a). Para monitoramento e avaliação do SAD – PMC, é recomendada a utilização de indicadores específicos (BRASIL, 2016a, 2016b). Contudo, o sistema de informação

quanto à AD no Brasil é limitado, principalmente no que se refere ao volume de cuidado domiciliar que é prestado pelas equipes da AB, pois, até o momento não é registrado em sistema de forma específica. Assim, o registro que é realizado se refere às visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde para ações diversas junto aos usuários cadastrados (RAJÃO; MARTINS, 2020; SISAB, 2021a, 2021b).

Entretanto, reforça-se a necessidade de acompanhamento e monitoramento da evolução dessa modalidade de cuidados, bem como das barreiras para sua expansão, tanto em abrangência territorial, quanto em relação à sua inserção e consolidação nas RAS. Ainda, é importante considerar a desigualdade regional no cenário geográfico brasileiro relacionadas ao SUS, as quais impactam na AD, visto que apesar da existência do PMC que orienta a prestação dessa modalidade de cuidado, a sua implementação encontra-se restrita a algumas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. O Ministério da Saúde, por sua vez, opera com a lógica homogeneizadora, desconsiderando as especificidades locorregionais e fazendo uso de regras de financiamento com forte poder indutor (CECILIO; REIS, 2018; RAJÃO; MARTINS, 2020).

Nesse contexto, o incentivo financeiro para manutenção do SAD repassado do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado está condicionado a critérios estabelecidos em Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a). Ainda, considerando que a AD 1 é de responsabilidade das equipes de AB, à União cabe repassar, 15%, no mínimo, do seu orçamento aos municípios, segundo o critério populacional, para aplicação nesse ponto de atenção à saúde (BRASIL, 2000, 2014a).

Contudo, o financiamento do SUS nos municípios está ameaçado pela Emenda Constitucional n.º 95/2016, que limita os gastos do governo federal para os próximos vinte anos (BRASIL, 2016c; MARIANO, 2017). Ainda, a partir de 2016, tem-se observado menor permeabilidade governamental à participação da sociedade, que impacta na formulação, no acompanhamento e na avaliação de políticas, programas e ações, bem como na fiscalização da aplicação dos recursos e da prestação de contas (LIPORONI, 2017; TEMOTEO-DA-SILVA; LIMA, 2022). Nesse contexto, a atuação do controle social nos programas e ações voltados à AD e à TNED na AD no âmbito do SUS pode ser afetada.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar o desenho e a integração das políticas públicas e programas voltados à Terapia Nutricional Enteral em Domicílio na Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, considerando diferentes aspectos e cenários brasileiros.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar as produções científicas desenvolvidas sobre Atenção Domiciliar integrada às Redes de Atenção à Saúde, o alcance das diretrizes que norteiam essa modalidade de cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde e os instrumentos e ferramentas utilizados para seu monitoramento e avaliação;
- Verificar a contribuição de elementos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, da Política Nacional do Idoso, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para formulação e implementação de programas estaduais e municipais voltados para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio;
- Verificar se políticas públicas nacionais e programas municipais apresentam elementos que contribuem para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio e propor a integração desses elementos;
- Analisar as manifestações acerca da Terapia Nutricional Enteral em Domicílio na Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde em instância de participação social das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

1.2 JUSTIFICATIVA

A AD é complementar à atenção à saúde no SUS e está integrada nas RAS. A organização da AD em três modalidades visa atender ao perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, apresentando vantagens para o sistema de

saúde e usuários. Os usuários em AD, por sua vez, apresentam necessidades singulares, como de acompanhamento nutricional devido à indicação de TNED. No contexto do cuidado em TNED, elementos de diferentes políticas públicas e programas podem contribuir para a garantia da SAN e efetivação do DHAA (BRASIL, 2015a, 2016a, 2021a; BRAGA *et al*., 2016; PROCÓPIO *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020; RAJÃO; MARTINS, 2020, BERTAGNOLI *et al*., 2021).

Nesse sentido, estando a AD integrada às RAS no âmbito do SUS, a participação é componente das diretrizes que orientam essa modalidade de cuidado, bem como de atenção nutricional (BRASIL, 2013b; 2016a). Considerando as especificidades da AD, pressupõe-se a interação de diferentes atores: o usuário, o cuidador, o trabalhador da saúde e os gestores e prestadores de serviços de saúde (RAJÃO; MARTINS, 2020; REIS *et al*., 2021).

Esses atores interagem em diferentes ambientes e instituições, entre os quais destacam-se os Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas que concretizam a participação/controle social no SUS. Nos Conselhos de Saúde, os representantes dos diferentes segmentos atuam na formulação, no acompanhamento e na avaliação de políticas, programas e ações, realizando, também, a fiscalização da aplicação dos recursos e da prestação de contas. Para execução dessas competências, informações referentes aos programas e serviços são importantes. Contudo, no Brasil, o registro das ações da AD é limitado e não considera as desigualdades regionais (BRASIL, 1990b, 2014a; LIPORONI, 2017; RAJÃO; MARTINS, 2020).

Além disso, pessoas que pertencem a grupos específicos, como os usuários em AD e em TNED na AD no âmbito do SUS, bem como seus familiares e cuidadores, podem apresentar dificuldade para participar de instâncias como os Conselhos de Saúde, o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa e incluir suas demandas em reuniões. Por isso, devem ser representados por cidadãos, organizações e entidades que incluam e defendam suas questões na pauta dos conselhos. A participação da comunidade, trabalhadores da saúde e gestores é de onde mais se pode esperar vir a defesa dos direitos desses usuários.

Nesse sentido, as questões referentes à AD e à TNED na AD no âmbito do SUS podem ser manifestadas por representantes de diferentes segmentos, expressando interesses que podem tanto representar as necessidades de saúde dos

usuários quanto questões relacionadas aos trabalhadores de saúde e aos gestores e prestadores de serviços de saúde. As manifestações podem interferir de diferentes formas na tomada de decisões, na formulação, no acompanhamento, na avaliação e na fiscalização de políticas, programas, serviços e ações voltados à AD e à TNED na AD no âmbito do SUS.

Dessa forma, embora a produção científica acerca da participação em Conselhos de Saúde tenha apresentado aumento gradativo entre 1990 e 2017 (SILVA; LIMA, 2021), até o momento, não foram identificadas publicação que abordem a participação social acerca da AD e a TNED na AD no âmbito do SUS. Portanto, considerando o exposto, a realização deste estudo justifica-se pela contribuição que trará na produção do conhecimento científico acerca do tema, em especial para a lacuna referente à participação e controle social na tomada de decisões, na formulação, no acompanhamento, na avaliação e na fiscalização das políticas públicas, programas, serviços e ações de AD e de TNED na AD no âmbito do SUS.

Além disso, espera-se possibilitar reflexão crítica acerca do respeito às diretrizes que orientam essa modalidade de cuidado no cenário brasileiro. Ainda, demonstrando se há possibilidade de integração de elementos de políticas públicas, intenciona-se apoiar a (re)formulação dos programas e serviços voltados à TNED na AD no âmbito do SUS, com vistas a atender às necessidades dos usuários. A atenção às necessidades, pretende-se concretizar, também, a partir das manifestações de diferentes segmentos nos Conselhos de Saúde, que representem as demandas desses usuários, suas famílias e cuidadores.

2 MARCO TEÓRICO: CONCEITOS E LEGISLAÇÃO

Esta seção é constituída por três subseções, as quais abordam conceitos e a legislação pertinente à AD integrada às RAS no âmbito do SUS, à TNED na AD, bem como à vulnerabilidade dos usuários em TNED e à democracia participativa (participação da comunidade na gestão do SUS).

2.1 ATENÇÃO DOMICILIAR INTEGRADA ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é uma política pública do Estado brasileiro, regulamentada pela Lei n.º 8.080 e 8.142/1990, com vistas a garantir o direito fundamental à saúde. O direito à saúde é concretizado por meio de um conjunto de políticas econômicas e sociais que objetivam reduzir riscos de doenças e agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse contexto, o SUS, público, universal e descentralizado, obedece, ainda, aos princípios da equidade, da integralidade, capacidade de resolução em todos os pontos de atenção à saúde das RAS e da participação da comunidade (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b, 2010a; PAIM, 2013; SANTOS, 2013).

As ações e serviços realizados no âmbito do SUS estão previstos nas RAS, para promover o acesso, a eficácia clínica e sanitária, o cuidado multiprofissional e a eficiência econômica (BRASIL, 1990a, 2010a; PAIM, 2013). A racionalização orçamentária em saúde deve priorizar a qualidade na assistência e, como opção, encontra-se a AD, um conjunto de atividades assistenciais, sanitárias e sociais que são desenvolvidas no domicílio, mas que está integrado às RAS. Portanto, na esfera do SUS, a assistência domiciliar é modalidade de cuidado em saúde regulamentada por lei. Nesse sentido, o estabelecimento e a regulamentação do atendimento domiciliar e da internação domiciliar no SUS ocorreram em 2002, por meio da Lei nº 10.424, a qual acrescentou um capítulo e um artigo à Lei no 8.080/1990 (BRASIL, 1988, 1990a, 2002, 2010a; RAMALLO; MARTÍNEZ; GARCÍA, 2002).

A AD, por sua vez, foi instituída no país pela Portaria n° 2.029, de 24 de agosto de 2011, e alterada pelas Portarias n° 2.527 de 27 de outubro de 2011 e n° 1.533, de 16 de julho de 2012. Em 2013, a AD foi redefinida pela Portaria n° 963 de

27 de maio de 2013. Desde 2016, a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 rege a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a, 2011b, 2013a, 2016a). A AD é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016a). A AD é definida na Portaria nº 825/2016 como:

> Modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016a).

Integrada às RAS, a AD é modalidade complementar à atenção à saúde no SUS e considerada como espaço singular de saúde, uma potência para a produção do cuidado e para o processo de trabalho em saúde, uma vez que possibilita reinventar as relações entre usuários, cuidadores e equipe de saúde em diferentes contextos (PROCÓPIO *et al*., 2019). A AD pode ser utilizada como uma ferramenta para a reorganização do sistema de saúde, para a prevenção de agravos e para a promoção da saúde (SOUSA; SOUSA, 2019).

O objetivo da AD é reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na AB, na atenção especializada (AE) hospitalar e ambulatorial e nos serviços de urgência e emergência, a fim de reduzir a demanda por atendimento nos hospitais e o período de hospitalização. A AD possibilita ao usuário se beneficiar com o cuidado prestado por meio de tecnologias leves e leve-duras, com o potencial terapêutico da permanência no ambiente familiar, com as possibilidades de ações e com a diminuição dos riscos de infecção hospitalar (BRASIL, 2012a).

A AD é indicada para indivíduos clinicamente estáveis, mas que apresentam algum grau de vulnerabilidade e necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, de maneira temporária ou definitiva (BRASIL, 2016a). Assim, a organização da AD como modalidade de cuidado é justificada pelos seus benefícios às pessoas com diferentes condições e agravos, como doenças crônicas, em cuidados paliativos, incluindo no fim de vida, e em pós-operatório (NATIONAL ACADEMIES PRESS, 2015; CASTELI *et al*., 2020; SHEPPERD *et al*., 2016, 2021).

As diretrizes da AD orientam para a sua estruturação na perspectiva das RAS, tendo a AB como ordenadora do cuidado, e estão de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da

assistência. Ainda, a orientação da AD é voltada para a sua articulação com os outros pontos de atenção à saúde e a intersetorialidade, para inserção nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas baseadas nas necessidades do usuário, para adoção de modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares e para o estímulo a participação ativa de profissionais de saúde, usuário, família e cuidador (BRASIL, 2012a, 2016b).

A organização da AD acorre em três modalidades (AD 1, AD 2 e AD 3), definidas com base nas necessidades de cuidado específicos de cada caso, em relação à frequência indicada das visitas ao domicílio, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. O usuário elegível para AD 1 requer cuidados com menor periodicidade e menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que apresenta estabilidade e os cuidadores são capazes de prover cuidados satisfatórios. Assim, prestação da assistência à saúde na AD 1 é de responsabilidade das equipes de AB e destina-se aos usuários que apresentam problemas de saúde crônicos, controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade de se deslocarem até uma Unidade de Saúde (US). Inserida na AB, a AD é uma forma de atenção à saúde que objetiva garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012a, 2016b).

Portanto, a elegibilidade e indicação da modalidade de AD dependem da condição clínica e necessidades de cuidado do usuário (BRASIL, 2016a). No Brasil, a maior proporção de usuários em AD é de idosos com idade superior a 70 anos, em todas as modalidades de AD, mas identifica-se que usuários de todas as faixas etárias, com diferentes necessidades de saúde, têm sido atendidos pelas equipes AD (BRAGA *et al*., 2016; RAJÃO; MARTINS, 2020; REIS *et al*., 2021).

Na Tabela 1, encontram-se as informações acerca do quantitativo de EMAD e EMAP habilitadas segundo cadastro municipal das capitais brasileiras em 2016. Considerando os critérios de elegibilidade referentes ao número de habitantes, todas as capitais das Unidades Federativas e no Distrito Federal estão aptas a solicitar cadastro no SAD - PMC. Das 26 capitais brasileiras, nove não apresentavam equipes do SAD em 2016 (BRASIL, 2016a).

Mesmo em municípios em que não há habilitação de equipes do SAD, a AD pode ser executada por meio da modalidade 1 (BRASIL, 2016a). Tratando-se da AB, como um indicativo de AD, destaca-se o quantitativo de visitas domiciliares realizadas por trabalhadores de saúde de profissões cadastradas no Sistema de

Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) nas capitais brasileiras no terceiro quadrimestre de 2020. Para os municípios Florianópolis e Campo Grande, não foram identificados registros no período analisado (TABELA 2) (SISAB, 2021b).

TABELA 1 – QUANTITATIVO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR E DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO HABILITADAS COM CADASTRO MUNICIPAL NAS CAPITAIS ESTADUAIS E NO DISTRITO FEDERAL EM 2016

CAPITAL (UF)	EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR	EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO
Porto Alegre (RS)	9	1
Florianópolis (SC)	0	0
Curitiba (PR)	10	3
São Paulo (SP)	28	10
Rio de Janeiro (RJ)	11	4
Vitória (ES)	0	0
Belo Horizonte (MG)	12	1
Campo Grande (MS)	3	1
Goiânia (GO)	8	3
Cuiabá (MT)	0	0
Distrito Federal	13	5
Salvador (BA)	5	2
Aracaju (SE)	0	0
Maceió (AL)	7	2
Recife (PE)	9	3
João Pessoa (PB)	7	3
Natal (RN)	0	0
Fortaleza (CE)	0	0
Teresina (PI)	1	0
São Luís (MA)	3	1
Rio Branco (AC)	0	0
Macapá (AP)	3	1
Manaus (AM)	9	3
Belém (PA)	1	1
Porto Velho (RO)	4	2
Boa vista (RR)	0	0
Palmas (TO)	0	0

FONTE: Brasil (2016a).

Os fundamentos da AD realizada na AB são: abordagem integral à família, consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador, trabalho em equipe e interdisciplinaridade e estímulo a redes de solidariedade. Assim, esse recorte da AD ocorre no âmbito da AB, inserindo-se no processo de trabalho das equipes de saúde, incluindo as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), que

são responsáveis pela prestação da assistência à saúde de usuários na modalidade AD 1, com apoio dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e AB (Nasf-AB), ambulatórios de especialidades e de reabilitação e da EMAD de sua área para elaboração compartilhada do projeto terapêutico de usuários que se enquadram na AD 2 e AD 3, que compõe o SAD (BRASIL, 1990a, 2012a, 2016b, 2017).

TABELA 2 – CADASTROS INDIVIDUAIS NA ATENÇÃO BÁSICA E VISITAS DOMICILIARES NO 3º QUADRIMESTRE DE 2020 DE ACORDO COM A CAPITAL DA UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL

CAPITAL (UF)	QUANTITATIVO DE CADASTROS INDIVIDUAIS	PROPORÇÃO (%) DE INDIVÍDUOS CADASTRADOS CONSIDERANDO A POPULAÇÃO TOTAL	QUANTITATIVO DE VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DA SAUDE DA ATENÇÃO BÁSICA
Porto Alegre (RS)	780.654	52,5	66.678
Florianópolis (SC)	327.498	64,4	Não disponível
Curitiba (PR)	1.459.383	74,9	104.356
São Paulo (SP)	4.396.676	35,7	2.792.232
Rio de Janeiro (RJ)	4.251.038	63,0	902.234
Vitória (ES)	204.145	55,8	27.350
Belo Horizonte (MG)	2.445.192	97,0	2.939.250
Campo Grande (MS)	532.293	58,7	Não disponível
Goiânia (GO)	534.492	34,8	1.205.902
Cuiabá (MT)	327.279	52,9	145.980
Distrito Federal	1.306.620	42,8	55.699
Salvador (BA)	1.481.594	51,3	785.665
Aracaju (SE)	370.296	55,7	56.589
Maceió (AL)	261.882	25,5	324.491
Recife (PE)	730.756	44,2	276.348
João Pessoa (PB)	396.848	48,5	219.445
Natal (RN)	323.221	36,3	127.327
Fortaleza (CE)	1.517.485	56,5	834.770
Teresina (PI)	687.069	79,1	360.243
São Luís (MA)	430.954	38,9	212.515
Rio Branco (AC)	210.394	50,9	49.904
Macapá (AP)	103.945	20,3	112.212
Manaus (AM)	1.041.041	46,9	382.589
Belém (PA)	160.844	10,7	162.871
Porto Velho (RO)	262.320	48,6	106.130
Boa vista (RR)	237.535	56,6	92.842
Palmas (TO)	279.181	91,1	15.852

FONTE: Adaptado de SISAB (2021a, 2021b).

Na modalidade AD 1, a equipe da AB deve elaborar um plano de cuidados/projeto terapêutico para cada usuário e realizar visitas domiciliares regulares. Reuniões dos profissionais da saúde com todos os membros da família envolvidos no cuidado domiciliar são recomendadas para planejamento das ações a serem desenvolvidas, bem como para avaliação das ações já realizadas, considerando o planejamento sistematizado previamente. Ainda, reuniões periódicas dos profissionais de saúde também são indicadas, para discussões clínicas e reprogramações de condutas (BRASIL, 2012a, 2016b).

No que se refere à AD 2, os usuários elegíveis para essa modalidade apresentam afecções agudas ou crônicas agudizadas, bem como crônico-degenerativas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais devido ao comprometimento causado pela doença. Ainda, para a AD 2 são incluídos os usuários em cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal e crianças prematuras e com baixo peso. Usuários com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2 podem ser elegíveis para a modalidade AD 3. Dessa forma, será incluído em AD 3 quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016a).

A AD 2 e a AD 3 são realizadas por EMAD (tipo 1 e tipo 2) e EMAP. A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, sendo a tipo 1 e a tipo 2 compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais e auxiliares ou técnicos de enfermagem, com variações quanto à carga horária semanal e número de profissionais, o que diferencia as equipes. A EMAP apresenta composição mínima de três profissionais de nível superior, atuando por 20 horas/semanais ou mais. A soma da carga horária semanal de seus componentes corresponde a, no mínimo, 90 horas. Os profissionais que podem compor a EMAP são: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016a).

As EMAD e EMAP do SAD devem se relacionar com as demais equipes dos serviços de saúde que compõe a RAS, especialmente da AB, compartilhando o cuidado (BRASIL, 2016a). Destaca-se que a maioria dos usuários está sob cobertura exclusiva das equipes que praticam a AD 1. Porém, essa modalidade de atenção no domicílio pode estar negligenciada e ameaçada por uma demanda de

cuidados que extrapola a capacidade de atendimento das equipes da AB. Ao considerar a AD 1 como de responsabilidade das equipes da AB, reconhece-se a sua atuação como um eixo fundamental, com a possibilidade de serem complementadas pela EMAD quando as demandas dos usuários superam a capacidade de resposta das equipes de AB. O cenário de cuidados realizados nos domicílios pelas equipes de AB ainda é pouco explorado pela pesquisa (SAVASSI, 2016), sendo necessário fortalecer o monitoramento e avaliação da AD realizada no SUS.

Os fluxos para descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação, devem ser assegurados. O monitoramento e a avaliação do SAD – PMC e da modalidade AD 1, por meio de registro, sistematização e análise das informações produzidas, são importantes para a gestão do processo de trabalho, pois refletem na prática das equipes, demonstram a efetividade e o impacto da política, apontam fragilidades e potencialidades da AD e revelam questões para o planejamento de ações considerando as necessidades do usuário (BRASIL, 2016a, 2016b).

Essas informações subsidiam a tomada de decisão dos gestores e asseguram a prestação de contas à sociedade. O repasse de incentivos financeiros de custeio para manutenção do SAD do ente federal para estados (também denominados Unidades Federativas), municípios e Distrito Federal depende de recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD, de habilitação com o quantitativo de equipes que comporão o SAD e de inclusão da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2016a, 2016b).

Portanto, o Ministério da Saúde é o responsável pelo monitoramento das situações descritas, o que não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2016a, 2016b). Os relatórios de gestão devem ser analisados, discutidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde no exercício de suas atribuições no processo de fiscalização, avaliação e controle das despesas com ações e serviços públicos de saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 2014a).

2.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO: VULNERABILIDADE DOS USUÁRIOS

Entre os determinantes sociais de saúde, destaca-se a alimentação, entre outros motivos, por sua influência no aumento ou redução de risco para doenças e agravos. Desse modo, alimentação é, concomitantemente, direito garantido na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e um dos determinantes da saúde, que é também direito constitucional (BRASIL, 1988, 2006a, 2010b; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A CRFB determinou, em 1988, que cabe ao Estado assegurar o direito à saúde. Em 2010, a Emenda Constitucional nº 64, alterou o artigo 6º da carta magna, introduzindo a alimentação como direito social (BRASIL, 1988, 2010b).

A alimentação deve ser adequada ao contexto e às condições culturais, sociais, econômicas, climáticas e ecológicas de cada pessoa, etnia, cultura ou grupo social. O Estado brasileiro, por sua vez, tem as obrigações de respeitar, proteger, promover e prover a alimentação da população para garantir da realização do DHAA (BRASIL, 2006a; LEÃO, 2013), incluindo das pessoas com NEA.

As NEA ocorrem devido à mudança metabólica ou fisiológica, a qual pode ser temporária ou definitiva, levando a alterações relacionadas ao uso biológico de nutrientes ou à via de consumo alimentar, com a indicação de TN. Para garantir a SAN, o direito à saúde deve ser respeitado e concretizado, bem como é necessário assegurar a SAN para a efetivação do DHAA (BRASIL, 2006a, 2013b, 2015a; ALVES; JAIME, 2014; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

No âmbito do SUS, à direção nacional compete formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição e é competência da direção estadual a coordenação, em caráter complementar, e a execução das ações e dos serviços de alimentação e nutrição. Quanto à direção municipal do SUS, cabe executar serviços de alimentação e nutrição (BRASIL, 1990a).

Os cuidados às NEA na esfera do SUS são orientados e organizados pela PNAN, por meio da oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição. A PNAN apresenta diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional e da participação da comunidade e controle social, guiando a oferta dos cuidados para atenção às NEA e o alcance da SAN e o acompanhamento, a fiscalização, o

monitoramento e a avaliação das ações de alimentação e nutrição na esfera do SUS, respectivamente (BRASIL, 2013b, 2015a; ALVES; JAIME, 2014).

O DHAA é definido como:

> Direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (BRASIL, 2013b).

O DHAA de pessoas com NEA pode ser alcançado por meio da TN, que consiste de procedimentos terapêuticos para manter ou recuperar o estado nutricional. A indicação de TN pode ser realizada em todos os pontos da atenção à saúde das RAS, como a AB e a AE. A doença, a condição clínica e nutricional e os objetivos da TN são importantes fatores para determinação do ponto das RAS em que a TN será realizada, incluindo o domicílio. Dessa forma, a necessidade de acompanhamento nutricional é considerada uma das condições de elegibilidade do usuário na AD (BRASIL, 2016b, 2021b; THIEME; SCHIEFERDECKER, 2019).

Embora a TN apresente custo elevado devido às fórmulas nutricionais comerciais e equipe de suporte nutricional, mantê-la em ambiente hospitalar tem custos superiores ao da Terapia Nutricional em Domicílio (PUNTIS, 2001; KLEK *et al.*, 2014; BRASIL, 2021b). No ambiente domiciliar, uma das modalidades de TN realizada é a nutrição enteral. O objetivo da TNED é melhorar ou manter o estado nutricional e a capacidade funcional, bem como aumentar a qualidade de vida e garantir o DHAA da pessoa em TNED. A TNED é indicada a pessoas em risco nutricional ou desnutridas que estão impossibilitadas de terem suas necessidades nutricionais alcançadas pela ingestão alimentar normal, mas que possuem trato gastrointestinal funcionante e podem receber cuidados de saúde fora de um ambiente de tratamento agudo, como o hospital (MAZUR *et al.*, 2014; BRASIL, 2015a; BISCHOFF *et al.*, 2020).

Em diversos países foi observado aumento da frequência de TNED nos últimos vinte anos (OJO, 2015; GRAMLICH *et al.*, 2018; BISCHOFF *et al.*, 2020). No Brasil, também foi observado que a recomendação da TNED se tornou mais frequente na última década. Contudo, a prevalência e a incidência da TNED no cenário brasileiro são desconhecidas devido à não obrigatoriedade e não padronização do seu registro. Os estudos relacionados à TNED no Brasil são

poucos e apresentam foco local ou municipal (SALOMON-ZABAN; GARBI-NOVAES, 2009; SILVA; SILVEIRA, 2014; PINHEIRO; GOMES; OLIVEIRA, 2019). Em uma pesquisa retrospectiva realizada em uma capital no Sul do Brasil, foi verificado aumento de 425% na frequência de TNED entre 2006 e 2015 em programa municipal voltado à atenção às NEA (MAZUR *et al*., 2019).

Para crianças, recomenda-se a TNED, sobretudo, devido a distúrbios da deglutição, originados principalmente de doenças neurológicas, e por ganho de peso não suficiente relacionado a condições crônicas e determinado pelo não alcance das necessidades nutricionais pela alimentação via oral. Para as pessoas idosas, a indicação de TNED está associada ao aumento da prevalência de doenças crônicas, como câncer e acidente vascular cerebral. Portanto, as limitações funcionais e incapacidades causadas por essas doenças e agravos levam à recomendação de TNED para crianças e idosos com NEA (SILVA; SILVEIRA, 2014; OJO, 2015; DIPASQUALE *et al*., 2018; GRAMLICH *et al*., 2018; CORDERO *et al*., 2019; JOHNSON *et al*., 2019; MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020). Esses indivíduos apresentam-se em situação de vulnerabilidade e necessitam atenção integral à saúde. Nesse contexto, a integralidade do cuidado é alcançada à medida em que a atenção é realizada em todos os pontos das RAS do SUS.

Às crianças, o acesso integral às linhas de cuidado por intermédio do SUS é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), observando-se o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, o ECA define que o poder público tem a obrigação de fornecer medicamentos e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas (BRASIL, 1990c).

Em consideração às disposições do ECA, bem como outras legislações pertinentes à saúde da criança, a PNAISC no âmbito do SUS foi instituída em 2015. A PNAISC apresenta entre seus objetivos a promoção e a proteção da saúde da criança, mediante a integralidade do cuidado. Para sua efetivação, as ações de saúde devem estar articuladas, considerando todos os pontos de atenção das RAS. Tal articulação é especialmente importante às ações voltadas às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015b).

Destaca-se, também, a importância da articulação das ações voltadas às pessoas idosas nas RAS, devido a esse grupo da população apresentar-se

vulnerável. Por isso, desde a década de 1990, são formuladas políticas públicas especificamente destinadas aos idosos. Por exemplo, a PNI, que foi estabelecida com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, como à alimentação e à saúde (BRASIL, 1994). Ainda, no mesmo período, foi proposto o projeto inicial da lei que institui o Estatuto do Idoso, mas, tal lei foi sancionada posteriormente, em 2003 (BRASIL, 2003). Em seguida, em 2006, a PNSPI foi aprovada, apresentando como objetivo a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos idosos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

No âmbito do SUS, as pessoas idosas têm a atenção integral à saúde assegurada pelo Estatuto do Idoso, garantindo o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam os idosos mais frequentemente. Assim, a efetivação do direito à saúde, bem como à alimentação das pessoas idosas por meio da formulação e execução de políticas públicas específicas é dever do Estado, junto à família e à sociedade (BRASIL, 2003, 2013b).

Por sua vez, as políticas públicas voltadas às crianças e às pessoas idosas devem considerar que esses indivíduos podem apresentar fragilidade e dependência, bem como maior suscetibilidade a danos por possuírem desvantagens em relação aos outros grupos. Tal situação de vulnerabilidade também pode estar relacionada à inexistência de políticas públicas voltadas para esses indivíduos com necessidades específicas. Dessa forma, as políticas públicas de saúde devem considerar a situação de vulnerabilidade, a qual pode estar relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, às necessidades de diversas ordens e ao estado de suscetibilidade a um risco em que essas pessoas se encontram, sendo importante assegurar a integralidade do cuidado em saúde. Devido à uma multiplicidade de fatores, as crianças e as pessoas idosas apresentam, portanto, maior vulnerabilidade, em que condições comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas interagem com os processos biológicos, como o envelhecimento e a presença de doença ou agravo que leve a limitações na mobilidade e na capacidade de realizar atividades de vida diária (BRASIL, 2003, 2015b; SIERRA; MESQUITA, 2006; SILVEIRA; NEVES, 2012; BARBOSA *et al*., 2017; CARMO; GUIZARDI; GUIZARDI, 2018; BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019).

2.3 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA: CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da década de 1970, diferentes setores da sociedade se mobilizaram e se engajaram em luta pela democratização do país. Com a Assembleia Nacional Constituinte, a participação popular na elaboração, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas ganhou institucionalidade. Nesse sentindo, a CRFB de 1988 prevê a criação de instâncias específicas com este fim, obrigatórias para setores em que existem fundos a serem geridos, como saúde. Esse controle da gestão pública exige a adoção de sistemas de avaliação das políticas públicas (BRASIL, 1988; CUNHA, 2007; FLEURY, 2009; MATEOS, 2011; ALMEIDA; PAULA, 2014).

Um movimento favorável à descentralização administrativa e política na país foi observado com o processo de (re)democratização do Brasil ocorrido na década de 1980 e uma das consequências desse processo foi a criação de inovações participativas com o objetivo de ampliar as características democráticas da relação entre Estado e sociedade (ALMEIDA; PAULA, 2014; VENTURA, 2016). Nesse período, a emergência de um tecido social formado a partir de um novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição e da organização de movimentos setoriais, como o Movimento Sanitário, foi canalizada para um reordenamento das políticas sociais com vistas a responder às demandas por maior inclusão social e equidade (FLEURY, 2009).

Nesse contexto, o projeto de reforma sanitária foi parte das lutas pela construção de um Estado democrático social. A CRFB consagrou o modelo que assegura os direitos relativos à saúde, à previdência e à seguridade social, com a afirmação de que é dever do Estado garanti-los. Ainda, introduziu a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania e originou o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde. Contudo, após a aprovação do SUS e da Lei Orgânica de Saúde, em 1990, mudanças econômicas, políticas e na esfera pública dificultaram a consolidação do sistema de seguridade social e a rápida e radical transformação do sistema de saúde tanto pela complexidade de sua implementação quanto por entrar em confronto com interesses econômicos de grupos altamente organizados (FLEURY, 2009; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; CARNUT; NARVAI, 2018).

Assim, a reforma democrática foi confrontada pela hegemonia do discurso liberal, pela predominância das deliberações econômicas – em conformidade com tal discurso – sobre as políticas e sobre a ordem constitucional e a propagação da reforma do Estado (FLEURY, 2009). Em meados da década de 1990, a participação democrática estava, em certa medida, alinhada à reforma do Estado no Brasil, implementada no componente *Governabilidade*, relacionado à capacidade política de governar (ALMEIDA; PAULA, 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A *Governabilidade* deriva da institucionalidade do Estado e das relações entre governo e sociedade, sendo necessário o aperfeiçoamento das instituições políticas no que se refere à responsabilização e ao controle social. Portanto, o componente *Governabilidade* trazia a questão do aprimoramento do controle social na reforma do Estado. Contudo, enfatizava-se a necessidade dos serviços públicos se apresentarem mais eficientes e eficazes, justificada pelo contexto de crise econômica e das novas relações entre o poder público e o mercado diante da ascensão do neoliberalismo como sistema econômico (ALMEIDA; PAULA, 2014; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Mas, pode-se questionar o sucesso do projeto da reforma do Estado de 1995, pois, um dos seus instrumentos, a descentralização culminou no empoderamento dos governos locais, a partir de sua autonomia política e administrativa. Por um lado, a descentralização oportuniza a desobrigação do governo federal em relação às políticas públicas de cunho social. Por outro lado, permitiu inovações, como a inclusão de novos atores e novos processos, e transparência das ações governamentais e do sistema político à medida que se organizou um espaço público, onde Estado e sociedade, encontram soluções acerca dos atos e decisões, impulsionando a motivação e indução a níveis mais altos de participação democrática (ALMEIDA; PAULA, 2014).

Dessa forma, ocorreu o redesenho das relações entre os entes federativos e a instituição de formas concretas de participação e controle sociais. Os sistemas de proteção social organizaram-se com vistas à adoção de rede descentralizada, integrada, com comando político único e um fundo de financiamento em cada esfera de governo, regionalizada e hierarquizada, com instâncias deliberativas que garantissem a participação paritária da sociedade organizada (FLEURY, 2009).

Ao longo dos anos 1990, firma-se a legalidade da participação da comunidade em conferências e se multiplicam os conselhos de políticas públicas,

com caráter deliberativo, consultivo ou normativo, constituídos por representantes do governo e da sociedade civil. Os conselhos de políticas constituem desenhos institucionais em que o poder é compartilhado e são implementados pelo próprio Estado, composto por representação mista de atores da sociedade civil e estatais (CUNHA, 2007; AVRITZER, 2008; MATEOS, 2011; CARNUT; NARVAI, 2018).

No setor de saúde, estabeleceram-se legislações complementares à Lei Orgânica de Saúde, agregando e reforçando novos atores governamentais (municipais, estaduais) e buscando constituir as instâncias e formas de controle social. Assim, a Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e instituí a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas (BRASIL, 1990b; MIRANDA, 2017).

A Conferência de Saúde ocorre a cada quatro anos com a representação de diferentes segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. O Conselho de Saúde, em todas as instâncias federativas, é composto por representantes do governo e prestadores de serviço privados conveniados, ou sem fins lucrativos, que ocupam 25% das vagas, profissionais da saúde, ocupando 25% das vagas, e usuários, os quais têm direito a 50% das vagas (BRASIL, 1990b, 2012b, 2013c).

Esse órgão colegiado apresenta caráter permanente e deliberativo, integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, realiza a revisão periódica dos planos de saúde, delibera sobre os programas de saúde e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (nacional, estadual ou municipal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b, 2012b, 2013c).

Portanto, o gestor do SUS em cada ente da Federação deve elaborar relatórios de gestão, que passam por análise e aprovação ou reprovação do Conselho de Saúde. Os percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente por estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde são definidos na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. A referida lei também institui as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas de governo. Os recursos são destinados às despesas consideradas para execução de ações e serviços de saúde voltados para a promoção, proteção e recuperação da

saúde que atendam aos princípios do SUS, que sejam de responsabilidade específica do setor saúde e que estejam em conformidade com os objetivos e metas do plano de saúde (BRASIL, 1990b, 2012b, 2012c, 2013c).

O plano de saúde deve ser analisado e aprovado pelos membros do Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b, 2012b, 2012c, 2013c). Assim, por meio dessa instância de participação social, a comunidade ali representada verifica os compromissos do governo para o setor saúde e se a atenção à saúde atende às necessidades da população (BRASIL, 2015d). A partir das necessidades dos usuários, deve-se, portanto, organizar a atenção nutricional no âmbito do SUS. Desse modo, é necessário que as ações de alimentação e nutrição no SUS sejam incluídas e discutidas em Conselhos de Saúde, bem como em Conferências de Saúde, considerados espaços privilegiados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2012c, 2013b).

Os Conselhos de Saúde podem, portanto, avaliar a organização e o funcionamento do SUS, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, apreciar recursos a respeito de deliberações do conselho, nas suas respectivas instâncias, e examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades. O acesso a documentos e informações atualizadas sobre a ocorrência de irregularidades e acerca das políticas de saúde e da movimentação financeira dos recursos dessa área são fundamentais para que os conselheiros realizem suas atribuições. Entre as responsabilidades dos conselheiros, destaca-se a avaliação da implementação da política de saúde (BRASIL, 2012b, 2014a, 2015d).

A avaliação de políticas públicas se apresenta como instrumento de controle social, com preocupação referente aos desenhos das políticas e dos programas, bem como com seus resultados. A importância da avaliação justifica-se tanto como instrumento gerencial, com vistas a tomada de decisões e alocação de recursos, e de controle social, a partir de abordagens que enfatizam a análise do contexto social, econômico, político, cultural e organizacional, quanto de coordenação das políticas públicas, com o objetivo de melhorar as práticas governamentais, tornando-as transparentes à sociedade (ALMEIDA; PAULA, 2014).

A transparência é considerada um dos *bens democráticos* utilizados para avaliar as inovações democráticas, como os Conselhos de Saúde. As inovações democráticas são instituições políticas que foram especificamente estabelecidas

para aumentar e aprofundar a participação de cidadãos na tomada de decisões no processo ou ciclo de políticas. Para avaliação das inovações democráticas, além da transparência, pode-se considerar em que medida as instituições participativas efetivam outros três *bens democráticos*: inclusão (presença e voz), controle popular e julgamento ponderado (SMITH, 2009; ALMEIDA *et al*., 2021).

Conforme Smith (2009), a transparência está relacionada à capacidade de uma instituição proporcionar aos participantes e à sociedade o conhecimento do seu funcionamento e de suas ações. A inclusão, por sua vez, compreende as dimensões presença, relacionada com a maneira como as instituições democráticas possibilitam a participação ou a forma de seleção dos participantes, e voz, que diz respeito às manifestações e expressões de posicionamento ou demandas, ou seja, à abertura aos participantes para expor opiniões e às facilidades para que sejam escutados em igualdade. O poder dos participantes em influenciar a tomada de decisão política refere-se ao controle popular e a capacidade da instituição promover a compreensão dos participantes quanto a questões técnicas que estão sendo consideradas e quanto às perspectivas de outros cidadãos refere-se ao julgamento ponderado.

A efetivação dos *bens democráticos* pode ser utilizada para avaliação dos Conselhos de Saúde, visto que são inovações democráticas alinhadas com modalidades institucionais denominadas de instituições participativas, que objetivam ampliar os contornos participativos e deliberativos dos sistemas políticos contemporâneos (VENTURA, 2016; ALMEIDA *et al*., 2021). Ainda, a visibilidade do seu funcionamento ao público em geral, ou seja, transparência externa, é importante devido aos espaços participativos valerem-se de formas de representação, não operando exclusivamente pela ação direta de todos os interessados (SMITH, 2009; GASPARDO, 2018; PESSALI; GOMES, 2020).

Por isso, existem desafios para a concretização da democracia participativa associados à legitimidade e à efetividade, sendo uma das categorias identificadas a que se refere à representatividade (GASPARDO, 2018). Assim, os conselheiros são representantes do poder público e da sociedade civil capazes de exercer presença e voz, sendo necessário a consideração aos aspectos técnicos das matérias discutidas e às perspectivas e experiências de outros cidadãos (SMITH, 2009; PESSALI; GOMES, 2020).

3 METODOLOGIA

A presente tese apresenta-se com quatro capítulos integrados, seguido da seção final, com as considerações referentes ao conjunto de capítulos. Cada capítulo contém introdução, objetivos, método, resultados, discussão e considerações finais ou conclusão. Nos capítulos, estão apresentados uma revisão integrativa e três estudos de abordagem qualitativa, com vistas a avaliação do desenho de políticas públicas, bem como a sua integração.

O desenho de políticas públicas se refere tanto ao processo de formulação de alternativas de política quanto à descrição do seu conteúdo. As consequências sociais e políticas do desenho relacionam-se com a identidade social dos beneficiários e suas oportunidades de participação. Diversos elementos formam o desenho das políticas públicas, como objetivos a serem alcançados e problemas a serem resolvidos, regras de inclusão e exclusão, normas que fornecem legitimidade à política e a estrutura para sua implementação. Tais elementos devem exibir conexão lógica (SCHNEIDER; INGRAM, 1988; SCHNEIDER; INGRAM; DELEON, 2014; LIMA; AGUIAR; LUI, 2021).

Para a elaboração do primeiro capítulo, foi considera a definição de Soares *et al*. (2014) para revisão integrativa, referindo-se à reunião e síntese de resultados de investigações. A revisão integrativa possibilita integrar diferentes delineamentos de pesquisa e gerar novas abordagens e perspectivas acerca da temática revisada (SOARES *et al*., 2014). A partir dos aspectos verificados na revisão integrativa, foram desenvolvidos três estudos de abordagem qualitativa.

Por sua vez, a abordagem qualitativa foi utilizada por buscar descrever significados que são socialmente construídos, sendo rica em contexto e por enfatizar as interações (TANAKA; MELO, 2004). Nesse sentido, considera-se que o presente estudo se caracteriza como uma pesquisa social, que, conforme Minayo (1992), reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos específicos.

Na pesquisa social, é realizada a análise sistemática das questões de pesquisa por meio de métodos empíricos. Entre as suas finalidades, está a explanação ou a avaliação de uma intervenção ou instituição. A pesquisa social pode ser utilizada para verificar novas relações, coletando e analisando dados, e proporcionar conhecimento como uma base empiricamente fundamentada para

tomadas de decisão política, de gestão e práticas (FLICK, 2013). As técnicas de análise utilizadas em estudos de abordagem qualitativa são indutivas, orientadas pelo processo, e os resultados não são generalizáveis (TANAKA; MELO, 2004). Na pesquisa qualitativa, os participantes são escolhidos propositalmente, segundo a sua relevância. A amostragem intencional pode ser definida de acordo com a importância política e por expressarem um processo de desenvolvimento considerado longo (FLICK, 2013). Na presente tese, a determinação proposital dos participantes foi aplicada no capítulo quatro.

Ainda, os dados analisados não foram coletados especificamente para os referidos estudos, pois trata-se de análise de documentos. De acordo com Flick (2013), documentos oficiais permitem conclusões sobre o que seus autores ou as instituições que representam fazem ou pretendem fazer, ou como eles avaliam. Portanto, deve-se considerar quem produziu determinado documento e com que propósito (FLICK, 2013).

Os documentos são instrumentos frequentemente utilizados em estudos qualitativos. A pesquisa documental consiste em um procedimento que utiliza de técnicas para apreensão, compreensão e análise de documentos que não sofreram tratamento analítico ou que permitem reanálise buscando-se outras interpretações e considerando a dimensão do tempo à compreensão social (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). Para analisar os documentos, foi aplicada análise de conteúdo, um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa a obtenção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos referentes às condições de produção/recepção de mensagens. As técnicas utilizadas consideram os procedimentos sistemáticos (MINAYO, 1992).

Para o desenvolvimento dos estudos apresentados no terceiro e no quarto capítulos, foi utilizada a técnica de análise das relações, considerando a presença de coocorrências de elementos na mesma unidade. A sequência do procedimento foi: (a) escolha da palavra-chave e categorização por tema; (b) recorte de texto em fragmentos; (c) busca pela palavra-chave em cada fragmento de texto; (d) cálculo de coocorrências; (e) representação e interpretação dos resultados (MINAYO, 1992).

Os documentos analisados são considerados de acesso público e sua análise dispensa a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016 (CNS, 2016).

4 RESULTADOS

Na seção de resultados, estão apresentados os capítulos que correspondem aos estudos desenvolvidos para compor a presente tese, sendo: 1. Diretrizes e avaliação da Atenção Domiciliar integrada às Redes de Atenção à Saúde: uma revisão integrativa; 2. Políticas públicas e o direito à saúde e à alimentação de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio; 3. Idosos em Terapia Nutricional Enteral no Domicílio: integração das políticas públicas nacionais e programas municipais; e 4. Terapia Nutricional Enteral na Atenção Domiciliar: participação social nas capitais brasileiras. Cada capítulo está apresentado em seções, contendo introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão e considerações finais ou conclusão.

4.1 CAPÍTULO 1 - DIRETRIZES E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR INTEGRADA A REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

4.1.1 Introdução

A oferta da Atenção Domiciliar (AD) vem aumentando no cenário mundial devido, sobretudo, a questões demográficas, epidemiológicas, políticas e orçamentárias. A AD é considerada uma modalidade de cuidado em saúde e, apesar de existirem incertezas quanto à efetividade, ao impacto na redução da frequência de internação hospitalar, ao nível de satisfação dos usuários e aos menores custos para os sistemas de saúde decorrentes da AD, observa-se sua incorporação nas políticas públicas de saúde, como dispositivo ou ponto de atenção integrado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma complementar ou alternativa (NATIONAL ACADEMIES PRESS, 2015; BRASIL, 2016a, 2020a; CASTELI *et al*., 2020; SHEPPERD *et al*., 2016, 2021).

Assim, a AD como modalidade de cuidado é justificada pelos seus benefícios aos indivíduos com diferentes condições e agravos, como doenças crônicas, em cuidados paliativos, incluindo no fim de vida, e em pós-operatório (NATIONAL ACADEMIES PRESS, 2015; CASTELI *et al*., 2020; SHEPPERD *et al*., 2016, 2021). Por ser considerada espaço singular, a AD é uma potência para a produção do cuidado e para o processo de trabalho em saúde, pois possibilita

reinventar as relações entre usuários, cuidadores e equipe de saúde em diferentes contextos (PROCÓPIO *et al*., 2019).

No Brasil, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar são modalidades regulamentadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990a, 2002). Por sua vez, a instituição da AD no país ocorreu em 2011, em Portaria do Ministério da Saúde, passando por alterações e redefinições em 2013 e em 2016 (BRASIL, 2011a, 2011b, 2013a, 2016a). De acordo com Portaria n.º 825/2016, a AD está integrada às RAS, garantindo continuidade de cuidados em domicílio. Assim, a AD apresenta um conjunto de ações preventivas e de tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção da saúde (BRASIL, 1990a, 2012a, 2016a).

A indicação da AD é realizada para usuários com estabilidade clínica, mas que apresentam algum grau de vulnerabilidade e necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, de maneira temporária ou definitiva. Para tanto, a AD está organizada em três modalidades: AD 1, AD 2 e AD 3. Os usuários elegíveis para a AD 1 recebem assistência das equipes da Atenção Básica (AB), enquanto a AD 2 e a AD 3 são de responsabilidade de programa de atendimentos domiciliar especializado, como o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa (PMC) (BRASIL, 2016a, 2020b).

Entre 2012 e 2020, o SAD – PMC atendeu 285.181 indivíduos, em 595 municípios brasileiros. O programa complementa os cuidados realizados na AB e em serviços de urgência, sendo considerado substitutivo ou complementar à hospitalização e responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Para efetividade da AD, devem ser seguidas diretrizes, bem como são recomendados instrumentos e ferramentas para monitorar e avaliar essa modalidade de cuidado, com vistas a apontar fragilidades e potencialidades e revelar questões para o planejamento de ações e tomada de decisão (BRASIL, 2016a, 2016b, 2020a, 2020b). Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as produções científicas desenvolvidas sobre AD integrada às RAS, o alcance das diretrizes que norteiam essa modalidade de cuidado no âmbito do SUS e os instrumentos e ferramentas utilizados para seu monitoramento e avaliação.

4.1.2 Método

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual consiste em reunir e sintetizar resultados de investigações e permite a integração de diferentes delineamentos de pesquisa, sendo capaz de gerar novas abordagens e perspectivas acerca do assunto revisado (SOARES *et al*., 2014). Para preparação da revisão integrativa, foram consideradas seis fases do processo: 1. Elaboração da pergunta norteadora; 2. Busca ou amostragem na literatura; 3. Coleta de dados; 4. Análise crítica dos estudos incluídos; 5. Discussão dos resultados; e 6. Apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora foi construída com base na estratégia PICO, em que "P" (população) refere-se aos usuários em AD, ou pacientes domiciliares; "I" (intervenção) corresponde à AD; e "C" (comparação) e "O" (*outcome*, ou seja, desfecho) foram constituídos da integração da AD às RAS no SUS (ERIKSEN; FRANDSEN, 2018). Portanto, essa revisão foi norteada pela pergunta: com base na produção científica sobre a AD no Brasil, qual a avaliação acerca da sua integração às RAS no SUS, ao alcance das diretrizes que norteiam essa modalidade de cuidado e aos instrumentos e ferramentas utilizados para seu monitoramento e avaliação?

Foram considerados os instrumentos e ferramentas para monitoramento e avaliação da AD no âmbito do SUS, conforme o "Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa", e as diretrizes que orientam a AD. As diretrizes que a AD deve seguir são: I. Ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva das RAS; II. Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; III. Adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e IV. Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es) (BRASIL, 2016a, 2016b).

Os artigos foram identificados por meio de busca em bases de dados, realizada em setembro de 2020, para responder à pergunta norteadora. As bases de dados e biblioteca virtual utilizadas foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), consultada por meio do PubMed, Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

Os descritores foram definidos de acordo com a plataforma dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em suas representações em português e suas respectivas traduções para o inglês e espanhol, sendo eles: Assistência Domiciliar *(Home Nursing* e *Atención Domiciliaria de Salud*), Serviços de Assistência Domiciliar (*Home Care Services* e *Servicios de Atención de Salud a Domicilio*), Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care* e *Atención Primaria de Salud*), Visita Domiciliar (*House Calls* e *Visita Domiciliar*), Pacientes Domiciliares (*Homebound Persons* e *Personas Imposibilitadas*) e Brasil (*Brasil* e *Brazil*).

Para realização da busca dos artigos na base de dados LILACS e na biblioteca virtual SciELO, as combinações entre os descritores foram: “Pacientes Domiciliares” AND “Assistência Domiciliar” OR “Serviços de Assistência Domiciliar” e “Pacientes Domiciliares” AND “Atenção Primária à Saúde” OR “Visita Domiciliar”. Para realização da busca na base de dados MEDLINE, foi adicionado o descritor “Brasil”, sendo as combinações: “Pacientes Domiciliares” AND “Assistência Domiciliar” OR “Serviços de Assistência Domiciliar” AND “Brasil” e “Pacientes Domiciliares” AND “Atenção Primária à Saúde” OR “Visita Domiciliar” AND “Brasil” (TABELA 3).

TABELA 3 – BASES DE DADOS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

LILACS	
Busca realizada em setembro de 2020	“Personas Imposibilitadas” [palavras] AND “Atención Domiciliaria de Salud” [palavras] OR “Servicios de Atención de Salud a Domicilio” [palavras] “Personas Imposibilitadas” [palavras] AND “Atención Primaria de Salud” [palavras] OR “Visita Domiciliar” [palavras]
SciELO	
Busca realizada em setembro de 2020	“Pacientes Domiciliares” [Todos os índices] AND “Assistência Domiciliar” [Todos os índices] OR “Serviços de Assistência Domiciliar” [Todos os índices] “Pacientes Domiciliares” [Todos os índices] AND “Atenção Primária à Saúde” [Todos os índices] OR “Visita Domiciliar” [Todos os índices]
MEDLINE (via PubMed)	
Busca realizada em setembro de 2020	(((“Homebound Persons”) [all fields] AND (“Home Nursing”)) [all fields] OR (“Home Care Services”)) [all fields] AND Brazil [all fields]))) (((“Homebound Persons”) [all fields] AND (“Primary Health Care”)) [all fields] OR (“House Calls”)) [all fields] AND Brazil [all fields])))

FONTE: A autora (2022).

Ainda, para a busca, foram considerados todos os campos (a*ll fields* ou palavras ou todos os índices) disponíveis nas bases de dados e na biblioteca virtual.

Optou-se por utilizar o descritor “Pacientes Domiciliares” em todas as buscas devido à centralidade do usuário na AD integrada às RAS, em que, se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença, a AD potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 2012).

Incluíram-se artigos originais que abordassem a realidade brasileira da AD e que a publicação do texto completo estivesse disponível gratuitamente (*free full text, open access*), em português, inglês ou espanhol. Ainda, foram incluídos artigos publicados entre 2012 e 2019. A inclusão de artigos publicados a partir de 2012 justifica-se devido à definição da AD no âmbito do SUS pela Portaria nº 2.527/2011, e articulada por meio do PMC do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, 2012a). Ainda, foram incluídos artigos originais que apresentaram resultados derivados de dados coletados durante e após 2011.

Foram excluídos artigos de opinião, artigos de revisão, meta-análises, relatos de experiência, relatos de caso, protocolos, diretrizes, consensos, materiais de orientação, editoriais, carta aos editores, comentários, entrevistas, livros ou capítulos de livros publicados *online*, *e-books*, cadernos, cartilhas, legislação, dissertações de mestrado e teses de doutorado, além de artigos originais que retratasse a realidade da AD em país estrangeiro.

A seleção dos artigos foi realizada em duas fases. Na primeira fase, dois revisores treinados (RDT e JJO) realizaram a leitura e avaliação independente dos títulos e resumos das publicações identificadas nas bases de dados e biblioteca virtual, bem como selecionaram as publicações que correspondiam ao formato de texto válido, que apresentaram dados coletados em período posterior a 2011, que abordaram a realidade brasileira e que atenderam à questão norteadora. Nos casos de divergências entre os revisores sobre a inclusão dos artigos, foi considerada a opinião de um terceiro revisor. Portanto, na segunda fase, o terceiro revisor (EKAS) realizou a verificação sobre a inclusão final dos artigos que atenderam à questão norteadora.

O fluxo de informações nas diferentes fases da revisão, que correspondem à identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, foi elaborado de acordo com proposto por Moher *et al*. (2009), sugerido no PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

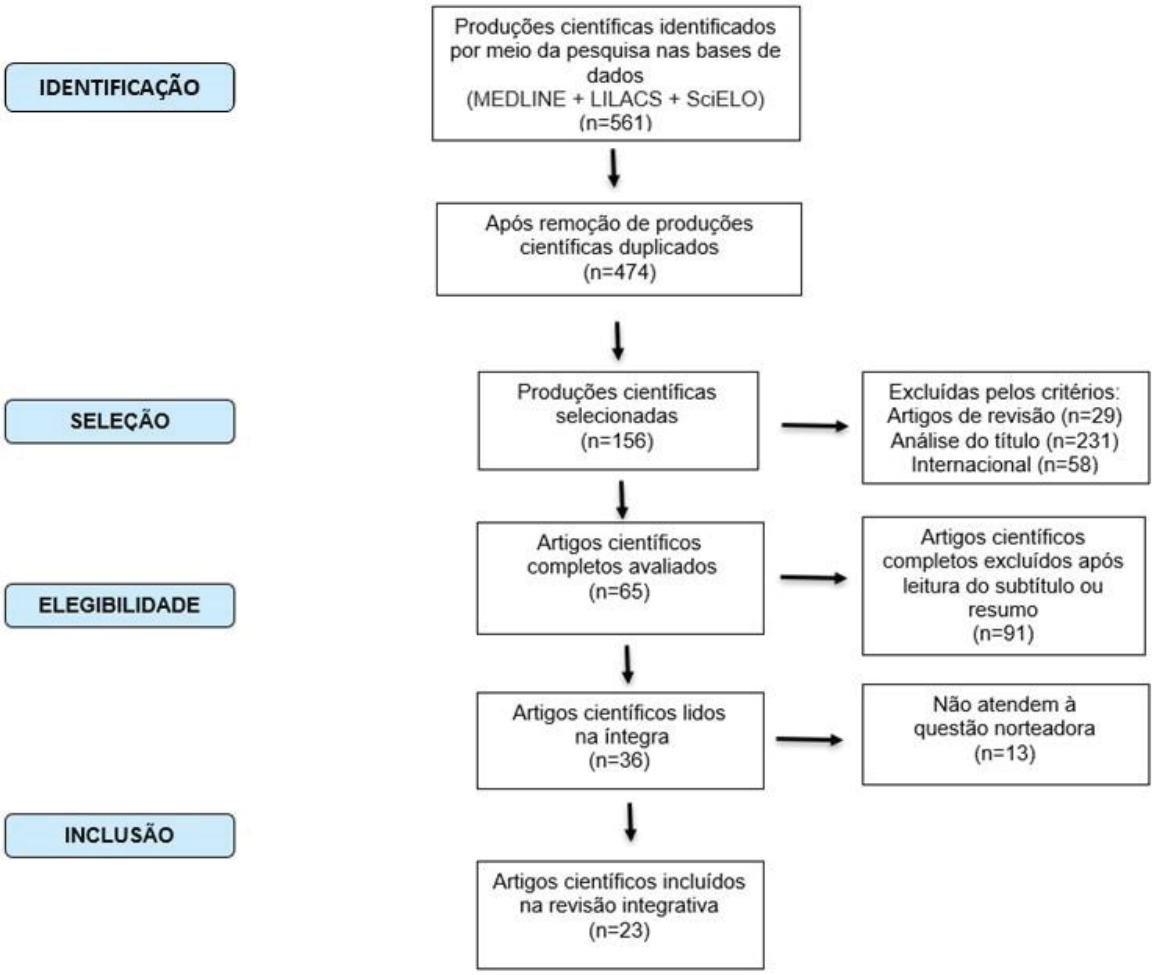
4.1.3 Resultados

A busca inicial utilizando-se as combinações dos descritores resultou em 561 publicações entre 2012 e 2019, as quais estavam disponíveis gratuitamente. Foram excluídas 174 publicações por estarem duplicadas, serem de países estrangeiros ou devido à categoria de publicação. A leitura dos títulos e dos resumos possibilitou excluir 322. Assim, 65 publicações foram acessadas na íntegra, o que possibilitou a exclusão de nove que não correspondiam ao formato de texto válido, 14 que apresentaram dados coletados em período anterior a 2011 e seis que não abordavam a realidade brasileira. Por fim, excluíram-se 13 artigos que não atenderam à questão norteadora. Portanto, 23 artigos compuseram a amostra final desta revisão integrativa (FIGURA 1).

Nos Quadros 1 e 2, observa-se a distribuição dos estudos entre as regiões do Brasil. Há maior prevalência de pesquisas realizadas na região Sudeste (n=11; 47,8%), com destaque para Minas Gerais (n=10; 43,5%) (PIRES *et al*., 2013; BRITO *et al*., 2013; PIRES *et al*., 2015; SAVASSI, 2016; SILVA *et al*., 2017; CASTRO *et al*., 2018; FARIA *et al*., 2019; SILVA *et al*., 2019a; SILVA *et al*., 2019b; SOUZA *et al*., 2019; XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019;), e na região Sul (n=9; 39,1%) (GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014; MACHADO *et al*., 2014; PEREIRA; GESSINGER, 2014; CARVALHO *et al*., 2015; BIERHALS *et al*., 2017; CEREZER *et al*., 2017; OLIVEIRA; KRUSE, 2017; MARASCHIN *et al*., 2018; WEYKAMP *et al*., 2019). Os outros três estudos consideram a realidade em municípios de estados das regiões Nordeste (n=2; 8,7%) (VALLE; ANDRADE, 2015; ANDRADE *et al*., 2017) e Centro-Oeste (n=1; 4,3%) (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019).

Quanto à abordagem, foi observado que em treze (56,5%) artigos foi utilizado método qualitativo (BRITO *et al*., 2013; GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014; CARVALHO *et al*., 2015; VALLE; ANDRADE, 2015; SAVASSI, 2016; ANDRADE *et al*., 2017; OLIVEIRA; KRUSE, 2017; SILVA *et al*., 2017; CASTRO *et al*., 2018; FARIA *et al*., 2019; SILVA *et al*., 2019a; WEYKAMP *et al*., 2019; XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019).

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS QUE ABORDARAM A ATENÇÃO DOMICILIAR INTEGRADA ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



FONTE: A autora (2022).

O método quantitativo foi verificado em oito (34,8%) artigos (PIRES *et al*., 2013; MACHADO *et al*., 2014; CEREZER *et al*., 2017; BIERHALS *et al*., 2017; MARASCHIN *et al*., 2018; NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019; SILVA *et al*., 2019b; SOUZA *et al*., 2019). Um (4,3%) artigo referiu-se à pesquisa quali-quantitativa (PEREIRA; GESSINGER, 2014) e outro (4,3%) à pesquisa de produção tecnológica (PIRES *et al*., 2015) (QUADROS 1 e 2).

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES I E IV DA ATENÇÃO DOMICILIAR

(continua)

AUTOR/ANO	TÍTULO	PERÍODICO/ BASE DE DADOS	ESTADO	MÉTODO
SILVA *et al*., 2019b	Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I	Revista Brasileira de Enfermagem/ SciELO	Minas Gerais	Estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado com 131 usuários cadastrados em um programa de atenção domiciliar à saúde. A coleta de dados foi realizada com instrumento sistematizado. Realizou-se mapeamento cruzado dos termos identificados, determinando os diagnósticos pela classificação da NANDA-I. Foi realizada análise descritiva.
MARASCHIN *et al*., 2018	Conhecimento de cuidadores sobre um serviço de assistência domiciliar	Nursing/LILACS	Paraná	Estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, com a participação de 20 familiares e/ou cuidadores de usuários cadastrados no SAD. Foi realizada análise descritiva.
SILVA *et al*., 2017	Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar	Cogitare Enfermagem/ LILACS	Minas Gerais	Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, com 19 municípios com SAD vinculados ao PMC. Foi realizada análise de conteúdo temática.
ANDRADE *et al*., 2017	Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar	Revista Online de Pesquisa/ LILACS	Paraíba	Pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, realizada com 22 profissionais do SAD. Análise dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo.
SAVASSI, 2016	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/ LILACS	Minas Gerais	Investigação exploratória pautada pela revisão da legislação vigente sobre políticas públicas, seguida da análise crítica e reflexiva das atuais políticas.
VALLE; ANDRADE, 2015	Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos	Revista Mineira de Enfermagem/ LILACS	Piauí	Pesquisa qualitativa de natureza quase-experimental, realizada em UBS de Teresina, Piauí, e universidades de quatro regiões do Brasil.

(conclusão)

	riscos de infecção.			
PEREIRA; GESSINGER, 2014	Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público	O Mundo da Saúde/LILACS	Rio Grande do Sul	Estudo transversal, quali-quantitativo, com coleta de dados dos usuários e cuidadores nas pastas de evolução e com sete profissionais entrevistados, componentes do Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado.
GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014	A vivência do apoio da rede social pelas pessoas envolvidas no cuidado domiciliário	Revista da Escola de Enfermagem da USP/SciELO	Paraná	Estudo qualitativo, com elaboração de teorias baseado em dados advindos da realidade social de uma UBS em região metropolitana de Curitiba.
BRITO *et al*., 2013	Atenção Domiciliar na estruturação das Redes de Atenção à Saúde: trilhando caminhos da integralidade	Escola Anna Nery/SciELO	Minas Gerais	Estudo de casos múltiplos, qualitativo, com entrevistas com profissionais de saúde de serviços municipais de saúde. Análise dos dados com análise de conteúdo temática.
PIRES *et al*., 2013	Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde	Revista da Escola de Enfermagem da USP/SciELO	Minas Gerais	Estudo quantitativo transversal do tipo inquérito com etapas descritiva e analítica realizado em duas UBS.

FONTE: A autora (2022).
LEGENDA: SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; PMC: Programa Melhor em Casa; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Três (13,0%) artigos apresentaram ênfase nas diretrizes I (BRITO *et al*., 2013; PIRES *et al*., 2013; ANDRADE *et al*., 2017) (QUADRO 1), sete (30,4%) destacaram temáticas abordadas na diretriz II (OLIVEIRA; KRUSE, 2017; CASTRO *et al*., 2018; XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019; NISHIMURA CARRARA; FREITAS, 2019; SILVA *et al*., 2019a; SOUZA *et al*., 2019; WEYKAMP *et al*., 2019) (QUADRO 2), enquanto a diretriz III foi o principal tema de seis (26,1%) artigos (MACHADO *et al*., 2014; CARVALHO *et al*., 2015; PIRES *et al*., 2015; BIERHALS *et al*., 2017; CEREZER *et al*., 2017; FARIA *et al*., 2019) (QUADRO 2) e a IV, de sete (30,4%) (PEREIRA; GESSINGER, 2014; GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014; VALLE; ANDRADE, 2015; SAVASSI, 2016; SILVA *et al*., 2017; MARASCHIN *et al*., 2018; SILVA *et al*., 2019b) (QUADRO 1).

Os objetivos e os principais resultados dos estudos estão apresentados nos Quadros 3 e 4. A desospitalização, a necessidade de continuidade do cuidado, com vistas à integralidade, e a redução das despesas com internações hospitalares foram mencionadas como motivadores para implementação do SAD e outros programas de AD (BRITO *et al*., 2013; MACHADO *et al*., 2014; NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019; SILVA *et al*., 2019a).

QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES II E III DA ATENÇÃO DOMICILIAR

(continua)

AUTOR/ANO	TÍTULO	PERÍODICO/ BASE DE DADOS	ESTADO	MÉTODO
SOUZA *et al*., 2019	Fatores associados à não efetivação da alta na assistência domiciliar	Acta Paulista de Enfermagem/ SciELO	Minas Gerais	Estudo transversal, quantitativo, no SAD da região metropolitana de Minas Gerais com dados de 157 prontuários.
XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019	Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção de Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/ SciELO	São Paulo	Estudo investigativo, qualitativo, com aplicação de roteiro semiestruturado.
WEYKAMP *et al*., 2019	Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde	Cuidado é Fundamental Online/LILACS	Rio Grande do Sul	Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Foi utilizada Análise de conteúdo de Bardin.
SILVA *et al*., 2019a	Trajetória política da atenção domiciliar em Minas Gerais	Revista Mineira de Enfermagem/ LILACS	Minas Gerais	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa no âmbito da pesquisa multicêntrica. Foi realizada análise de conteúdo temática.
NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019	Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares	Revista de Saúde Pública/SciELO	Mato Grosso	Estudo quantitativo, como estratégia empírica foi aplicado um desenho de regressão descontínua e testes de respostas heterogêneas e de robustez. Para analisar os efeitos do PMC sobre as despesas com internações hospitalares, foram coletados dados do DataSUS e do Cadastro

(continuação)

				Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando municípios com PMC, denominados "tratados", e sem o PMC, "controles".
FARIA *et al*., 2019	Sistematização do cuidado aos idosos atendidos em domicílio na Atenção Básica	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro/LILACS	Minas Gerais	Estudo qualitativo, descritivo, que utilizou os preceitos metodológicos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) realizado em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora Minas Gerais.
CASTRO *et al*., 2018	Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa	Revista Gaúcha Enfermagem/ SciELO	Minas Gerais	Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório em 19 municípios.
OLIVEIRA; KRUSE, 2017	Melhor em Casa: dispositivo de segurança	Texto & Contexto Enfermagem/ SciELO	Rio Grande do Sul	Estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista de inspiração foucaultiana. Material empírico foram documentos legais que se referiram à AD, com ênfase para internação domiciliar, publicados no Diário Oficial da União.
BIERHALS *et al*., 2017	Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos	Revista Latino-Americana de Enfermagem/ SciELO	Rio Grande do Sul	Estudo exploratório misto em descritivo quantitativo, exploratório quantitativo e observação sistemática.
CEREZER *et al*., 2017	Avaliação da capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar	Salud(i)ciencia/ LILACS	Rio Grande do Sul	Estudo quantitativo quase experimental.
PIRES *et al*., 2015	Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS	Ciência & Saúde Coletiva/SciELO	Minas Gerais	Pesquisa de produção tecnológica referenciada no protocolo de estudo multimétodo para análise dos níveis político (política de saúde), organizacional (serviços de saúde) e clínico (práticas profissionais) que influenciam modelagem de tecnologias de informação.

(conclusão)

CARVALHO *et al*., 2015	Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar	Texto & Contexto-Enfermagem/ SciELO	Paraná	Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.
MACHADO *et al*., 2014	Demandas assistenciais de um serviço de atenção domiciliar: estudo descritivo	Online Brazilian Journal of Nursing/LILACS	Rio Grande do Sul	Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, retrospectivo, com coleta de dados de todos os admitidos no Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição entre 2011 e 2012.

FONTE: A autora (2022).

LEGENDA: SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; DataSUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; PMC: Programa Melhor em Casa; SUS: Sistema Único de Saúde.

A necessidade de protocolos, de sistematização do cuidado, de estabelecimento de plano de cuidado individualizado, de desenvolvimento de competências específicas dos profissionais para a AD, de criação de sistema informatizado, como prontuário eletrônico, e de articulação do SAD com outros pontos de atenção das RAS foram algumas das questões encontradas nos estudos (PIRES *et al*., 2013; PIRES *et al*., 2015; VALLE; ANDRADE, 2015; SAVASSI, 2016; CEREZER *et al*., 2017; CASTRO *et al*., 2018; FARIA *et al*., 2019; WEYKAMP *et al*., 2019; XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019). A dificuldade em efetivar a alta do SAD para AB também foi destacada (SOUZA *et al*., 2019).

QUADRO 3 – OBJETIVOS E SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS REFERENTES AOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES I E IV DA ATENÇÃO DOMICILIAR

(continua)

AUTOR/ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
SILVA *et al*., 2019b	Identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes em atenção domiciliar, por meio do mapeamento cruzado de termos obtidos na anamnese e no exame clínico, com a Taxonomia da NANDA-I.	378 termos e expressões que indicavam necessidade de intervenções de enfermagem. Por usuário, foram estabelecidos, em média, 19,1 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em 11 dos 13 domínios da NANDA-I. Identificou-se fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem, permitindo identificar as situações clínicas passíveis de intervenções e verificar sua equivalência com 49 títulos diagnósticos da NANDA-I, favorecendo o planejamento e implementação de intervenções.
MARASCHIN *et al*., 2018	Conhecer como os familiares e/ou cuidadores de pacientes assistidos percebem o Serviço de Assistência Domiciliar no município de	Entrevistados 20 cuidadores; 80% deles consideraram o atendimento prestado pelo SAD como bom, excelente ou ótimo. Todos relataram melhora da condição de saúde após atendimento pela equipe do SAD e 95% relataram que não gostariam que o usuário estivesse hospitalizado e consideraram fácil contatar a equipe do SAD. Evidenciou-se aprovação

(continuação)

	Palotina/PR.	dos serviços prestados pela equipe do SAD.
SILVA *et al*., 2017	Analisar as perspectivas dos usuários sobre os atendimentos de suas necessidades pelo Serviço de Atenção Domiciliar.	Entrevistas com 15 usuários e 15 cuidadores em 8 municípios. Categorias: 1. Perfil dos usuários e atividades realizadas no domicílio; e 2. Acesso a AD e necessidades de saúde. Equipe realiza orientações e treinamentos. Usuários com dificuldades para acessar pontos das RAS (AB e de urgência); AD facilita o acesso às RAS, fornece insumos, equipamentos e medicamentos, reduz risco de infecção no hospital e nas unidades de urgência, proporciona conforto e vínculo com família e equipe.
ANDRADE *et al*., 2017	Investigar se profissionais do SAD valorizam a comunicação ao assistir o paciente em cuidados paliativos e averiguar quais estratégias estes profissionais utilizam para promoção desses cuidados	Categorias de análise: 1. Valorização e estratégias de comunicação na relação entre os profissionais de saúde e usuário sob cuidados paliativos; 2. Estratégias comunicacionais utilizadas para promoção de cuidados paliativos por profissionais do SAD. A equipe do SAD considerou a comunicação verbal e não verbal entre profissionais de saúde e usuários fundamental. A comunicação efetiva é essencial para qualidade e humanização do cuidado.
SAVASSI, 2016	Discutir os conceitos, a legislação pertinente e as competências dos profissionais envolvidos, sob a perspectiva das equipes de APS, responsáveis pela AD de nível 1 - visitas domiciliares como instrumento.	Apresentada a legislação que regulamenta a AD, incluindo Portarias do Ministério da Saúde que a redefinem. Destacou-se que maioria de usuários está sob responsabilidade da AD 1. Os profissionais precisam de competências para cuidados domiciliares, disfuncionalidades ou vulnerabilidade familiar. Há negligência da AD no Brasil. Apesar da roteirização de atribuições das equipes, existem dificuldades, como de comunicação.
VALLE; ANDRADE, 2015	Investigar habilidades e atitudes do enfermeiro para atuar na prevenção e controle das infecções em AD a partir da opinião de especialistas.	Participaram 19 enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família e 15 pesquisadores das universidades. Identificadas dimensões: 1. Habilidades; e 2. Atitudes. Devido à ausência de programa de controle de infecção na AD no Brasil, as competências destacam atitudes para organização e desenvolvimento do processo de trabalho.
PEREIRA; GESSINGER, 2014	Caracterizar a população atendida pela fisioterapia domiciliar, bem como o perfil de seus cuidadores e avaliar a atuação da fisioterapia pela visão da equipe multidisciplinar que compõe o programa.	Incluídos 13 usuários, maioria idosos, com doenças crônicas, atendidos semanalmente há mais de dois anos. A atuação de fisioterapeutas no Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado é primordial para manutenção da funcionalidade de sistemas como respiratório e muscular. A prevenção e a intervenção rápida no surgimento de agravos foram benefícios mencionados.
GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014	Construir um modelo teórico que configure a vivência do apoio da rede social pelas pessoas envolvidas no cuidado domiciliário.	Categorias, que interagem entre si, no cuidado domiciliário: 1. Identificando as fontes de apoio; 2. Caracterizando as redes sociais que apoiam; 3.Compreendendo-se como parte da rede social que apoia; e 4.Percebendo mudanças. Chegou-se a uma categoria central: Vivenciando o apoio da rede social pelas pessoas envolvidas no cuidado domiciliário. Foi reconhecida a necessidade de responsabilização das

(conclusão)

		partes envolvidas, população e Estado. As redes de pessoas potencializam o cuidado domiciliar.
BRITO *et al*., 2013	Analisar a AD como estratégia de fortalecimento da integralidade no contexto da Rede de Atenção à Saúde.	AD contribui para a continuidade do cuidado, sendo estratégia para o alcance da integralidade por meio das práticas profissionais na AD e da integração com outros serviços de saúde. AD propicia um cuidado inovador e singular, mas ainda revela fragilidades no contexto das RAS, sobretudo devido às outras demandas existentes na Atenção Básica além da AD.
PIRES *et al*., 2013	Identificar as variáveis associadas – ou seja, as que mais influenciam a classificação do tipo de AD dos usuários no território UBS – como subsídio à gestão do cuidado pelas equipes de saúde, na perspectiva das RAS do Sistema Único de Saúde.	Variáveis associadas ao tipo de AD de 114 usuários no território das UBS foram: maior comprometimento clínico, estado emocional triste, risco para úlcera por pressão e dependência parcial para as Atividade de Vida Diárias. As variáveis ultrapassam o corpo físico, pois outras condições como emocionais e familiares e respectivo cuidador também devem ser consideradas. As variáveis de contexto social, familiar e clínico subsidiam a abordagem integral e a tomada de decisão da equipe de saúde.

FONTE: A autora (2022).
LEGENDA: SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; AD: Atenção Domiciliar; UBS: Unidade Básica de Saúde; RAS: Redes de Atenção à Saúde.

Intervenções específicas de determinados profissionais da saúde, como fisioterapeutas e enfermeiros, foram verificadas (PEREIRA; GESSINGER, 2014; SILVA *et al*., 2019b). Ainda, as necessidades, a percepção e a satisfação dos usuários, cuidadores e familiares quanto à AD e, também, a rede de apoio existente, foram investigadas (GOMES; LACERDA; MERCÊS, 2014; CARVALHO *et al*., 2015; BIERHALS *et al*., 2017; SILVA *et al*., 2017; MARASCHIN *et al*., 2018). A AD como dispositivo de segurança e a importância da comunicação adequada para efetividade do cuidado foram referidas em dois artigos (ANDRADE *et al*., 2017; OLIVEIRA; KRUSE, 2017) (QUADROS 1 e 2).

QUADRO 4 – OBJETIVOS E SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS REFERENTES AOS ARTIGOS INCLUÍDOS QUE ENFOCAM AS DIRETRIZES II E III DA ATENÇÃO DOMICILIAR

(continua)

AUTOR/ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
SOUZA *et al*., 2019	Analisar os fatores associados a não efetivação da alta dos usuários assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar para a Atenção Primária à Saúde.	Incluídos 157 prontuários de usuários. A dificuldade em efetivar a alta de usuários do SAD para a Atenção Primária à Saúde associou-se com: aumento da idade, presença de doenças crônicas não transmissíveis, necessidade de curativo ou de antibioticoterapia, maior frequência de visitas domiciliares, maior renda e ser proveniente da Unidade de Pronto Atendimento.
	Analisar a contribuição da Atenção Domiciliar	Entrevistados 6 profissionais da saúde e 34 usuários, que referiram falta de fluxos, protocolos e sistema

(continuação)

XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019	para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de profissionais e de usuários idosos.	informatizado. Usuários relataram dificuldade e falha no alinhamento da conduta da equipe, que tem rotatividade e composição inadequadas. Profissionais citaram ferramentas para adequar a AD às RAS: implantação de prontuário eletrônico, protocolos, retaguarda de leito hospitalar para continuidade do tratamento e treinamentos para profissionais e cuidadores. Abordagem humanizada é essencial para atendimento eficiente.
WEYKAMP *et al*., 2019	Conhecer e analisar a inter-relação do Serviço de Atenção Domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 com as Redes de Atenção à Saúde nos municípios do Rio Grande do Sul que oferecem essas modalidades de assistência.	Entrevistados 4 coordenadores e 9 enfermeiros. Existência de articulação (comunicação e fluxos) do SAD com Unidade Básica de Saúde e com hospitais. Baixa frequência de trabalho articulado com outros serviços. Para o funcionamento adequado do SAD AD 2 e AD 3, as práticas das RAS precisam ser organizadas, planejadas e desenvolvidas mais adequadamente em serviços e instituições de saúde. Destaca-se a necessidade da interação e a interconexão do SAD com as RAS.
SILVA *et al*., 2019a	Analisar a trajetória política de implantação e implementação da AD em Minas Gerais, discutindo os movimentos provocados pela Política Nacional de Atenção Domiciliar.	Entrevistados coordenadores dos SAD e gestores de 19 municípios e informantes-chave ligados à gestão federal. Resultados em categorias: 1. A configuração política da AD no Brasil; e 2. A trajetória da AD em Minas Gerais. Descreveu-se a organização, ampliação e o redirecionamento da AD no país a partir das normativas federais. Em Minas Gerais, as motivações para implantação dos SAD foram: carência de leitos e necessidade de desospitalização, assegurar a continuidade do cuidado e prestar assistência em cuidados paliativos. A expansão dos serviços foi impulsionada pela indução financeira do PMC.
NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019	Verificar se o Programa Melhor em Casa consegue reduzir gastos com as internações hospitalares.	Observada redução nos valores das despesas com internações hospitalares nos municípios com PMC comparado aos municípios sem PMC. A redução dos gastos atinge grupos de risco e com maior vulnerabilidade, como idosos. Ainda, o PMC leva a economia das despesas com internações eletivas. Conclui-se que o PMC é uma política pública eficiente.
FARIA *et al*., 2019	Propor a implantação de uma metodologia de assistência baseada na sistematização do cuidado multiprofissional voltado para idosos acamados e de difícil locomoção atendidos no domicílio em uma unidade de Saúde da Família.	Definidos a estratificação dos idosos, os critérios de prioridade e a programação do atendimento no domicílio pela equipe multiprofissional de acordo com a classificação de risco para construção de instrumento de estratificação leve, moderado ou grave. Entre os participantes, 37 (49,33%) apresentaram risco leve, 15 (20%) risco moderado e 23 (30,67%) grave. De acordo com o instrumento, os casos são discutidos em equipe para direcionamento dos cuidados. Fluxo das visitas domiciliares organizado entre os profissionais da saúde seguindo a estratificação.
CASTRO *et al*., 2018	Compreender a organização da Atenção Domiciliar no contexto da atenção à saúde pública ofertada por municípios que	Categorias: 1. Organização da oferta regulada por demandas político-administrativas, experiências prévias e perfil de saúde local; 2. Modos de organização mediados pelas necessidades dos usuários. Organização da oferta de AD coerente com as demandas da gestão – implantação do SAD. Pactuação

(continuação)

	aderiram ao Programa Melhor em Casa no estado de Minas Gerais.	de fluxos e definição de protocolos. Realização de visitas técnicas em SAD já estabelecidos. Reconhecimento da necessidade de interlocução nas RAS. Recursos federais e complementação dos municípios. O sucesso da AD é oriundo da integração entre elementos da gestão e assistenciais nos modos de organização.
OLIVEIRA; KRUSE, 2017	Problematizar a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa como dispositivo de segurança, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva.	Categorias analíticas: 1. Do hospital para o domicílio; e 2. Atenção domiciliar: segurança para o paciente ou para o Estado. A AD constitui a casa como local seguro, pela proximidade familiar e menores riscos de infecções – atendimento da equipe propicia tecnologia necessária. AD reduz gastos com a hospitalização.
BIERHALS *et al*., 2017	Identificar as necessidades sentidas e normativas dos cuidadores familiares principais no apoio instrumental a idosos registrados em um Programa de Atenção Domiciliar em uma Unidade Básica de Saúde no Sul do Brasil.	Incluídos 55 idosos. Eixos temáticos: 1. Informações sobre o cuidado; e 2. Dificuldades no desempenho das atividades de cuidado. Cuidadores relataram dúvidas ou necessidade de normativas para alguns procedimentos. Foram identificadas as necessidades sentidas de informação para a realização de atividades de apoio instrumental e para aspectos subjetivos do cuidado. Compreender as necessidades dos cuidadores auxilia na orientação e nas intervenções do profissional de saúde.
CEREZER *et al*., 2017	Avaliar a capacidade funcional de pacientes atendidos em um serviço de atenção domiciliar.	Incluídos 150 usuários, distribuídos em planos de cuidado: restauração, paliativo, suporte e prevenção. As ações e intervenções proporcionaram evolução dos usuários no plano de restauração e mantiveram o nível de independência daqueles nos planos de suporte e paliativo. O plano de cuidado individual na AD auxilia na organização dos cuidados e orienta as práticas da equipe.
PIRES *et al*., 2015	Discutir o desenvolvimento do Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD) e refletir sobre a contribuição, os limites e as possibilidades na perspectiva da Rede de Atenção Domiciliar do SUS (RAS-AD).	Para o desenvolvimento do SI GESCAD, foram considerados requisitos funcionais – administrativo, do cuidado e de geração de relatórios. O SI GESCAD permite a horizontalidade dos processos de trabalho das equipes de AD nos pontos de atenção do SUS, com repercussões positivas à coordenação do cuidado e à continuidade assistencial na RAS-AD. Mas, há limitações do SI GESCAD referentes à interface e à usabilidade.
CARVALHO *et al*., 2015	Apreender na vivência dos cuidadores, a prática do cuidado domiciliar e a contribuição das	3 temáticas: decisão para o cuidado, cotidiano dos cuidados e a dimensão social do cuidado no contexto da AD. Cuidadores apresentaram idade avançada, baixas renda e escolaridade. Há alto grau de dependência de quem é cuidado, acarretando sobrecarga para o cuidador.

(conclusão)

	equipes de AD para a continuidade do cuidado.	O indivíduo cuidado sofre as consequências das limitações do cuidador. Esses são importantes indicadores para o planejamento de ações em saúde destinadas aos cuidadores na AD.
MACHADO *et al*., 2014	Caracterizar o perfil dos usuários acompanhados pelo Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC) e suas demandas de enfermagem.	816 adultos e idosos em acompanhamento. Principais motivos para continuidade do usuário no PAD/GHC: doenças aparelho circulatório, cerebrovasculares, pneumonia e neoplasias. Caracterização de usuários contribui na avaliação da complexidade do cuidado domiciliar para otimizar a AD. 76% dos usuários teve alta do PAD/GHC para Atenção Básica.

FONTE: A autora (2022).

LEGENDA: SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; AD: Atenção Domiciliar; RAS: Redes de Atenção à Saúde; PMC: Programa Melhor em Casa; SUS: Sistema Único de Saúde.

4.1.4 Discussão

A pesquisa científica acerca da AD é importante para apontar suas potencialidades e fragilidades, revelar questões para o planejamento de ações e subsidiar a tomada de decisão dos gestores. Na presente revisão integrativa, foi identificado que mais da metade dos artigos incluídos apresentaram estudos de abordagem qualitativa. Também, foi observada maior frequência de estudos realizados na região Sudeste, seguida da região Sul. As quatro diretrizes que norteiam a AD foram abordadas, em conjunto ou separadamente. A necessidade de protocolos, sistematização do cuidado, maior articulação e comunicação entre o SAD e os demais pontos de atenção das RAS foi observada, bem como a necessidade de avaliar a percepção e a satisfação dos usuários quanto à AD.

A produção científica acerca da AD deve considerar o contexto complexo na qual essa modalidade está inserida. Para Zermiani *et al*. (2021), as pesquisas de abordagem qualitativa permitem explicar a saúde em suas dimensões sociais, abrangendo a realidade e o processo, os quais produzem e afetam a saúde. Entretanto, lacunas na produção científica acerca da AD foram identificadas, principalmente, quanto a estudos referentes à sua eficácia e efetividade, satisfação do usuário e da família, vantagens da AD, com vistas ao cuidado integral, e relação custo-benefício (SOUSA; SOUSA, 2019; PROCÓPIO *et al*., 2019; GUERRA *et al*., 2020).

Ainda, o rol de serviços ofertados pelos SAD no território nacional apresenta discrepância, apesar de receberem o mesmo incentivo financeiro (GUERRA *et al*., 2020). Além disso, o número de EMAD e EMAP habilitadas com cadastro em municípios também é desproporcional entre as regiões, sendo maior no Sudeste (BRASIL, 2016a), o que pode influenciar na distribuição heterogênea de estudos acerca da AD nas Unidades Federativas.

É importante ressaltar que a EMAP e a EMAD constituem o SAD, visando à desospitalização, à continuidade do cuidado e à redução das despesas com internações hospitalares (BRITO *et al*., 2013; MACHADO *et al*., 2014; NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019; SILVA *et al*., 2019a), mas, o SAD é complementar à AB, responsável pela maior parte da AD no SUS (modalidade AD 1) (BRASIL, 2016a, 2020a; SAVASSI, 2016). Considerando que a AB é o único ponto de atenção à saúde presente em todo território nacional (FARIA, 2020), faz-se necessário avançar em produções científicas acerca da AD 1, de modo a retratar a AD no âmbito do SUS nacionalmente.

Por meio da AB, que também está vinculada ao SAD, os usuários acessam a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, devido ao seu papel de coordenação dos cuidados nas RAS. Nesse sentido, um sistema de referência e contrarreferência efetivo é importante para alcance da integralidade e a compreensão da satisfação dos usuários com os serviços prestados na AB, incluindo a AD 1, e com o SAD (BRASIL, 2016a; SAVASSI, 2016; CARNUT, 2017; FARIA, 2020; FRANCO; HUBNER, 2020; MASSUDA, 2020; TASCA *et al*., 2020; CANTALINO *et al*., 2021). Assim, as diretrizes que orientam essa modalidade de cuidado, discutidas nas próximas seções, são respeitadas.

4.1.4.1 Atenção Domiciliar: acesso, humanização, integralidade e participação

As diretrizes I e IV abordam, respectivamente, a ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva das RAS, e a participação ativa dos profissionais de saúde, do usuário, da família e do(s) cuidador(es) (BRASIL, 2016a). Uma das condições para ampliar o acesso à saúde, é o fortalecimento da AB. A AB forte depende da oferta de ações e serviços de saúde conforme as necessidades da população, da ampliação de atuação clínico-assistencial dos profissionais, qualificação do processo de referência e

contrarreferência, da informatização das RAS, do favorecimento da participação das pessoas e da avaliação dos serviços (TASCA *et al*., 2020). Uma AB forte fortalece as RAS como um todo, incluindo a AD, que deve estar integrada às redes.

Nesse sentido, ferramentas como o cadastramento individual e simplificado na AB possibilitam a identificação das necessidades de cidadãos ou famílias, como a de AD. A avaliação do território de abrangência é primordial, pois permite atualizar os dados demográficos e epidemiológicos e a avaliar o risco e vulnerabilidade, identificando-se casos que requerem um projeto terapêutico singular (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2016a, 2020a). A territorialização é prática comum a todos os profissionais da AB, mas o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é quem mais adentra e reconhece o território, identificando situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2020a; FARIA, 2020). Mas, segundo Savassi (2016), todos os profissionais da saúde da AD necessitam de competências específicas para cuidar de pessoas restritas ao domicílio ou sob situações de disfuncionalidade ou de vulnerabilidade familiar.

Tais competências são adquiridas no processo de trabalho, como identificou Guerra *et al*. (2020): treinamentos por si só são incapazes de garantir mudanças mais profundas no serviço de saúde devido à complexidade na organização da AD em nível municipal. Questões, problemas, processos e relações de trabalho podem ser levados para encontros operativos de equipes, serviços ou profissionais, que se denominam de matricial. O apoio matricial é um arranjo que complementa as equipes de referência, que mantêm relação longitudinal com os usuários e conhecem suas necessidades. Portanto, o matriciamento objetiva garantir retaguarda especializada e opera com o conceito de campo e núcleo, constituindo-se como prática de cooperação entre equipes e serviços com vistas a aumentar e melhorar as possibilidades de composição dos projetos terapêuticos singulares e a capacidade de resolução (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; MEDEIROS, 2015).

Na AD, as equipes de Saúde da Família (eSF) podem ser matriciadas pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e AB (Nasf-AB) e pelas equipes que compõe o SAD, a EMAD e a EMAP, que devem estabelecer processos que ajudem no aumento da capacidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o cuidado integral da saúde dos usuários. Essa forma de organização do processo de trabalho auxilia na redução da necessidade de solicitar apoio ou levar a solicitações mais criteriosas e prevenção de situações mais graves que exigem

apoio especializado (BRASIL, 2012a, 2013d). Entretanto, devido à precarização do trabalho e à dificuldade de comunicação entre equipes, pode haver desresponsabilização, encaminhamentos excessivos e práticas terapêuticas que não privilegiam o vínculo com a equipe de referência, como de ESF (MEDEIROS, 2015).

Diante do exposto, evidencia-se que a ESF é considerada o melhor modelo para garantir a AB forte (TASCA *et al*., 2020). A implantação da ESF possibilitou crescimento da cobertura de AB nos municípios, associada com o aumento no acesso a serviços de saúde e redução de hospitalizações por condições sensíveis à AB (MASSUDA, 2020). Além disso, a AD possibilita a alta hospitalar com continuidade de cuidados em domicílio sob responsabilidade da equipe da AB, que pode ser matriciada pelas equipes do SAD, quando necessário. Portanto, as competências clínico-assistenciais dos profissionais devem ser fortalecidas associadas à utilização de instrumentos como a clínica ampliada.

Assim, é importante o entendimento do contexto mais amplo do indivíduo. Para tanto, o desenvolvimento de habilidades para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano é importante para identificar situações em que a AD é a melhor alternativa (BRASIL, 2020a). A proposta da clínica ampliada refere-se à capacidade de se responsabilizar e assumir o compromisso ético profundo com o usuário, de agir de modo intersetorial, de assumir os limites dos conhecimentos e das tecnologias empregadas (BRASIL, 2007).

Por isso, a utilização de diferentes tecnologias pode ser considerada, dentre as quais estão aquelas aplicadas a informação e comunicação. Nesse sentido, destaca-se a estratégia e-SUS AB, que objetiva reestruturar, em nível nacional, todas as informações da AB, contemplando a AD, com implantação contínua e ainda em evolução (CAVALCANTE *et al*., 2019; BRASIL, 2020a). Além disso, os instrumentos para compor o rol de ferramentas para monitoramento e avaliação das ações produzidas pelas equipes de AD contemplam sistemas de informação, como o módulo e-SUS AD. Portanto, o escopo da AD no e-SUS AB é denominado módulo e-SUS AD (BRASIL, 2016b).

A partir dos dados registrados, os indicadores da AD podem ser analisados (BRASIL, 2016b). Assim, a criação de sistema informatizado, como sugerido por Xavier, Nascimento e Junior (2019) não é necessária, dado que a estratégia já existe. Contudo, as condições para sua implementação devem ser desenvolvidas ou fortalecidas. Uma vez implantado, o registro do atendimento do SAD, conforme

recomendado por Castro *et al*. (2018), também seria realizado visto que o e-SUS contempla a AD e as equipes do SAD devem atuar em conjunto com as equipes da AB.

Além disso, as tecnologias de comunicação não presenciais podem favorecer a participação das pessoas e a avaliação dos serviços (TASCA *et al*., 2020), o que se mostra útil para pesquisas de satisfação com os usuários da AD, por contato telefônico, realizado pela ouvidoria dos municípios (BRASIL, 2012a, 2016a). Outras categorias de tecnologias, as relacionais, são importantes para formação de vínculo entre profissional da saúde e usuários (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

O vínculo é um constructo de natureza complexa e sistêmica relativo às dimensões relacionais, coletivas e organizacionais. As tecnologias relacionais utilizadas no processo de trabalho fortalecem a relação interpessoal de usuários e profissionais da saúde nos espaços terapêuticos, as práticas executadas por meio de comunicação aberta, o desenvolvimento de empatia e o acolhimento (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). O acolhimento é baseado na escuta qualificada e objetiva garantir o acesso do usuário ao serviço, com presteza e corresponsabilização (CARNUT, 2017).

Para isso, é importante o compartilhamento de responsabilidades e tarefas, em equipes, em apoio matricial, com estímulo à prática interdisciplinar, e o trabalho em redes de cuidado (CAMPOS, 2018). O cuidado ressalta os elementos subjetivos da interação profissional-usuário e requer do profissional da saúde atributos, como ética das relações humanas, solidariedade e confiança. Na AB, a prática do cuidado integral se concretiza, também, na AD (CARNUT, 2017), realizada por visitas aos domicílios.

Santos, Romano e Engstrom (2018), em estudo com a participação de profissionais de saúde atuantes na AB, identificaram dificuldades para realização de visitas domiciliares devido às demais atividades previstas na ESF e sobrecarga de trabalho, o que influencia de forma negativa a construção de vínculo. Assim, destacam que com a ampliação das ações da ESF, a visita domiciliar perdeu suas potencialidades, sobretudo de aproximação do profissional ao contexto social em que está inserido o indivíduo, sendo tratada administrativamente.

Essas fragilidades estruturais do SUS, como restrições orçamentárias e capacidade limitada em alocar recursos estratégicos, influenciaram nos diferentes

padrões de expansão da cobertura da AB no país (MASSUDA, 2020). Contudo, a partir de 2017, a situação foi intensificada pelas modificações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que levaram à precarização das RAS, representando um retrocesso. A flexibilização proposta causou o rompimento da ESF como modelo prioritário para a AB (CAMPOS, 2018; FARIA, 2020).

A PNAB-2017 flexibilizou a composição de equipes de ESF, diminuindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população em um território, apresentando arranjos que inviabilizam a diretriz de territorialização. Além disso, a manutenção dos serviços da AB torna-se cada vez mais onerosa para os municípios, intensificando-se pela ausência de reajuste dos repasses federais às ESF (CAMPOS, 2018; FARIA, 2020; MASSUDA, 2020). As formas de financiamento, bem como os parâmetros que diferenciam o “padrão essencial”, que são os serviços ofertados uniformemente no Brasil, do “padrão ampliado”, correspondente às ações estratégicas direcionadas para especificidades locorregionais, não estão claras (FARIA, 2020).

Os impactos do subfinanciamento sobre o SUS e na saúde da população devem ser identificados e monitorados, pois barreiras para o cadastro na AB de grupos populacionais que exijam cuidados por apresentarem problemas de saúde com tratamentos mais onerosos podem surgir. Como um efeito, as restrições de acesso e a redução de escopo e qualidade de serviços na AB tendem a desviar usuários para outros pontos das RAS (MASSUDA, 2020). Uma das alternativas usadas para verificar a qualidade dos serviços nas RAS é a avaliação da satisfação dos usuários.

Por sua vez, a avaliação da satisfação dos usuários é complexa devido à dimensão subjetiva e sua relação com características do processo de trabalho. Dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apresentam os fatores presentes na satisfação dos usuários, relacionada aos atributos da AB, como acessibilidade, humanização, continuidade do cuidado, longitudinalidade, integralidade e resolubilidade. Assim, características individuais dos usuários e o atendimento às suas necessidades, o processo de trabalho, o desempenho da equipe e a forma de administração da Unidade de Saúde, bem como sua infraestrutura, podem influenciar a satisfação (CANTALINO *et al*., 2021; GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021; VIEIRA *et al*., 2021).

No caso da infraestrutura, ela tem pouco ou nenhum impacto na satisfação dos usuários na AB. Entretanto, o nível de satisfação diminui quando os usuários apresentam dificuldade de expor suas reclamações e sugestões para a melhoria do serviço. Por outro lado, a satisfação aumenta quando há facilidade para falar com os profissionais de saúde e quando há respeito aos hábitos culturais, costumes e religião dos usuários. Ainda, fatores socioeconômicos, demográficos e regionais implicam variação na satisfação com o atendimento, com o acesso à marcação de consultas e à atenção especializada, com a organização e com a coordenação do cuidado (GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021; VIEIRA *et al*., 2021).

Entretanto, ainda são necessários mais estudos acerca da satisfação do usuário em AD e sua família no Brasil (SOUSA; SOUSA, 2019). A avaliação do cuidado domiciliar pode se apresentar ainda mais complexa, pois a experiência do domicílio é única e difícil de ser comparada com situações anteriores ou com outros pontos de atenção das RAS.

Nesse sentido, a expectativa do usuário e experiência prévia com serviços similares determinam a satisfação, porém, pode não representar a qualidade do serviço de saúde, pois a complexidade deve ser considerada. Por isso, em substituição à satisfação, o conceito de responsividade busca tornar mais objetiva a mensuração dos aspectos do cuidado que correspondem aos princípios que o conceito de humanização supõe (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; ESPERIDIÃO; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

A humanização é compreendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização é norteada por valores que se referem à autonomia, ao protagonismo dos sujeitos, à corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e à participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009a, 2009b).

A adoção de práticas assistenciais em concordância com os princípios da humanização, bem como o respeito dos direitos dos usuários, são questões que podem ser avaliadas por pesquisas de responsividade. Na avaliação da responsividade, considera-se o lugar social, político e simbólico do usuário na avaliação dos serviços de saúde, que varia conforme o contexto (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A aplicação de instrumento de avaliação de responsividade referente à AD permite verificar domínios que correspondem à dignidade,

autonomia, confidencialidade, comunicação, atendimento rápido e escolha (WHO, 2005; MELO, *et al*., 2017).

Contudo, esses domínios ainda não são considerados nos indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde para o monitoramento e avaliação da AD. Tais indicadores utilizam informações como tempo de permanência do usuário no programa, frequência de usuários atendidos por agravos e condições, capacidade de atendimento pelo SAD, alta do programa, entre outras. O registro, sistematização e análise dessas informações têm sua importância, pois demonstram fragilidades e potencialidades da AD, bem como seu impacto e efetividade, fundamentais para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e para assegurar a prestação de contas à sociedade (BRASIL, 2012a, 2016a)

Ressalta-se que para a perspectiva dos sistemas públicos e universais de saúde, como é o SUS, o conceito de efetividade deve considerar a inclusão social como um dos indicadores para compor a noção de que a política, os gastos públicos e a prestação de serviço têm impacto sobre o bem-estar. O conceito de eficiência, por sua vez, deve ser calculado contabilizando a exclusão de pessoas decorrente de supostas medidas “racionalizadoras” (CAMPOS, 2018). Nesse sentido, a redução nos valores das despesas com internações hospitalares nos municípios com PMC, conforme identificado por Oliveira e Kruse (2017) e por Nishimura, Carrara e Freitas (2019), demonstra eficiência, mas é necessário considerar se o programa é inclusivo e o seu impacto no bem-estar dos usuários.

Ainda, resultados ineficientes e ineficazes decorrem da fragmentação do processo de cuidado em tarefas isoladas e estagnadas, a qual é, também, desumana. Assim, o estímulo à prática interdisciplinar, bem como à lógica do trabalho e responsabilidades compartilhados, em equipes, considerando o matriciamento, vem ordenando o SUS a fim de obter resultados eficazes, eficientes e humanizados (CAMPOS, 2018).

4.1.4.2 Continuidade do cuidado na Atenção Domiciliar: integração e comunicação dos pontos das Redes de Atenção à Saúde

As diretrizes II e III orientam, respectivamente, que a AD deve estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde, e a adoção de linhas de cuidado por meio de práticas clínicas

cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares (BRASIL, 2016a).

A AD permite, portanto, a continuidade do cuidado. Para sua qualificação, a necessidade de interlocução nas RAS, protocolos, sistematização do cuidado e estabelecimento de plano de cuidado individualizado foi apontada por diferentes estudos incluídos nesta revisão integrativa (BRITO *et al*., 2013; PIRES *et al*., 2015; BIERHALS *et al*., 2017; CEREZER *et al*., 2017; CASTRO *et al*., 2018; FARIA *et al*., 2019; SILVA *et al*., 2019a; XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019; WEYKAMP *et al*., 2019). A continuidade de cuidado visa a integralidade, princípio-diretriz do SUS, de concepção complexa que exige diferentes formas de operacionalização, uma vez que pretende transcender a lógica da intervenção pura e gerar a autonomia do usuário (MEDEIROS, 2015; CARNUT, 2017).

Nesse contexto, a definição de integralidade de assistência descrita na Lei 8080/1990 refere-se à articulação de um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, ofertado de modo contínuo, realizado em todos os pontos de atenção à saúde, que também abrange a intersetorialidade. Entre os pontos das RAS, a AB é considerada lócus privilegiado para o exercício da integralidade. Na AB, o processo de continuidade do cuidado é facilitado pela percepção de que o usuário é parte e reflexo de um contexto em que existem vários fatores determinantes, os quais são individuais, familiares, ambientais, sociais, econômicos e educacionais, e se dá pela incorporação de princípios como estabelecimento de vínculos, acolhimento e responsabilização – considerados base para estabelecer uma linha de cuidado integral, onde o projeto terapêutico singular é conduzido (BRASIL, 1990a; CARNUT, 2017; SANTOS *et al*., 2018).

O acolhimento expressa atitude de inclusão, sendo, uma ferramenta relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. Para colocar o acolhimento em ação, uma das práticas recomendadas é a elaboração de projeto terapêutico com horizontalização por linhas de cuidado (BRASIL, 2009a, 2009b). O projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um indivíduo ou coletivo, resultado do diálogo entre equipe interdisciplinar, que contempla as fases: diagnóstico, definição das metas, definição das responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2007, 2013d).

Considerado um dispositivo importante na AD, o projeto terapêutico singular é utilizado pela EMAD e pela EMAP em situações de maior complexidade e difícil resolução, para as quais é necessário acionar recursos disponíveis nas RAS ou fora delas. Assim, na AD, recomenda-se que a construção do projeto terapêutico singular seja realizada com a participação de profissionais da saúde que atuam em hospitais e na AB. Ainda, a atuação conjunta das equipes do SAD com a equipe da AB favorece os processos de “alta para AD 1” (BRASIL, 2007, 2013d).

Franco e Hubner (2020) consideram o SAD – PMC como um Serviço de Cuidados Intermediários, pois é um dispositivo de cuidado situado entre a AB e a atenção hospitalar, realizando a mediação entre tais pontos das RAS. Para os autores, a vinculação do SAD com a AB significa uma reconfiguração da rede de serviços, especialmente, o fortalecimento da atenção à saúde no âmbito local e das comunidades, importante para aumentar a resolutividade nos cuidados crônicos.

Contudo, apesar da existência de regulamentação, há insuficiência de SAD para atender à demanda existente e crescente (FRANCO; HUBNER, 2020). Além disso, a AD deve ser adequada segundo infraestrutura, logística e viabilidade para sua realização, bem como a composição da equipe do SAD pode variar conforme as especificidades municipais (CASTRO *et al*., 2018). Na existência de SAD no município, as equipes que o compõem, a EMAD e a EMAP, podem realizar apoio matricial para as equipes da AB (BRASIL, 2012a).

Quando proposta, a linha de apoio matricial foi apresentada com potencial de modificar a prática de referência e contrarreferência, que vinha seguindo a lógica do encaminhamento e de desresponsabilização por parte das equipes de referência (CAMPOS, 1999; MEDEIROS, 2015). Dessa forma, o apoio matricial é considerado uma estratégia complementar ao sistema de referência e contrarreferência, com reconhecimento dos aspectos que envolvem o cotidiano do usuário além da doença. Portanto, manifesta a ideia de clínica ampliada e ultrapassa o encaminhamento dos usuários (CUNHA; CAMPOS, 2011; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

O encaminhamento, por sua vez, é mencionado nos documentos do Ministério da Saúde que norteiam a AD no SUS. Todos os serviços de saúde podem encaminhar usuários para o SAD, conforme os critérios pré-estabelecidos, fluxos e instrumentos específicos. Para aprimorar as relações entre os serviços e qualificar a assistência – respeitando-se as linhas de cuidado integral – orientam-se reuniões

periódicas entre as equipes do SAD e dos serviços solicitantes, como da AB e dos hospitais (BRASIL, 2012a).

Entretanto, os serviços hospitalares são considerados isolados, apresentando dificuldade de integração e comunicação com os demais pontos das RAS, a qual é realizada, principalmente, pelo usuário e não pela equipe. Isso ocorre, entre outros motivos, pela responsabilização dos profissionais de saúde da atenção hospitalar por procedimentos. Por isso, é necessário um modelo de gestão que demande responsabilidade por coorte de pessoas, que leve ao fortalecimento do vínculo, continuidade e coordenação do cuidado (CAMPOS, 2018; BORSATO; CARVALHO; 2021).

Nesse sentido, a integração de serviços de atenção a condições agudas, como os hospitais, com a AB e a AD, a desospitalização planejada, a atuação multiprofissional e a realização do cuidado individualizado são capazes de promover a alta hospitalar responsável e evitar readmissões inapropriadas nos hospitais (COFFEY *et al*., 2019). Para isso, a comunicação entre equipes dos diferentes pontos das RAS é importante para efetivação dos protocolos estabelecidos (BRASIL, 2012a).

A construção de protocolos pode se basear em revisão da literatura, para elaborar as definições operacionais e construtivas, e na pesquisa dos aspectos favoráveis e prejudiciais ao processo de trabalho e das diretrizes para AD. A partir desses dados, estrutura-se o plano de ação para o cuidado em AD, contendo tópicos como: alta hospitalar programada, preparo do cuidador, roteiro de admissão no SAD, projeto terapêutico singular e cuidado compartilhado entre SAD e AB (ROSSETTO; TOSO; RODRIGUES, 2020; SANTOS *et al*., 2020a).

Assim, os protocolos podem promover a qualificação da transição do cuidado e a AD, pois apresentam-se como instrumento que fornece subsídio aos profissionais de saúde, com orientações padronizadas e, também, específicas às necessidades dos usuários e seus familiares e ao contexto em que estão inseridos (SANTOS *et al*., 2020a). Nesse sentido, o trabalho em saúde exige que os profissionais e equipes multiprofissionais operem tanto com protocolos e normas como com a variação de procedimentos e condutas conforme o caso e o contexto (CAMPOS, 2018).

Portanto, a análise das produções científicas identificadas na presente revisão integrativa indica que as diretrizes norteadoras da AD são abordadas de

maneira fragmentada, apresentando-se como uma limitação para a avaliação da integração da AD às RAS, uma vez que tais diretrizes se complementam e sua articulação deve ser considerada. A existência de estratégias pré-definidas em normativas e publicações oficiais foi observada, mas, na prática, são realizadas de modo parcial. Ainda, há indicação de adequar as ações conforme as necessidades do usuário, mas, verificou-se que pouco é realizado também nesse aspecto.

4.1.5 Considerações finais

Os resultados permitem considerar que as diretrizes que norteiam a AD foram abordadas nas produções científicas incluídas na presente revisão integrativa, explorando a ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade no cuidado em saúde. Os artigos indicaram que a AD deve estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde, onde as práticas devem estar baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Observou-se que ainda há necessidade de protocolos, de sistematização do cuidado e de maior articulação e comunicação entre os pontos de atenção das RAS. Outro aspecto indicado nas diretrizes refere-se à avaliação da percepção e da satisfação dos usuários, cuidadores e familiares quanto à AD, ainda pouco realizada. Além disso, faz-se necessário avançar em produções científicas acerca da AD 1, de modo a retratar a AD no âmbito do SUS nacionalmente, visto que a AB é a principal responsável pela AD no cenário brasileiro. O fortalecimento da AB é fundamental para a efetividade da AD em suas três modalidades, pois estão integradas às RAS, coordenada pela AB.

Nesse sentido, para o monitoramento e a avaliação da AD, os sistemas informatizados de informação devem ser postos em prática, implementados, fortalecidos e adaptados à realidade. Ainda, a participação ativa dos profissionais de saúde, usuário, família e cuidadores, conforme indicado pela diretriz IV, para monitorar, acompanhar, fiscalizar e avaliar a AD deve ser investigada. Por isso, faz-se importante conhecer a atuação do controle social ou a participação da comunidade na AD integrada às RAS no SUS por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.

4.2 CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS E O DIREITO À SAÚDE E À ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS E IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO

4.2.1 Introdução

O presente estudo apresenta como tema o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de crianças e idosos com necessidades especiais de alimentação (NEA) e em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED). Esse estudo expõe o resultado de uma pesquisa qualitativa, realizada utilizando-se da análise do conteúdo dos documentos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Pretende-se responder ao questionamento quanto à contribuição da PNAISC, da PNI, da PNSPI e da PNAN para a garantia do DHAA de crianças e idosos em TNED, uma vez que não há política pública nacional específica voltada a esse público-alvo.

Considera-se que a existência de elementos nas políticas públicas nacionais analisadas pode contribuir com a formulação e implementação de programas estaduais e municipais voltados ao DHAA de crianças e de idosos em TNED.

A TNED objetiva melhorar ou manter o estado nutricional e a capacidade funcional, bem como aumentar a qualidade de vida de pessoas nas diferentes fases do ciclo da vida que, por alguma doença ou agravo, estão impossibilitadas de ter suas necessidades nutricionais alcançadas por meio da via alimentar normal (BRASIL, 2015a; BISCHOFF *et al*., 2020). A alimentação é um direito garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 e deve estar adequada a condições específicas. Ainda, a alimentação configura um dos determinantes sociais de saúde, sendo que a saúde é, também, um direito assegurado pela CRFB (BRASIL, 1988, 2006a, 2010b; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Desse modo, o presente estudo aborda a garantia de dois dos direitos sociais constitucionais às crianças e aos idosos em TNED, que se apresentam mais vulneráveis tanto devido ao grupo etário ao qual pertencem quanto por sua condição de saúde e nutrição, o que justifica a análise de políticas públicas nacionais voltadas para crianças e idosos.

4.2.1.1 Vulnerabilidade e o direito à saúde e à alimentação: crianças e adultos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

Os indivíduos vulneráveis se apresentam com maior fragilidade e dependência e estão mais suscetíveis a danos por possuírem desvantagens em relação aos indivíduos de outros grupos. A vulnerabilidade é composta pela interação entre condições comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas com os processos biológicos, sobretudo na presença de doença ou agravo que leve a limitações na mobilidade e na capacidade de realizar atividades de vida diária. Compreende-se, portanto, que uma multiplicidade de fatores determina a vulnerabilidade e podem implicar nas políticas públicas de saúde, que devem considerar que pessoas em situação de vulnerabilidade possuem demandas e necessidades de diversas ordens, se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco e, por isso, faz-se necessário a integralidade do cuidado em saúde. A vulnerabilidade, também, pode estar relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ao envelhecimento e à inexistência de políticas públicas voltadas para grupos com necessidades específicas (BRASIL, 2003; 2015b; SIERRA; MESQUITA, 2006; SILVEIRA; NEVES, 2012; BARBOSA *et al*., 2017; CARMO; GUIZARDI, 2018; BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019).

Desconsiderar as especificidades pode acarretar prejuízo à saúde e, por consequência, à vida. O direito à vida de crianças, pessoas com idade entre zero e nove anos (BRASIL, 2015b), e idosos (BRASIL, 2003), pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, é assegurado na CRFB:

> Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2010c).
> Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

A realização dos direitos consagrados na CRFB está atrelada à efetivação da alimentação adequada, inerente à dignidade da pessoa humana. O DHAA consiste no acesso físico e econômico de todas as pessoas aos alimentos e aos recursos para garantir esse acesso de modo contínuo. A alimentação deve ser

adequada ao contexto e às condições culturais, sociais, econômicas, climáticas e ecológicas de cada pessoa, etnia, cultura ou grupo social. O Estado brasileiro, por sua vez, tem as obrigações de respeitar, proteger, promover e prover a alimentação da população para garantir da realização do DHAA (BRASIL, 2006a; LEÃO, 2013), incluindo das pessoas com NEA.

As NEA ocorrem devido à alteração metabólica ou fisiológica, temporária ou permanente, que cause mudanças relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (BRASIL, 2013b, 2015a). Assim, o alcance do DHAA de pessoas com NEA deve considerar o contexto, seja em relação à doença, agravo, condição clínica, estado nutricional ou via alimentar indicada, como oral, enteral ou parenteral.

Dessa forma, a Terapia Nutricional Enteral e a Terapia Nutricional Parenteral podem assegurar o direito à alimentação de crianças e de idosos com necessidades alimentares especiais. A terapia nutricional (TN) consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional. A TNED, por sua vez, é indicada para pessoas em risco nutricional ou desnutridas que não conseguem alcançar às suas necessidades nutricionais pela ingestão alimentar via oral, possuem trato gastrointestinal funcionante e estão aptas a receber a modalidade terapêutica fora de um ambiente hospitalar ou de tratamento agudo (BRASIL, 2015a, 2021; BISCHOFF *et al*., 2020).

Para crianças, recomenda-se a TNED, principalmente, devido a distúrbios da deglutição de diferentes origens, como doenças neurológicas, e devido a ganho de peso insuficiente associado à doença crônica e causado pelo não alcance das necessidades nutricionais pela alimentação via oral. Para os idosos, a recomendação de TNED está associada à alta prevalência de doenças crônicas, como câncer e acidente vascular cerebral. Assim, a indicação de TNED para crianças e idosos justifica-se pelas limitações funcionais e incapacidades causadas por essas doenças e agravos (SILVA; SILVEIRA, 2014; OJO, 2015; DIPASQUALE *et al*., 2018; GRAMLICH *et al*., 2018; CORDERO *et al*., 2019; JOHNSON *et al*., 2019; MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020).

A frequência de recomendação da TNED aumentou nas últimas décadas. Em uma pesquisa retrospectiva realizada em uma capital no Sul do Brasil, foi verificado aumento de 425% na frequência de TNED entre 2006 e 2015 em programa municipal voltado à atenção de pessoas com NEA (MAZUR *et al*., 2019).

A alimentação é considerada um dos determinantes sociais de saúde por influenciar a ocorrência de fatores de risco para doenças e agravos. Assim, alimentação é, ao mesmo tempo, direito assegurado na CRFB e um dos determinantes da saúde, também direito constitucional (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A CRFB determinou, em 1988, que cabe ao Estado assegurar o direito à saúde. Em 2010, a Emenda Constitucional nº 64, alterou o artigo 6º da CRFB, introduzindo a alimentação como direito social (BRASIL, 1988; 2010b).

> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2010b).

O direito à saúde se concretiza mediante um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. O SUS, público, universal e descentralizado, obedece, ainda, aos princípios da equidade, da integralidade e da participação da comunidade. As ações e serviços estão previstos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), para promover o acesso, a eficácia clínica e sanitária, o cuidado multiprofissional e a eficiência econômica (BRASIL, 1988, 1990a, 2010a; PAIM, 2013). A racionalização orçamentária em saúde deve priorizar a qualidade na assistência e, como alternativa, encontra-se a Atenção Domiciliar (AD). Inserida na AB, a AD é uma forma de atenção à saúde que objetiva garantir a continuidade do cuidado. A AD pode ser definida como um conjunto de atividades assistenciais, sanitárias e sociais que são desenvolvidas no domicílio, mas que está integrado às RAS (BRASIL, 1988, 1990a, 2010a; RAMALLO; MARTÍNEZ; GARCÍA, 2002).

A indicação da abordagem de cuidados em AD no SUS depende da estabilidade clínica do paciente. Para pacientes estáveis, o cuidado pode ser realizado pela equipe de AB de sua referência, desde que a AB seja capaz de atender às necessidades assistenciais, como no caso das NEA (BRASIL, 2013b; 2015a). No SUS, a atenção às NEA e o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) são orientados e organizados pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), por meio da oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição. Assim, para garantir a SAN, o direito à saúde deve ser respeitado e concretizado, bem como é necessário assegurar a SAN para a realização do DHAA (BRASIL, 2013b, 2015a; ALVES; JAIME, 2014).

A atenção às NEA de crianças e idosos em todos os pontos das RAS do SUS, incluindo a AD, objetiva a integralidade do cuidado em saúde. O acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança por intermédio do SUS é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), observando-se o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O ECA define, ainda, que o fornecimento de medicamentos e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas, é obrigação do poder público (BRASIL, 1990c).

Considerando o disposto no ECA, bem como outras legislações pertinentes à saúde da criança, a PNAISC no âmbito do SUS foi instituída em 2015. Um dos objetivos da PNAISC é promover e proteger a saúde da criança, mediante a atenção e cuidados integrais. Para que a promoção da integralidade do cuidado da criança ocorra, faz-se necessária a articulação das ações de saúde em todos os pontos de atenção das RAS, especialmente voltada às populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015b). Aos idosos, o Estatuto do Idoso garante a atenção integral à saúde, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Ainda, o Estado, junto à família e à sociedade, deve assegurar prioritariamente ao idoso a efetivação do direito à saúde e à alimentação por meio da formulação e execução de políticas públicas específicas (BRASIL, 2003, 2013b).

No que que se refere a outro grupo de pessoas com maior vulnerabilidade, as políticas públicas voltadas para os idosos datam de período anterior ao Estatuto do Idoso. Apesar da lei que institui o Estatuto do Idoso ter sido sancionada em 2003, o projeto inicial é de 1997. Assim, desde a década de 1990, são formuladas políticas públicas especificamente destinadas aos idosos. Nesse contexto, a PNI foi estabelecida com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, como à alimentação e à saúde (BRASIL, 1994). A consonância com os princípios e diretrizes do SUS para recuperação, manutenção e promoção da autonomia e a independência dos idosos é objetivo da PNSPI (BRASIL, 2006b).

As políticas públicas devem oferecer cuidados sistematizados, organizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos e podem colaborar

com a realização da SAN a fim de garantir o alcance do DHAA de pessoas com NEA. Objetivou-se verificar a contribuição de elementos da PNAISC, da PNI, da PNSPI e da PNAN para a formulação e implementação de programas estaduais e municipais voltados para a garantia do DHAA de crianças e idosos em TNED, considerando não há política pública nacional específica voltada a esse público-alvo.

Com vistas a responder ao questionamento e ao objetivo expostos, foi realizada análise documental da PNAISC (BRASIL, 2015b), da PNI (BRASIL, 1994), da PNSPI (BRASIL, 2006b) e da PNAN (BRASIL, 2013b). A análise documental foi realizada por meio de análise de conteúdo, considerando os contextos e o processo de construção do texto. Para avaliar qualitativamente as informações pela análise do conteúdo, considerou-se que tudo o que é escrito é suscetível a ser analisado com um conjunto de técnicas de análise das comunicações com vistas a obter indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (MINAYO, 1992).

Assim, foi realizada análise do conteúdo dos documentos que representam textualmente as políticas. Considerou-se o conteúdo básico das políticas para realizar a análise: introdução (bases legais e justificativa); propósito (delimita raio de ação e constitui a base para a avaliação de impacto); diretrizes para o alcance do propósito; responsabilidades institucionais; e parâmetros para avaliação. A partir da análise, fragmentos que continham elementos necessários para o alcance do DHAA de crianças e de idosos em TNED foram extraídos do texto.

Os documentos referentes às políticas públicas nacionais são considerados documentos com informações de acesso público e sua análise dispensa a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016 (CNS, 2016).

4.2.2 Contribuições das políticas nacionais para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

O conteúdo dos documentos das políticas públicas nacionais que expressam os elementos necessários para o alcance do DHAA de crianças e idosos em TNED está apresentado nos Quadros 5, 6, 7 e 8 representando a análise da PNAISC, da PNI, da PNSPI e da PNAN, respectivamente.

4.2.2.1 Contribuições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de crianças em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

A análise de conteúdo do documento da PNAISC expôs os elementos para o alcance do DHAA de crianças em TNED (QUADRO 5). Os princípios, as diretrizes e os eixos estratégicos foram considerados importantes contribuintes para o cuidado às NEA. No eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, entre as ações estratégicas estão a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado e o fomento da atenção e internação domiciliar. Mas, as crianças em TNED não são diretamente mencionadas no eixo referente à atenção para situações específicas e de vulnerabilidade. Entre às ações estratégicas desse eixo estão apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco (BRASIL, 2015b). Nesse caso, pode-se considerar as crianças em risco nutricional.

QUADRO 5 – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NECESSÁRIOS AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE CRIANÇAS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO

(continua)

PRINCÍPIOS	DIRETRIZES	EIXOS ESTRATÉGICOS
Direito à vida e à saúde Prioridade absoluta da criança Acesso universal à saúde Integralidade do cuidado Equidade em saúde Ambiente facilitador à vida Humanização da atenção Gestão participativa e controle social	Gestão interfederativa das ações de saúde da criança Organização das ações e serviços nas redes de atenção Promoção da saúde Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família Qualificação da força de trabalho do Sistema Único de Saúde Planejamento e desenvolvimento de ações Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento Monitoramento e avaliação	Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e

(conclusão)

	Intersetorialidade	risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva

FONTE: Adaptado de Brasil (2015b).

4.2.2.2 Contribuições da Política Nacional do Idoso para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

Por meio da análise de conteúdo do documento da PNI (BRASIL, 1994), apresentam-se os elementos necessários para o alcance do DHAA de idosos em TNED, conforme descritos no Quadro 6. Foram destacados os princípios, as diretrizes e as ações governamentais na área da saúde que colaboram com o cuidado de nutrição de idosos em TNED.

QUADRO 6 – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE REGEM A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E AÇÕES GOVERNAMENTAIS NA ÁREA DA SAÚDE NECESSÁRIOS AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO

PRINCÍPIOS	**DIRETRIZES**	**AÇÕES GOVERNAMENTAIS NA ÁREA DA SAÚDE**
Família, sociedade e Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania Não discriminação do idoso Idoso deve ser principal agente e destinatário das transformações efetivadas por meio da Política Nacional do Idoso	Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso Participação do idoso na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos Priorização do atendimento ao idoso pelas suas próprias famílias Capacitação de recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços	Garantir a assistência à saúde ao idoso Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso Realizar estudos epidemiológicos, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação do idoso Criar serviços alternativos de saúde para o idoso

FONTE: Adaptado de Brasil (1994).

4.2.2.3 Contribuições da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

No Quadro 7, estão descritos os elementos necessários para o alcance do DHAA de idosos em TNED identificados na análise de conteúdo do documento textual da PNSPI, destacando-se as diretrizes e ações da política (BRASIL, 2006b).

QUADRO 7 – DIRETRIZES QUE REGEM A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NECESSÁRIAS AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO

DIRETRIZES	AÇÕES
Atenção integral, integrada à saúde	- Estruturação de linha de cuidados com foco no usuário - Estabelecimento de fluxos bidirecionais - Provimento de infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado tecnicamente - Incorporação, na Atenção Básica, de mecanismos para aumento da qualidade e da resolutividade - Preferência por abordagem preventiva e intervenção precoce às intervenções curativas tardias - Ponderação à ineficácia do modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual na prevenção, educação e intervenção - Consideração dos anseios do idoso e de sua família nas intervenções profissionais - Verificação do potencial do idoso para desenvolver fragilidade, de necessidade de atenção específica pelos profissionais de saúde e acompanhamento com maior frequência - Avaliação dos recursos locais para lidar com a fragilidade, de modo a facilitar o cuidado domiciliar - Estabelecimento de ações de prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, de acordo com a condição funcional do idoso
Ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção	- Previdência Social - Sistema Único de Assistência Social - Justiça e Direitos Humanos
Recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde	- Definição e pactuação das formas de financiamento com os estados, o Distrito Federal e os municípios - Fundamentação dos mecanismos e dos fluxos de financiamento pelas programações ascendentes de estratégias que valorizem o cuidado humanizado
Participação e fortalecimento do controle social	- Estímulo à inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa

FONTE: Adaptado de Brasil (2006b).

4.2.2.4 Contribuições da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada de Crianças e de Idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

Os elementos necessários para o alcance do DHAA de crianças e de idosos em TNED obtidos na análise de conteúdo do documento textual da PNAN estão apresentados no Quadro 8. Dessa política pública, destacam-se os princípios, diretrizes e responsabilidades institucionais (BRASIL, 2013b).

QUADRO 8 – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO REFERENTES AO ALCANCE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE CRIANÇAS E DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO

ELEMENTOS/PILARES	AÇÕES/DESCRIÇÕES
Princípios	- Universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular - Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde - Respeito à diversidade e à cultura alimentar - Fortalecimento da autonomia dos indivíduos - Determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição - Segurança alimentar e nutricional com soberania
Diretrizes	- Organização da Atenção Nutricional - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável - Vigilância Alimentar e Nutricional - Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição - Participação e Controle Social - Qualificação da Força de Trabalho - Controle e Regulação dos Alimentos - Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição
Responsabilidades institucionais	- Ministério da Saúde - Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal - Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

FONTE: Adaptado de Brasil (2013b).

Na análise do conteúdo dos documentos, foi possível verificar que existem elementos da PNAISC, da PNI, da PNSPI e da PNAN que contribuem para o alcance do DHAA de crianças e de idoso em TNED. Entre eles, podem ser citados: a priorização do cuidado em saúde na AB, o que inclui a AD e atende a integralidade e a humanização, a participação social dos usuários em todos os momentos do ciclo da política, a necessidade de capacitação e Educação Permanente dos profissionais que atuam na assistência às crianças e aos idosos. Ainda, destaca-se a importância da articulação intersetorial para planejamento e execução das ações e a participação da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal na destinação de recursos para assegurar a qualidade da atenção à saúde.

4.2.3 Elementos das políticas públicas nacionais nos programas voltados a crianças e idoso em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio: evidências e desafios

O presente estudo demonstrou os elementos da PNAISC, da PNI, da PNSPI e da PNAN que podem contribuir para o alcance do direito à saúde e para efetivar a realização da SAN com vistas a garantir o DHAA de crianças e de idosos em TNED. A efetivação desses direitos sociais por meio de ações do poder público, incluindo

programas estaduais e municipais, apresenta inúmeros desafios. Entretanto, algumas experiências se destacam na operacionalização das políticas públicas nacionais.

Nesse contexto, a PNAN é destacada como articuladora entre o campo da saúde e da SAN, sendo que a cooperação e articulação intersetorial entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional levam ao fortalecimento das ações de cuidado de nutrição. Assim, a atenção às NEA, como a nutrição enteral, deve ser assegurada nos diferentes pontos das RAS do SUS, incluindo a AD, garantindo a integralidade do cuidado (BRASIL, 1994, 2006a, 2015a; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

4.2.3.1 Integralidade e Humanização no cuidado efetivo em domicílio a crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral

As crianças e as pessoas idosas com NEA e clinicamente estáveis, prioritariamente, devem receber os cuidados em domicílio (BRASIL, 2015a, 2015b). A AD é uma das ações estratégicas da PNAISC para atenção às crianças que apresentam doenças ou agravos (BRASIL, 2015b). Para os idosos, a PNI destaca o acompanhamento familiar e convívio com outras gerações (BRASIL, 1994), o que é possibilitado na AD. Assim, a importância da AD já foi reconhecida, sobretudo para a efetivação dos princípios do SUS, mas, como estratégia política, a AD ainda está em fase de implantação (SOUSA; SOUSA, 2019) e faz-se necessária a realização de seu monitoramento e avaliação.

Para avaliar a efetividade da AD voltada para crianças (29 dias a 12 anos incompletos) com condições crônicas de saúde em Minas Gerais, entre 2012 e 2016, foi realizado um estudo transversal em que foi comparado um grupo em atenção hospitalar e um grupo em AD. Os resultados desse estudo demonstraram menor número de procedimentos e infecções para as crianças em AD em comparação com as hospitalizadas. Além disso, a AD apresentou menores taxas de readmissão e leitos hospitalares otimizados, que pode ser considerado uma indicação de efetividade da AD (CARVALHO *et al*., 2019). Os benefícios da AD para as pessoas idosas também foram verificados, sendo que o atendimento eficiente está relacionado com a corresponsabilização e a capacitação dos profissionais. A abordagem humanizada, a criação de vínculo e a participação de cuidadores e

familiares também otimizam projeto terapêutico (XAVIER; NASCIMENTO; CARNEIRO JUNIOR, 2019).

Assim, para efetividade da TNED, é importante que a família e cuidadores de crianças e idosos recebam assistência dos profissionais de saúde, os quais devem estar capacitados para prestar cuidados de nutrição (BISCHOFF *et al*., 2020). A intervenção de nutrição deve ser realizada o mais precoce possível e considerar elementos históricos, recursos individuais, domiciliares e sociais, bem como a rede de suporte disponível, para realizar recomendações adequadas à realidade da criança ou do idoso e de suas famílias (BRASIL, 2006b; VOLKERT *et al*., 2006; FIDELIX, 2014).

As recomendações de dietas para a TNED referem-se às preparadas com alimentos e às fórmulas comerciais para nutrição enteral. As dietas elaboradas com alimentos permitem a variação dos seus componentes, respeitando tanto as recomendações dietéticas quanto os hábitos alimentares das pessoas em TNED e sua família. Apesar de dieta preparada com alimentos não ser recomendada para TNED pelas diretrizes europeias (BISCHOFF *et al*., 2020), ela pode apresentar qualidade nutricional e microbiológica, desde que preparada de acordo com as orientações (BENTO; DIEZ GARCIA; JORDAO JUNIOR, 2017; JANSEN *et al*., 2017), doenças e agravos e estado nutricional. Tanto as dietas com alimentos quanto as fórmulas comerciais estão sujeitas à contaminação microbiológica quando manipuladas no domicílio (BRASIL, 2015a). A normatização e o controle sanitário da produção, comercialização e distribuição dos alimentos que compõe a dieta preparada com alimentos e das fórmulas comerciais são fundamentais para a realização da SAN (BRASIL, 2013b).

Portanto, para que a indicação da dieta com alimentos ou da fórmula comercial esteja adequada às necessidades a criança e do idoso em TNED, todas as etapas que compõe o cuidado de nutrição devem ser respeitadas, desde a triagem de risco nutricional, o acompanhamento, a gestão e a comunicação. Uma das etapas intermediárias do cuidado de nutrição é a intervenção nutricional (FIDELIX, 2014), como as orientações nutricionais e as prescrições dietéticas, a qual é atividade privativa do nutricionista (BRASIL, 1991). Mas, para ser efetivo, o cuidado em TNED deve ser realizado por diferentes profissionais da saúde.

4.2.3.2 Capacitação e Educação Permanente dos profissionais de saúde para o cuidado de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

Na AB, equipes multiprofissionais apoiam as equipes de referência por meio de matriciamento, em que se propõe o intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Contudo, faz-se necessário destacar que mudanças a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorridas em 2017, podem dificultar o apoio matricial devido ao regime de cargas horárias previsto e à baixa indução para as Unidades de Saúde funcionarem com atributos e diretrizes observados na Estratégia Saúde da Família (ESF) (MELO *et al*., 2018), impactando na comunicação entre os profissionais.

A comunicação entre os profissionais que atuam na AB e entre os diferentes pontos das RAS, como AB e atenção hospitalar, é importante para que os cuidados em TNED sejam efetivos (THIEME *et al*., 2014). Em todos os pontos das RAS, a atenção nutricional deve articular ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, caracterizando parte do cuidado integral (BRASIL, 2013b, 2015a). A TNED, por sua vez, faz parte da integralidade do cuidado de crianças e de idosos que necessitam de via alternativa para alimentação. Assegurar alimentação e nutrição adequadas é indispensável para manutenção da vida (BRASIL, 2006a; ALVES; JAIME, 2014). Nesse sentido, o dever de garantir o direito à vida das crianças e das pessoas idosas é da família, com apoio do Estado e da sociedade (BRASIL, 1994, 2003, 2015b), enquanto o acesso à alimentação e à nutrição adequadas deve ser garantido sem qualquer espécie de discriminação (BRASIL, 2006a, 2006b) do Estado, da sociedade e da família. Contudo, crianças e pessoas idosas ainda sofrem discriminação por diferentes motivos.

Crianças com doenças crônicas podem ser discriminadas pela dificuldade de desenvolverem determinada atividade coletiva, sobretudo no ambiente escolar, tendo seu convívio social limitado, o que interfere em sua autoestima e desenvolvimento. Para as crianças ostomizadas, com gastrostomia para nutrição enteral, por exemplo, faz-se necessário conhecer os fatores que interferem na discriminação familiar e social. Reconhecer esses fatores possibilita apoiar a formação e a capacitação de profissionais de saúde e estabelecer prioridades no cuidado (VIEIRA; LIMA, 2002; MELO *et al*., 2020). O reconhecimento desses fatores é também importante para a atenção às pessoas idosas. Os idosos vivenciam

episódios de discriminação relativos aos contextos sociais, quanto a serem ignorados e sofrer insultos ou serem vítimas de paternalismo, com limitação da sua autonomia. Ainda, podem ser discriminados pela condição de saúde (COUTO *et al*., 2009), incluindo aquelas que necessitam de via alternativa para alimentação e nutrição.

A TNED pode representar discriminação tanto para crianças quanto para idosos, pois pode trazer outras dimensões para o processo nutritivo e para o ato de alimentar-se (MAZUR *et al*., 2014) devido ao uso da sonda e por desconsiderar as dimensões simbólicas da alimentação. Crianças e idosos não devem ser discriminados por utilizarem TNED como coadjuvante no tratamento de doença ou condição clínica, visto que a TNED é parte da garantia da sua dignidade e bem-estar.

A discriminação é um problema de inclusão e de exclusão de indivíduos em uma determinada sociedade e faz-se fundamental a elaboração e efetivação de estratégias para sua eliminação. Com vistas a solucionar, em partes, esse problema, os princípios e diretrizes da PNAISC, da PNI, da PNSPI e da PNAN orientam para inclusão e a participação nos espaços institucionalizados de controle social. Desse modo, nos conselhos e conferências de saúde devem ser pautadas questões relacionadas às crianças e à população idosa e realizados o monitoramento e a avaliação das políticas públicas, bem como o controle da alocação e da utilização de recursos (BRASIL, 1994, 2006b, 2013c, 2015b). Assuntos referentes aos cuidados de crianças e de idosos em TNED devem fazer parte da pauta dos conselhos e das conferências de saúde.

4.2.3.3 Participação social nos momentos do ciclo das políticas públicas voltadas a crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

Os conselhos gestores, como o de Saúde, e os conselhos de direitos, como o da Criança e do Adolescente e o do Idoso, constituem espaços privilegiados para a coordenação, articulação e interação entre os atores implicados em uma política. Os cidadãos, incluindo as crianças e os idosos, devem participar efetivamente dos conselhos para que ocorra o reconhecimento do seu papel social e a realização de diagnósticos periódicos da situação de efetivação dos seus direitos (BERNARDES, 2007; MOREIRA; GRIGNANI, 2020). Contudo, crianças e idosos em TNED podem

apresentar dificuldade para participar ativamente dessas instituições, tanto pela idade, como no caso das crianças, quanto pela condição clínica. Nesse caso, devem ser representados por organizações e entidades que incluam e defendam suas questões na pauta dos conselhos gestores e de direitos.

Nesse sentido, faz-se necessária a qualificação dos conselheiros e dos participantes das conferências para estimular ações direcionadas às crianças e aos idosos (BERNARDES, 2007; ALMEIDA; TATAGIBA, 2012), incluindo aqueles em TNED. Frequentemente, para que as ações sejam executadas, as questões devem ser transformadas em problemas, com vistas a serem inseridos na agenda pública (KINGDON, 1995), considerado o primeiro momento do ciclo da política pública, que é composto pela configuração da agenda, formulação de política, tomada de decisão, implementação e avaliação (JANN; WEGRICH, 2007).

Para a entrada de um problema na agenda pública, os estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças e agravos podem ser úteis. Assim, informações de morbidade, mortalidade e cobertura de programas e serviços de saúde e da avaliação de intervenções e de programas e ações propostos pela PNAN permitem melhor diagnóstico situacional para subsidiar o planejamento da atenção nutricional para crianças e idosos em TNED e para propor ações, como a criação de programas, protocolos e serviços para o cuidado em TNED ou o aprimoramento daqueles já existentes.

Entretanto, não há no Brasil a obrigatoriedade e a sistematização de registro sobre a TNED. A importância de registrar esses dados relaciona-se ao desenvolvimento de políticas públicas efetivas voltadas para esse grupo da população. Para a formulação e a execução de políticas públicas tanto nacionais quanto municipais, é imperativo conhecer a incidência e a prevalência de TNED, bem como a condições de saúde e nutrição, as características sociodemográficas e a distribuição geográfica em território nacional. A inexistência desses estudos mantém a realidade brasileira quanto à essa modalidade terapêutica desconhecida. Nesse contexto, permanece a necessidade de o poder público embasar suas ações em pesquisas que retratam a realidade quanto à TNED em outros países, em registros de dados referentes a partes do Brasil, como municípios específicos, ou em outras demandas, como as decisões judiciais.

Quanto à incidência e à prevalência de crianças em TNED, pesquisas realizadas na Europa apontaram aumento nos últimos anos (SZLAGATYS-

SIDORKIEWICZ *et al*., 2012; PEDRÓN-GINER *et al*., 2013; LEZO *et al*., 2018). A frequência de idosos em TNED também cresceu, sendo que estudos demonstraram que a maioria dos indivíduos em TNED em diferentes países apresentaram idade superior a 60 anos (WONG *et al*., 2017; GRAMLICH *et al*., 2018; MAZUR *et al*., 2019). Dessa forma, o grupo de pessoas com NEA que fazem uso de TNED é composto majoritariamente por crianças e idosos, os quais apresentam-se vulneráveis devido a demandas específicas. Além disso, deve-se respeitar seus direitos e suas necessidades.

O respeito aos direitos e o alcance das necessidades de crianças e idosos em TNED podem ser efetivados por meio de programas, principalmente estaduais e municipais, que operacionalizam as políticas públicas nacionais, como a PNAISC, a PNI, a PNSPI e a PNAN. Nesse sentido, faz-se importante que os programas voltados às crianças e aos idosos em TNED considerem os princípios, as diretrizes, os eixos estratégicos e as ações dessas políticas públicas nacionais. A inclusão da integralidade, da intersetorialidade, da identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos, da qualificação dos profissionais de saúde e da corresponsabilização da família nesses programas poderia atender às especificidades para o cuidado em TNED.

As especificidades e necessidades de nutrição de crianças e de idosos em TNED devem ser investigadas para atenção à saúde com maior qualidade e mais resolutiva. A equipe de saúde deve aplicar instrumentos de triagem e avaliação nutricional adequados às crianças e pessoas acima de 60 anos. Ressalta-se que a Vigilância Alimentar e Nutricional é uma das diretrizes da PNAN (VOLKERT *et al*., 2006; BRASIL, 2013b) e que informações nutricionais referentes aos indivíduos e coletividades pertencentes a diferentes grupos etários e com diversidade nutricional e alimentar, como em TNED, bem como de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade, devem ser verificadas periodicamente. Os usuários com NEA, em vulnerabilidade, devem ser prioritariamente atendidos, a fim de respeitar um dos princípios doutrinários do SUS, a equidade (BRASIL, 1990a, 2013b). Entretanto, apesar da relevância da equidade, todos os princípios doutrinários e organizativos no SUS devem ser considerando para formulação de programas voltados às pessoas com NEA no Brasil.

4.2.3.4 Programas voltados ao cuidado em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio: experiências e desafios para a efetivação do direito à saúde e à alimentação

Experiências internacionais demonstram que os programas voltados para cuidados em TNED ofertam recursos variados. Apesar das diferenças, os indivíduos em TNED que não fazem parte de um programa enfrentam desafios, incluindo dificuldade para acessar uma equipe multiprofissional, maior frequência de complicações e a ausência de capacitação de cuidadores e familiares. Além dos diferentes recursos, há países em que o usuário paga total ou parcialmente pelos cuidados em TNED e outros países em os programas são financiados pelo governo (GRAMLICH *et al*., 2018).

No Brasil, o Programa Melhor em Casa atende aos usuários do SUS em domicílio e está organizado em três modalidades: AD 1, AD 2 e AD 3. As modalidades são definidas de acordo com a caracterização do usuário e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado, sendo que a atenção nutricional está prevista na AD 1, AD 2 e AD 3. Frequentemente, a recuperação nutricional é considerada condição que necessita de cuidados de menor complexidade e de recursos de saúde, ficando sob responsabilidade da equipe de AB na modalidade AD 1 (BRASIL, 2012a, 2016a), mas os usuários em TNED podem apresentar-se acamados, terem sido hospitalizados recentemente ou apresentar doenças que causam incapacidade funcional, necessitando de acompanhamento frequente pela equipe de saúde (BRASIL, 2006b). Nesse sentido, municípios brasileiros têm formulado e implementado programas voltados às pessoas com NEA, incluindo a atenção a crianças e idosos em TNED, cujas ações são executadas pela equipe da AB.

Ao analisar programas voltados às NEA de sete municípios da 2ª regional de saúde do Paraná, foi verificado que as doenças que acometem crianças foram citadas com maior frequência comparado às condições clínicas de pessoas idosas. Observou-se, também, a priorização de diretrizes para a organização do fornecimento de produtos em detrimento do estabelecimento de diretrizes para o cuidado de nutrição. Porém, ainda que os programas apresentem critérios para fornecimentos de fórmulas comerciais para TNED, a dieta elaborada com alimentos para TNED é preconizada, associada à orientação nutricional e acompanhamento nutricional (THIEME. SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

O cuidado efetivo aos usuários em TNED depende, portanto, da existência e da organização de equipe multiprofissional, bem como de outros recursos. A partir de 2016, no Brasil, observaram-se modificações que acarretam redução dos recursos financeiros para a saúde pública e na dimensão organizativa e funcional da AB, as quais podem impactar na atenção às NEA no SUS. Melo *et al*. (2018) destacaram que essas modificações aconteceram em uma conjuntura de crise política e econômica do país e vem incidindo de forma avassaladora sobre políticas sociais.

No que se refere ao financiamento, a Emenda Constitucional nº 95/2016 estabelece um teto de despesas por vinte anos e limita o crescimento de gastos federais em saúde à inflação (BRASIL, 2016c), indicando desmonte da seguridade social e a desestruturação da saúde pública, bem como ignora as necessidades de saúde da população (MENDES, 2016), repercutindo nos cuidados prestados na AB. Ainda, observa-se baixa perspectiva de ampliação de recursos financeiros para a AB. A PNAB versão 2017 difere da PNAB versão 2011 na flexibilização da modalidade de organização ESF e AB tradicional e, apesar de não trazer mudanças quanto às categorias profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), nem sobre a carga horária, parece haver outra concepção do trabalho. A composição do Nasf-AB não sofreu alteração, mas, observam-se mudanças no quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e nas suas atribuições. Assim, o propósito central da PNAB versão 2017 é a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF (MELO *et al*., 2018). A diminuição dos recursos financeiros e as alterações na organização e na concepção do trabalho na AB podem impactar tanto na formulação e implementação de programas voltados a crianças e idosos em TNED quanto na execução de ações de cuidados em nutrição aos usuários em TNED.

4.2.3.5 Ações judiciais e o direito à saúde e à alimentação de usuários em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

A formulação e implementação de programas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são justificadas em alguns municípios pelas demandas crescentes por fórmulas nutricionais comerciais por via judicial. A judicialização da saúde ocorre pela ausência de efetividade do direito à saúde no Brasil, indicada por meio da

dificuldade de acesso ao direito à saúde pela população brasileira (PICCIRILLO; ZAIA, 2016). No caso da TNED, as ações judiciais podem estar, também, vinculadas ao alto custo que, geralmente, as fórmulas comerciais para nutrição enteral apresentam, bem como a inexistência de financiamento específico no SUS, exceto em âmbito hospitalar, e devido à influência do *lobby* do mercado e da indústria (PEREIRA *et al*., 2014; SILVA; DELDUQUE, 2019), impactando nas condutas profissionais.

Pereira *et al*. (2014) verificaram que a prescrição desse tipo de fórmula foi de responsabilidade de serviços públicos de saúde em mais da metade dos processos analisados em 2013. Os usuários solicitantes foram, principalmente, crianças e indivíduos com idade acima de 41 anos, com doenças neurológias ou doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. A representação na ação judicial ocorreu especialmente pelas Defensorias Públicas (PEREIRA *et al*., 2014). Nesse sentido, é importante conhecer o olhar dos representantes do sistema de justiça, como das Defensorias Públicas.

A análise das percepções de representantes do sistema de justiça referente à judicialização do acesso a fórmulas nutricionais comerciais, realizada por Silva e Delduque (2019), demonstrou que o sistema de justiça reconhece o direito à alimentação e que, para a sua garantia, são necessárias ações intersetoriais, mas o julgamento dos pleitos ocorre apenas considerando direito à saúde. Assim, apesar do reconhecimento do direito à alimentação, verificou-se que a compreensão do conceito de SAN está distante do processo de trabalho do sistema de justiça. Ainda, foi observada incompreensão sobre a análise técnica das fórmulas nutricionais comerciais, equiparando-as com medicamentos (SILVA; DELDUQUE, 2019). O sistema de justiça deve ter apoio técnico e político no que diz respeito às principais doenças/agravos que demandam fórmulas nutricionais comerciais, bem como sobre diagnóstico, tratamentos possíveis e existência de conflitos de interesse (PEREIRA *et al*., 2014).

Nesse contexto, o sistema de justiça deve ser inserido nas instâncias de debate da SAN e do DHAA, de forma a discutir o papel do SUS na garantia das fórmulas nutricionais comerciais, visto que diálogos institucionais são a estratégia mais precisa para o enfrentamento da judicialização (SILVA; DELDUQUE, 2019). Esse enfrentamento é necessário pelos processos judiciais poderem apresentar resultados negativos para o SUS, configurando-se um problema para os gestores. A

articulação entre os poderes Judiciário e Executivo pode resultar em soluções conjuntas para garantir o direito à saúde, sem que haja prejuízos para a gestão e organização do SUS (PEREIRA *et al*., 2014). A judicialização do direito à saúde pode ser uma forma de efetivação do direito à saúde acessível à toda a população, mas, ao mesmo tempo, pode ampliar as desigualdades já existentes (PEREIRA *et al*., 2014; PICCIRILLO; ZAIA, 2016).

A criação de um acesso desigual ao SUS, favorecendo sobremaneira aqueles que acionam o Judiciário, é um dos impactos da judicialização. Ainda, observa-se a dificuldade para o planejamento e a gestão do orçamento público devido à imprevisibilidade do gasto imposto pelas ações. Os gestores públicos são desafiados a lidar com os gastos gerados pelo cumprimento de decisões judiciais dentro de um contexto de orçamentos limitados. Os juízes entendem que todos os entes da Federação podem ser igualmente responsabilizados pelo fornecimento de qualquer item solicitado pelo usuário, que potencialmente sobrecarrega os municípios (WANG *et al*., 2014), principais responsáveis pela organização dos cuidados em TNED.

4.2.3.6 Entes da Federação e o alcance do direito à saúde e à alimentação de usuários em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio

Além das ações da Justiça, o Sistema Único de Assistência Social e previdência social são fundamentais para o enfrentamento das situações de risco social e pobreza de pessoas em TNED e defender os seus direitos, como à saúde e à alimentação. A garantia desses direitos depende da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, os quais devem implementar programas e ações de alimentação e nutrição nas RAS, destinando recursos para seu financiamento. Esses recursos são necessários para aprimorar a qualidade técnica e para prover insumos e suporte em todos os pontos de atenção à saúde das RAS, sobretudo na AD. Assim, para a atenção nutricional de crianças e de idosos em TNED, faz-se necessário financiamento adequado, equipamentos, estrutura física, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação do trabalho nas RAS.

Além de equipe capacitada, o diálogo entre profissionais de saúde e usuários é importante para o exercício da responsabilidade compartilhada, da autonomia e do autocuidado, bem como para ampliação da capacidade de

transformar a realidade (HERSH; SALZMAN; SNYDERMAN, 2015). O modo como os profissionais de saúde se comunicam com a criança ou o idoso e sua família e cuidadores, bem como a forma que os serviços de saúde são prestados são dimensões do acesso à saúde (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014). Por isso, os fluxos entre os pontos de atenção à saúde nas RAS devem facilitar o acesso das pessoas em TNED aos cuidados, considerando-se desde o acesso físico aos serviços de saúde até o acesso à informação, a fim de aumentar a qualidade e a resolutividade da atenção (BRASIL, 2006b, 2010a).

Contudo, a organização das RAS é dificultada pelo pacto federativo e a organização do SUS com base no município, o que compromete a resolutividade do sistema. Nesse sentido, o estudo das responsabilidades sanitárias e do papel das três esferas de governo e a promoção da articulação entre elas são necessários, para que atuem em um coletivo capaz de consolidar as redes de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017). As falhas na organização da atenção à saúde podem prejudicar o cuidado integral de indivíduos com NEA. Mas, o reconhecimento dessas falhas pode subsidiar a tomada de decisão quanto a estratégias de aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde (PEREIRA *et al*., 2014). O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estar articulados nas estratégias para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação social referentes à TNED.

4.2.4 Considerações finais

A PNAISC, a PNI, a PNSPI e a PNAN apresentam princípios, diretrizes, eixos estratégicos e ações que contribuem para a garantia do direito à saúde e a realização da SAN com vistas ao alcance do DHAA de crianças e de idosos em TNED. Foi possível encontrar convergência de elementos nas políticas públicas nacionais analisadas, como: a priorização do cuidado em saúde na AB, o que inclui a AD, a integralidade, a humanização, a necessidade de capacitação e Educação Permanente dos profissionais, a importância da articulação intersetorial e a participação dos três entes da Federação na destinação de recursos. Esses elementos podem ser considerados para a formulação de programas estaduais e municipais voltados aos cuidados de crianças e idosos em TNED.

Além disso, é importante que os estados e municípios utilizem dados epidemiológicos, respeitem as especificidades regionais e locais, considerem critérios de risco e vulnerabilidade e identifiquem a frequência de crianças e de idosos em TNED e os motivos que levaram à indicação dessa modalidade terapêutica, a fim de realizar formulação, implementação, monitoramento e avaliação de programas específicos voltados à operacionalização de políticas nacionais, como a PNAISC, a PNI, a PNSPI e a PNAN.

4.3 CAPÍTULO 3 – IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO DOMICÍLIO: INTEGRAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS E PROGRAMAS MUNICIPAIS

4.3.1 Introdução

As necessidades alimentares especiais ocorrem devido à alteração metabólica ou fisiológica, temporária ou permanente, que cause mudanças relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar. A nutrição enteral é uma das alternativas para terapia nutricional (TN) em todos os pontos de atenção à saúde das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a AB e o domicílio (BRASIL, 2013b, 2015a).

A Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED) pode ser recomendada para indivíduos que apresentam estabilidade clínica e risco nutricional ou desnutrição e que não conseguem alcançar suas necessidades nutricionais pela ingestão alimentar normal, mas possuem trato gastrointestinal funcionante. O objetivo da TNED é melhorar ou manter o estado nutricional e a capacidade funcional, bem como aumentar a qualidade de vida (BRASIL, 2013b; MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020).

A maior frequência de idosos em TNED nos últimos vinte anos tem sido observada devido à alta prevalência de doenças crônicas, como neoplasias e doenças neurológicas (MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020). No SUS, a organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição nas necessidades especiais de alimentação (NEA) e a efetivação da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), com vistas à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), são orientadas pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Além da PNAN, outras políticas públicas podem contribuir para alcançar o direito à saúde e o DHAA, especialmente de idosos em TNED, como, a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 1994, 2006a, 2006b, 2013b, 2015a). Diferentes políticas devem ser adotadas pelo poder público para garantir a SAN, entendida como o direito dos indivíduos, incluindo de grupos populacionais específicos, em acessar de forma regular e permanente alimentos de qualidade, em quantidade

suficiente, sem que o acesso a outras necessidades essenciais seja comprometido, a fim de promover a saúde e a nutrição (BRASIL, 2006a).

Assim, as ações com vistas ao alcance da SAN das pessoas idosas com NEA e em TNED devem considerar as especificidades desse grupo. A alimentação adequada, que é um direito fundamental (DHAA) (BRASIL, 2006a), pode ser garantida pelo acesso a alimentos necessários para preparação de dieta administrada via sonda ou de fórmulas comerciais para nutrição enteral (BISCHOFF *et al*., 2020). Nesse sentido, políticas, como a PNAN (BRASIL, 2013b), a PNI (BRASIL, 1994) e a PNSPI (BRASIL, 2006b) e programas podem colaborar tanto isoladamente quando de forma integrada para a garantia do DHAA de idosos em TNED.

As políticas públicas podem ser operacionalizadas por meio de programas. No Brasil, existem municípios que apresentam a implementação de programas com vistas aos cuidados de nutrição às pessoas com NEA, incluindo os idosos em TNED. Porém, é preciso verificar o quanto essas políticas e programas tem registrado a preocupação específica com os direitos dos idosos e propor a integração de suas ações. Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar se políticas públicas nacionais e programas municipais apresentam elementos que contribuem para a garantia do DHAA de idosos em TNED e propor a integração desses elementos.

4.3.2 Método

Estudo qualitativo em que foi utilizada a ferramenta de análise documental. Os documentos elencados para a produção dos dados foram a PNI, a PNSPI e a PNAN, bem como programas que operacionalizam a PNAN em municípios paranaenses. Foram analisados os protocolos ou normativas referentes a programas dos municípios da 2ª regional de saúde do Paraná de acordo com a divisão estabelecida pela Secretaria de Estado da Saúde. Para identificação da oferta de programa destinado ao cuidado de nutrição de pessoas com NEA, foi realizada pesquisa em sítio eletrônico de busca e sítios eletrônicos oficiais das Prefeituras Municipais dos 29 municípios da 2ª regional de saúde do PR entre os dias 15 e 19 de outubro de 2019.

Para as pesquisas em sítio eletrônico de busca, foram utilizados o nome do município juntamente com as palavras-chave: alimentação especial ou dietas

especiais ou fórmulas nutricionais ou nutrição enteral ou terapia nutricional. Nos sítios eletrônicos das Prefeituras Municipais, foi realizada busca por hiperlink para acesso à página da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que, quando disponível, foi utilizado para procura de programa, protocolo de programa, normativa de regulamentação de programa ou correspondente. Foi utilizada a ferramenta de busca e inseridas as palavras-chave: alimentação, dieta, fórmula, nutrição, nutricional, domicílio ou domiciliar.

A análise de conteúdo da PNI, da PNSPI e da PNAN foi realizada para avaliar qualitativamente as informações. A técnica de análise considera que tudo o que é escrito é suscetível a ser analisado com vistas a obter indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (MINAYO, 1992). A técnica de análise considerou os fragmentos que continham elementos necessários para o alcance do DHAA de idosos em TNED, que foram extraídos do texto.

A técnica utilizada para a análise do conteúdo dos protocolos e normativas foi a análise das relações, considerando a modalidade de análise de coocorrências. Procurou-se extrair dos textos dos documentos as relações entre as partes de uma mensagem. A sequência procedimental para a análise de coocorrências foi: (a) escolha da palavra-chave e categorização por tema; (b) recorte de texto em fragmentos; (c) presença ou ausência da palavra-chave em cada fragmento de texto; (d) cálculo de coocorrências; (e) representação e interpretação dos resultados (MINAYO, 1992).

As palavras-chave escolhidas foram: *idoso* e *direito*. As categorias temáticas do estudo foram estabelecidas a partir das palavras-chave. O texto foi recortado de acordo com o formato de apresentação do documento. Para os protocolos, considerou-se para análise duas partes: introdução e desenvolvimento. Para as normativas, foram consideradas as disposições preliminares e disposições gerais. As coocorrências foram demostradas quantitativamente por meio da frequência de fragmentos que apresentaram os dois termos pesquisados. A interpretação qualitativa dos resultados foi realizada considerando o contexto, o processo de construção dos documentos e a definição de SAN e de DHAA.

Com base nos resultados obtidos por meio da análise documental foi elaborada uma proposta para integração das políticas nacionais e programas municipais. A extração dos elementos dos documentos foi realizada por meio da

análise de conteúdo utilizando-se como orientação a população idosa e a definição de SAN e de DHAA. Isso permitiu a localização e a contextualização das informações contidas nos documentos. A proposta de integração foi elaborada utilizando o programa *Visual Paradigm Online*®, em que foram considerados os elementos convergentes identificados nos documentos.

Os documentos referentes aos programas são considerados de acesso público e sua análise dispensa a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016 (CNS, 2016).

4.3.3 Resultados

A análise do conteúdo dos documentos da PNI, da PNSPI e da PNAN possibilitou verificar que existem elementos convergentes nas políticas, como a priorização do cuidado em saúde na AB, incluindo a Atenção Domiciliar (AD), a participação social, a Educação Permanente dos profissionais de saúde, a articulação entre diferentes setores e a participação dos entes da Federação na destinação dos recursos (BRASIL, 1994, 2006b, 2013b). A integração desses elementos, os quais podem ser operacionalizados em programas, pode contribuir para o alcance do DHAA de idoso em TNED.

Os programas destinados aos cuidados às pessoas com NEA podem ser nacionais, estaduais ou municipais. Com maior frequência, os municípios são responsáveis por formular e executar esses programas. Na 2ª regional de saúde do Paraná, entre os 29 municípios, foram identificados sete (N=07; 24,1%) que possuem programa com vistas à organização do cuidado às pessoas com NEA. Para cinco municípios, foram encontrados protocolos dos programas, utilizados para organizar a atenção nutricional às NEA na AB e na AD por serem apresentados como materiais técnicos que norteiam o processo de trabalho das equipes, e para dois municípios, foram localizadas normativas, as quais apresentam-se na forma de decreto municipal, que instituem programas, mas não apresentam a descrição detalhada do processo de trabalho da equipe.

Por meio da análise do conteúdo dos protocolos (n=5), verificou-se que apenas um citou a palavra-chave *idoso* na introdução, mas todos a mencionaram no desenvolvimento. A palavra-chave *direito* foi mencionada por três protocolos na

introdução e por três no desenvolvimento. Para os protocolos, não foi verificada relação entre as palavras-chaves. A análise do conteúdo dos decretos demonstrou que nas disposições preliminares nenhum citou a palavra-chave *idoso*, mesmo resultado obtido para as disposições gerais, enquanto a palavra-chave *direito* foi observada em um decreto nas disposições preliminares e em um nas disposições gerais. A relação entre as palavras-chaves não foi verificada nos decretos. O quantitativo de citações das palavras-chave nos documentos analisados pode ser observado no Quadro 9.

A partir da análise do conteúdo dos protocolos e decretos, observou-se que a palavra-chave *idoso* foi citada até oito vezes, enquanto a palavra-chave *direito*, até seis vezes (QUADRO 9). A coocorrência foi verificada em três dos documentos analisados. A palavra-chave *idoso* foi identificada associada à avaliação nutricional, recomendações nutricionais, descrição de fórmulas comerciais para nutrição enteral, critérios de inclusão para dispensação de fórmulas comerciais para nutrição enteral e manutenção no programa. Por outro lado, observou-se a palavra-chave *direito* associada à vida, à saúde e à alimentação adequada, à informação, ao cadastro no programa para dispensação de fórmulas comerciais para nutrição enteral e à equidade.

A partir da análise do número de citações da palavra-chave *direito*, observou-se que a garantia do DHAA das pessoas com NEA não é mencionada nos objetivos dos programas. Ainda que não incluído nos objetivos, a alimentação e a nutrição foram citadas como determinantes e condicionantes da saúde, bem como requisitos básicos para sua promoção e proteção. Além disso, a alusão à saúde como direito de todos e dever do Estado estava incluída no texto de três documentos analisados (QUADRO 9).

A existência ou inexistência de ações governamentais para alcançar os direitos à saúde e à alimentação foram observadas de acordo com o modo como os protocolos e decretos foram sistematizados. Quanto aos direitos dos idosos, nenhum documento apresentou fluxo e critérios de inclusão específicos para pessoas com idade maior de 60 anos. Nos fluxos e critérios, destaca-se a padronização de normas e condutas para a dispensação de produtos, como fórmulas infantis, fórmulas comerciais para nutrição enteral, suplementos e módulos. Verificando-se, assim, a priorização de diretrizes para a organização do fornecimento de produtos em detrimento do estabelecimento de diretrizes para o cuidado de nutrição.

QUADRO 9 – ANO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA OU PUBLICAÇÃO DO DOCUMENTO, OBJETIVOS DOS PROGRAMAS, QUANTITATIVO DE CITAÇÃO DAS PALAVRAS-CHAVE E FRAGMENTOS DE TEXTO DOS PROTOCOLOS E DECRETOS DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA O CUIDADO NUTRICIONAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO DE MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ (N=7)

(continua)

ANO	OBJETIVOS	DOCUMENTO	PALAVRAS-CHAVE	FRAGMENTOS
2006	Promover a atenção nutricional e os cuidados de saúde	Protocolo	Idoso: Oito Direito: Zero	[...] *as recomendações nutricionais gerais utilizadas no (nome do programa) para a definição das necessidades nutricionais das crianças, adolescentes, adultos e idosos incluídos no programa.*
2009	Realizar acompanhamento do estado nutricional e o fornecimento de fórmulas industrializadas para fins especiais	Protocolo	Idoso: Três Direito: Três	*Fórmula/Suplemento Padrão Adulto/Idoso.* [...] *a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal* [...]
2014	Atender as solicitações de dietas e leites especiais e acompanhar o estado nutricional	Protocolo	Idoso: Um Direito: Três	*O aleitamento materno tem influência direta e indireta no controle de doenças como hipertensão, diabetes e obesidade (saúde do idoso).* [...] *deste modo não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças.*
2015	Fornecer/Dispensar dietas especiais, suplementos/ módulos alimentares e fórmulas infantis e realizar acompanhamentos dos pacientes	Protocolo	Idoso: Três Direito: Dois	*Dieta hipercalórica - Para pacientes adultos e idosos em condições clínicas relacionadas* [...] [...] *da Constituição Federal, preconiza que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso* [...]
2017	Atuar na avaliação, orientação, acompanhamento	Decreto	Idoso: Zero Direito: Dois	*Considerando que a alimentação adequada é direito básico do ser humano, indispensável à*

(conclusão)

	clínico e nutricional e no fornecimento de fórmulas infantis, dietas enterais industrializadas, suplementos alimentares e módulos de nutrientes			*realização dos seus direitos consagrados na Constituição Federal, cabendo ao Poder Público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para respeitar, proteger, promover e prover o direito humano à alimentação adequada e nutricional da população.*
2019	Avaliar a necessidade do uso de fórmulas alimentares e acompanhar e avaliar o tratamento dietético	Decreto	Idoso: Zero Direito: Um	*O cadastro para recebimento de Fórmulas Infantis e Suplementos Alimentares Orais e Enterais, objetos deste Programa, será avaliado pela Comissão de Suporte Nutricional, tendo direito ao cadastro as seguintes categorias de usuários: Lactentes, bebês prematuros, crianças e adulto* [...]
2019	Fornecer fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos/ módulos alimentares	Protocolo	Idoso: Três Direito: Seis	*O paciente idoso (≥ 60 anos) terá avaliação diferenciada considerando desnutrição IMC abaixo de 22 kg/m².* *Logo, todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado.*

FONTE: A autora (2020).

NOTA: Informações do quadro obtidas a partir da análise do conteúdo dos documentos (protocolos e decretos) dos programas municipais destinados aos cuidados de nutrição às pessoas com necessidades especiais de alimentação.

A análise dos documentos indicou que os programas possuem critérios para fornecimentos de fórmulas comerciais para TNED e que a dieta elaborada com alimentos para TNED, associada à orientação nutricional e acompanhamento nutricional, é preconizada pelos programas. A responsabilidade por adquirir os alimentos necessários para o preparo da dieta é do usuário em TNED e sua família, sendo que a não adesão à recomendação da dieta com alimentos não abona o fornecimento de fórmula comercial pelo município.

Para aquisição dos alimentos e preparo da dieta, são necessários diferentes recursos, entre o quais, o recurso financeiro. Em um dos protocolos analisados, foi encontrada a recomendação, em casos de desnutrição primária, para os usuários e familiares procurarem a Secretaria Municipal do Abastecimento para maiores

informações sobre as suas ações, como os equipamentos de SAN, sendo destacada como uma ação intersetorial que poderia favorecer as famílias de baixa renda.

A importância de conhecer a situação socioeconômica dos usuários foi observada na maioria dos documentos analisados. Mas, quanto aos critérios de inclusão e manutenção no programa, a renda familiar destacou-se em três dos documentos. Em um dos programas, a renda familiar não foi considerada. Entretanto, em dois programas, os critérios de inclusão consideravam a renda familiar. De acordo com o protocolo e o decreto, para ser incluído no programa, o usuário deve possuir renda familiar de até três salários-mínimos.

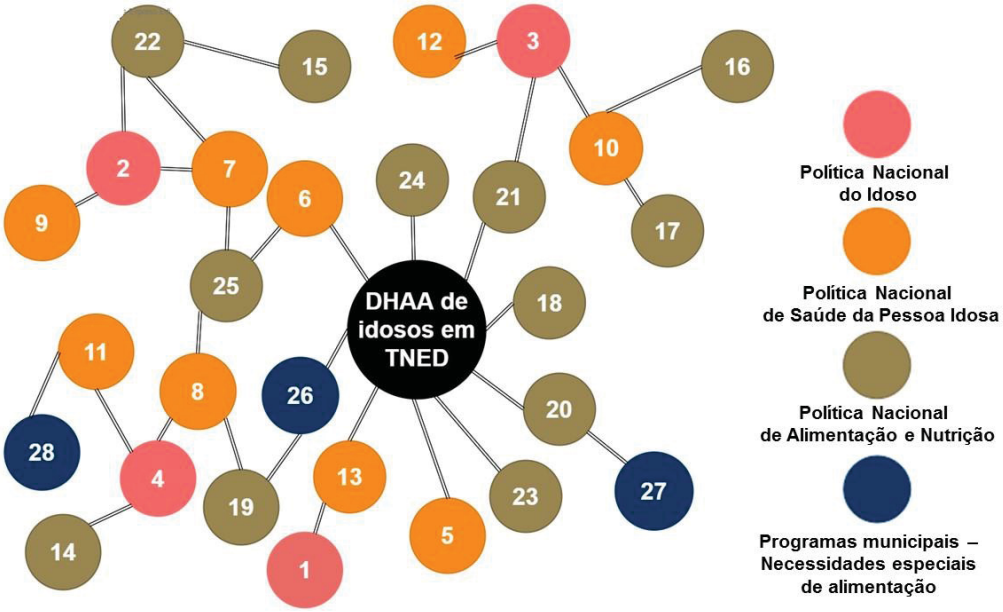
Considerando as situações de vulnerabilidade social e a necessidade de alcançar a SAN das pessoas com NEA, propõe-se neste estudo a integração das diferentes políticas e programas para a garantia do DHAA de pessoas idosas em TNED. A proposta apresentada na Figura 2 demonstra a integração da PNI, da PNSPI, da PNAN e dos programas específicos para o cuidado de nutrição de pessoas com NEA de sete municípios da 2ª regional de saúde do Paraná.

A elaboração da proposta de integração foi realizada com os 28 elementos extraídos dos documentos submetidos à análise de conteúdo. Da PNI, foram extraídos quatro elementos, nove da PNSI, doze da PNAN e, dos programas municipais, foi realizada a extração de três elementos.

A integração desses elementos extraídos das políticas públicas e dos programas municipais pode contribuir para o alcance do DHAA de idosos em TNED. A interlocução foi identificada entre 24 elementos, destacando-se aqueles que se referem à atenção integral, ao acesso em saúde, ao respeito à autonomia do usuário e à Educação Permanente dos profissionais de saúde.

A PNI, a PNSPI e a PNAN apresentaram-se pouco integradas aos protocolos e decretos. Após a identificação da escassa incorporação dos princípios, diretrizes, objetivos e ações dessas políticas públicas nos programas municipais, foi elaborada uma proposta de integração dos seus elementos, bem como dos programas municipais analisados, com vistas ao alcance do DHAA de idosos em TNED.

FIGURA 2 – PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E DOS PROGRAMAS MUNICIPAIS DE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS PARA A GARANTIA DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DE IDOSOS EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO



FONTE: A autora (2020).

LEGENDA: DHAA: Direito Humano à Alimentação Adequada; TNED: Terapia Nutricional Enteral em domicílio; 1. Dever da família, sociedade e Estado de assegurar os direitos da cidadania; 2. Capacitação de recursos humanos; 3. Participação do idoso no ciclo da política; 4. Assistência à saúde ao idoso; 5. Linha de cuidados e fluxos bidirecionais – aumentar qualidade e resolutividade da Atenção Básica; 6. Infraestrutura física e insumos adequados; 7. Qualificação técnica; 8. Ações de prevenção, reabilitação e recuperação. Prevenção e intervenção precoce preferencialmente às intervenções curativas; 9. Atenção multiprofissional; 10. Anseios do idoso e de sua família; 11. Atenção específica aos idosos frágeis; 12. Participação e fortalecimento do controle social; 13. Previdência Social, Sistema Único de Assistência Social e Justiça e Direitos Humanos; 14. Princípios do Sistema Único de Saúde; 15. Alimentação como elemento de humanização; 16. Respeito à diversidade e à cultura alimentar; 17. Fortalecimento da autonomia; 18. Determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; 19. Organização da Atenção Nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional. 20. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 21. Participação e Controle Social; 22. Qualificação da Força de Trabalho; 23. Controle e Regulação dos Alimentos; 24. Pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição; 25. Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal; 26. Promover a atenção nutricional e os cuidados gerais de saúde de pessoas com necessidades especiais de alimentação; 27. Fornecimento de fórmulas comerciais para nutrição enteral; 28. Realização de visitas domiciliares.

A integração das diferentes políticas e programas foi representada graficamente por uma rede. Princípios, diretrizes, objetivos e ações da PNI, PNSPI, PNAN e dos programas municipais foram inseridos em círculos, que se ligam com o propósito de alcançar o centro, o qual representa o DHAA de idosos em TNED. Assim, na apresentação da integração em rede, podem ser observados os elementos necessários para o alcance do DHAA de idosos em TNED.

4.3.4 Discussão

O presente estudo verificou elementos da PNI, da PNSPI, da PNAN e dos programas municipais e propôs a integração das políticas públicas nacionais e dos programas municipais para efetivar a realização da SAN com vistas a garantir o DHAA de idosos em TNED. A PNI, a PNSPI e a PNAN possuem elementos convergentes, os quais consideram os direitos da pessoa idosa. Nos protocolos e decretos dos programas municipais, foram extraídos menor número de elementos que podem contribuir para a garantia do DHAA de idosos em TNED comparado à PNSPI e à PNAN, bem como foi verificada baixa frequência de citação das palavras-chave *idoso* e *direito*.

Nos programas municipais, observou-se maior ênfase a condições clínicas e doenças que acometem crianças. As pessoas idosas e suas possíveis NEA específicas não foram explicitamente encontradas nos textos, nem a menção do Estatuto do Idoso e da PNSPI. Contudo, foi verificada a menção das Doenças Crônicas não Transmissíveis comuns no grupo populacional acima dos 60 anos, bem como a recomendação de TN em decorrência de seus sintomas ou sequelas.

O Ministério da Saúde recomenda que cada local (município ou serviço) deve ter definido seu próprio protocolo de cuidado às NEA, pois contribui para a eficiência e eficácia da gestão em saúde, além de funcionar como ferramenta de regulação e equidade na dispensação dos insumos (BRASIL, 2015a). As ações para os cuidados de nutrição de pessoas com NEA, estabelecidas por meio de programas, são descritas com maior detalhamento em protocolos quando comparado aos decretos.

Os protocolos conferem transparência aos critérios de inclusão e exclusão, à linha de cuidado e aos fluxos de atendimento com vistas a garantir o respeito aos princípios do SUS e o alcance do DHAA. Contudo, os protocolos analisados no presente estudo não consideraram as circunstâncias da senescência e da senilidade e os direitos específicos dos idosos para organizar a padronização dos cuidados em domicílio.

Os domicílios particulares são o local de residência da maioria dos idosos no Brasil, onde vivem com seu cônjuge, famílias ou sozinhos (CAMARANO; BARBOSA, 2016). As pessoas idosas apresentam necessidades específicas de cuidado, que são decorrentes das características de apresentação, instalação e desfecho dos

agravos em saúde. Considerando a alta prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis na população brasileira acima de 60 anos, bem como as suas sequelas, limitações funcionais e incapacidades, cuidados em saúde no domicílio podem ser necessários (BRASIL, 2006b; IBGE, 2010), incluindo a TNED. Nesse sentido, o aumento do número de idosos em TNED foi demonstrado por diferentes estudos realizados no Brasil e em outros países (MAZUR *et al*., 2019; BISCHOFF *et al*., 2020).

No cenário internacional, idosos norte-americanos e europeus relataram a necessidade de mais informações sobre suas condições de saúde e de comunicação mais clara sobre os diagnósticos e tratamentos propostos (MCGILTON *et al*., 2018). Como parte do processo de comunicação, os profissionais de saúde devem capacitar os cuidadores informais para a realização dos cuidados em saúde no domicílio.

O apoio aos cuidadores informais para capacitação no cuidado domiciliar de idosos, sobretudo após alta hospitalar, pode ser realizado por meio de contato telefônico de profissionais de enfermagem para identificar suas necessidades, orientar, informar e esclarecer os recursos existentes (SLATYER *et al*., 2019). No caso dos cuidados em TNED, além da capacitação referente aos cuidados técnicos, os programas e seus protocolos devem incluir o acompanhamento periódico do idoso com vistas a proporcionar segurança e conforto por meio de estabelecimento do vínculo.

O vínculo e a comunicação efetiva entre as pessoas que usam os serviços de saúde e os profissionais permitem maior habilidade para tomada de decisão em saúde. Na comunicação, deve-se evitar termos técnicos, dividir informações em etapas e avaliar a compreensão (HERSH; SALZMAN; SNYDERMAN, 2015). Na AB, o vínculo é condição para funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado, além de melhorar a adesão à terapêutica e favorecer a visita domiciliar (BARBOSA; BOSI, 2017). Na visita domiciliar, pode-se reforçar ou reformular as orientações de alta hospitalar, principalmente referentes à TNED (THIEME *et al*., 2014).

Para a comunicação entre profissionais de saúde com pacientes em TNED, seus cuidadores e familiares, é necessário que os profissionais tenham capacitação técnica e científica. De acordo com as diretrizes da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* -

ESPEN) sobre TNED, todos os profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento ao paciente devem receber educação e treinamento relevantes para suas funções sobre os diferentes aspectos relacionados à TNED (BISCHOFF *et al*., 2020). A educação e o treinamento da equipe devem estar entre as metas dos serviços de saúde.

Um exemplo da capacitação em TNED de nutricionistas atuantes em programa de atenção nutricional às NEA foi a contratação de uma empresa especializada em cursos e na elaboração de manuais/protocolo por uma das SMS de um dos municípios incluídos neste estudo. A partir do manual de cuidados nutricionais, foi construído o protocolo do programa municipal. Como parte do aprimoramento profissional, também foi realizada parceria com uma universidade, para educação continuada. Mas, a capacitação para o cuidado específico aos idosos não foi mencionada (SCHIEFERDECKER *et al*., 2014), mesmo sendo recomendada pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde estejam adequadamente capacitados para prestação de cuidados em saúde para a população idosa. Entretanto, a fim de superar a lógica das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações, a Educação Permanente em Saúde, também deve ser realizada. A Educação Permanente em Saúde ocorre nas visitas domiciliares, durante os momentos de discussão de casos, nos grupos operativos, no cotidiano do trabalho de modo informal e no matriciamento (NOGUEIRA *et al*., 2019).

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. O processo de implementação do Apoio Matricial em Saúde do Idoso no município de Vitória, ES, foi relatado no estudo de Madureira e Bissoli (2014), que mostraram que o matriciamento colaborou na elaboração de fluxos e organização das RAS para a população idosa, além de aumentar a segurança das equipes da AB no enfrentamento e resolutividade de casos, melhorar o atendimento ao idoso e proporcionar a discussão interdisciplinar (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

O trabalho em equipe é interdisciplinar e multiprofissional e deve garantir os cuidados padronizados e coordenados para todas as pessoas que precisam de TNED (BISCHOFF *et al*., 2020). A ausência de um profissional em uma equipe, dificulta o cuidado integral na AB, comprometendo a resolubilidade da assistência prestada (COSTA *et al*., 2014; BISCHOFF *et al*., 2020). Nesse sentido, sendo a

atenção integral à saúde do idoso no SUS assegurada pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a(o) nutricionista é um dos profissionais fundamentais para seu alcance.

A atuação da(o) nutricionista tem sido considerada referência no processo de matriciamento em Alimentação e Nutrição e pode contribuir para a organização da AB. Entre as ações das(os) nutricionistas, estão as direcionadas para a qualificação das equipes com enfoque nas Doenças Crônicas não Transmissíveis e a promoção da saúde em todas as fases da vida. Além disso, as ações de Alimentação e Nutrição que objetivam a integralidade necessitam ultrapassar a dimensão biológica e causal (DE GEUS *et al*., 2011; FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017), inclusive no cuidado em TNED.

O ato de se alimentar por meio da TNED não é apenas biológico, com objetivo unicamente de atender às necessidades nutricionais, mas, também, é sociocultural. Nesse sentido, as características sociais, a cultura alimentar, as preferências e anseios do idoso e da família, bem como a situação clínica frequentemente estável da pessoa em TNED são importantes para a tomada de decisões referentes aos cuidados em saúde e às intervenções de nutrição em TNED (MAZUR *et al*., 2014) e devem ser consideradas nos programas destinados ao cuidado de nutrição de pessoas com NEA.

O presente estudo demonstrou que os programas municipais analisados priorizam a utilização de dieta com alimentos para a TNED, diferente das diretrizes europeias, que alegam que a dieta com alimentos é menos efetiva e menos segura comparada à fórmula comercial (BISCHOFF *et al*., 2020). Contudo, a recomendação da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) enfatiza a dimensão biológica, sem considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos, que também compreendem a efetivação da SAN. Os protocolos e decretos analisados no presente estudo também deram prioridade aos aspectos biológicos e técnicos da alimentação.

Os princípios da SAN devem ser considerados no modelo de atenção à saúde no domicílio. Para o alcance do DHAA, os significados culturais da alimentação para o idoso em TNED e para a família e os aspectos socioeconômicos devem ser respeitados a fim de proporcionar bem-estar físico, psicológico e social, bem como qualidade de vida (MAZUR *et al*., 2014), que deve ser avaliada periodicamente (BISCHOFF *et al*., 2020).

Diferentes fatores podem influenciar na qualidade de vida de pessoas em TNED, como suas condições clínicas e o tempo para administração da nutrição enteral. Mas, já foi demonstrado que a nutrição enteral pode melhorar a qualidade de vida (OJO *et al*., 2019). Para que o objetivo da TNED de manter ou melhorar a qualidade de vida seja alcançado, recomenda-se início precoce da TN, assim que o risco nutricional for identificado. A triagem nutricional deve ser implementada como rotina para a detecção precoce do risco de desnutrição. Na AD, ferramentas específicas para triagem nutricional de idosos devem ser utilizadas (VOLKERT *et al*., 2006), o que não foi considerado nos programas analisados.

Após a triagem nutricional, pode ser realizada a avaliação nutricional dos idosos. Tavares *et al*. (2015) destacaram os desafios para o diagnóstico de nutrição e acompanhamento do estado nutricional de pessoas acima de 60 anos na AB. Os procedimentos realizados são os preconizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que dão ênfase ao uso de medidas antropométricas. Outros indicadores do estado nutricional devem ser utilizados pelos profissionais de forma crítica e integrada, considerando as especificidades dos idosos (TAVARES *et al*., 2015).

Ainda, particularidades das pessoas idosas em TNED podem dificultar a aplicação das técnicas para avaliação nutricional, principalmente, aquelas para avaliação antropométrica e de composição corporal, pois é comum que o idoso esteja acamado ou com dificuldade para mobilidade. Essas condições aumentam a vulnerabilidade do idoso, a qual deve ser acompanhada pelo fato de que idosos mais vulneráveis apresentam maior dificuldade para o desempenho de atividades da vida diária (BARBOSA *et al*., 2017).

A vulnerabilidade está, também, associada à Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN). Thieme *et al*. (2019) verificaram que 50% dos domicílios de pessoas em TNED apresentaram IAN. Para verificar a IAN de domicílios onde reside idoso em TNED, instrumentos validados podem ser utilizados, como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, a qual pode ser aplicada pelos profissionais de saúde a fim de acionar outros setores (THIEME *et al*., 2019).

Portanto, é necessária articulação intersetorial entre a área da SAN e da saúde. A PNAN é considerada articuladora entre os dois campos e a organização da atenção nutricional no âmbito do SUS. Mas, o predomínio do modelo biomédico é o principal impeditivo para que a PNAN possa ser efetivada. Para consolidar a

articulação intersetorial, devem ser formuladas estratégias que ultrapassam os programas setoriais (RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016), a fim de realizar a SAN para alcançar o DHAA. Nesse sentido, a ampliação da cobertura dos serviços assistenciais e no campo da SAN podem contribuir para o alcance do DHAA de idosos em TNED e suas famílias.

O acesso financeiro à alimentação adequada é um dos aspectos primordiais para efetivação da SAN. De acordo com a análise dos protocolos e decretos realizada no presente estudo, foi possível observar que os municípios não se responsabilizam pelo fornecimento dos alimentos que serão utilizados para a elaboração da dieta enteral.

O assunto deve ser avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem para a solução dessa demanda. A atenção às NEA no SUS cabe, então, aos estados e, mais frequentemente, aos municípios. A maior autonomia municipal é resultado da descentralização político-administrativa, um dos princípios do SUS. Mas, o financiamento é uma barreira para o avanço da descentralização, pois, o município fica com maior gasto e comprometimento do seu orçamento (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Nesse sentido, no presente estudo, observou-se a racionalização do gasto público como uma das justificativas para elaboração de protocolos dos programas e da necessidade de instauração de programas via decreto. O Ministério da Saúde afirma que a gestão de insumos para a TNED objetiva o uso adequado dos recursos públicos, mas, que deve ser realizada a melhor oferta de cuidado aos usuários do SUS, por meio de protocolos, linhas de cuidado e recursos orçamentários (BRASIL, 2015a). Assim, destaca-se a importância do SUS na promoção da equidade (ALMEIDA *et al*., 2020). Por sua vez, a destinação de recursos públicos deve priorizar os idosos, com vistas à sua proteção (BRASIL, 2003) e cuidado, pois, por exemplo, há redução da mortalidade entre os idosos quando estratégias baseadas no cuidado de AB são implementadas (BORIM; FRANCISCO; NERI, 2017). Além disso, o desenvolvimento de estratégias regionais de atenção à saúde é importante devido às diferentes características socioeconômicas nas regiões (SZWARCWALD *et al*., 2016), o que deve ser considerado nos programas de atenção às NEA de pessoas idosas.

Assume-se que este estudo apresenta limitações. Destaca-se a inclusão de programas de uma única região do Brasil, o pequeno número de programas

municipais analisado e a ausência de triangulação de métodos e de dados, o que pode mascarar resultados quanto à efetividade dos programas municipais. O número reduzido de municípios se justifica por serem poucos aqueles que apresentam programas para cuidados em TNED no Paraná. Apesar das limitações, até o momento, não foram encontrados outros estudos que apresentem a análise de conteúdo de programas municipais com vistas ao cuidado às NEA de idosos.

4.3.5 Conclusão

As políticas públicas nacionais analisadas apresentam elementos que contribuem para a garantia do DHAA de idosos em TNED. Os programas municipais não contemplam todos os elementos propostos nacionalmente. Foi possível criar uma proposta de integração desses elementos, a qual pode ser utilizada futuramente na formulação de programas municipais a fim de operacionalizar as políticas públicas nacionais.

4.4 CAPÍTULO 4 – TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR: RETRATO PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS CAPITAIS BRASILEIRAS

4.4.1 Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi redefinida pela Portaria nº 825/2016, do Ministério da Saúde, como modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção da saúde. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa é um programa do Governo Federal e os municípios devem atender aos critérios de implantação para disponibilizar o serviço (BRASIL, 2016a).

Nesse cenário, o programa está disponível em 732 municípios e apresenta mais de 1,6 mil equipes multiprofissionais ativas, sendo que o número de procedimentos realizados ultrapassou 28,9 milhões e o investimento do Ministério da Saúde foi de aproximadamente R$ 540 milhões até 2021 (BRASIL, 2021a). A organização da AD em modalidades estabelece que a AD 1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AB) e o SAD é responsável pelas modalidades AD 2 e AD 3. A indicação da modalidade depende das necessidades do usuário com relação à frequência de visitas em domicílio e intensidade de cuidados (BRASIL, 2016a).

Na prática, o cuidado domiciliar pressupõe a interação de três atores: o usuário, o cuidador e o profissional de saúde (RAJÃO; MARTINS, 2020). Nesse sentido, o cuidado em saúde está atrelado à comunicação e ao vínculo entre os atores e transcende as intervenções. Assim, os objetivos do cuidado são o conforto, o alívio, o bem-estar, podendo ou não promover a cura de determinada condição, doença ou agravo (CARNUT, 2017).

A oferta de um cuidado singular aborda as necessidades específicas do indivíduo (SANTOS *et al*., 2018). Nesse contexto, usuários em AD podem apresentar necessidades especiais de alimentação (NEA) em decorrência de doença ou agravo, as quais constituem demandas para a atenção nutricional no SUS e são orientadas pelas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013b, 2015a).

Devido à NEA, via alternativa de alimentação pode ser recomendada, como a nutrição enteral administrada por sonda em ambiente domiciliar (BRASIL, 2013b, 2015a). A Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED) é considerada modalidade realizada na AD e tem como objetivo melhorar ou manter o estado nutricional e a capacidade funcional, bem como aumentar a qualidade de vida e garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de pessoas em risco nutricional ou desnutridas que estão impossibilitadas de terem suas necessidades nutricionais alcançadas pela ingestão alimentar normal, mas que possuem trato gastrointestinal funcionante e podem receber cuidados em saúde no domicílio (MAZUR *et al*., 2014; BRASIL, 2015a, 2021b; BISCHOFF *et al*., 2020; VAN AANHOLT *et al*., 2021).

A recomendação da TNED se tornou mais frequente nas últimas duas décadas em municípios brasileiros de diferentes regiões (SALOMON-ZABAN; GARBI-NOVAES, 2009; SILVA; SILVEIRA, 2014; MAZUR *et al*. 2019; PINHEIRO; GOMES; OLIVEIRA, 2019). De acordo com o Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar (CAND) da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN-SBNPE), em inquérito nacional realizado com profissionais de saúde atuantes na AD, foi verificada ampliação no número de usuários em TNED atendidos no Programa Melhor em Casa nos últimos anos (VAN AANHOLT *et al*., 2021).

Ainda que a necessidade de acompanhamento nutricional esteja contemplada em um dos indicadores utilizados para análise, planejamento e qualificação da AD obtidos a partir do e-SUS AD ou registros locais (BRASIL, 2016b), a prevalência da TNED na AD no âmbito do SUS é desconhecida devido à não obrigatoriedade e não padronização do seu registro nos sistemas do Ministério da Saúde.

O registro, a sistematização e a análise das informações que indicam as fragilidades e as potencialidades da rede de cuidado em AD são importantes para a gestão dos processos de trabalho. As informações produzidas permitem o planejamento de ações considerando as necessidades do usuário e devem estar disponíveis para todos os atores envolvidos no processo. Para os gestores, os dados são utilizados para a tomada de decisão e na avaliação do impacto da política e da sua efetividade (BRASIL, 2012a, 2016b).

Além da efetividade, a eficiência e eficácia da gestão em saúde podem ser alcançadas com a institucionalização de protocolos e linhas de cuidado, que

funcionam como ferramentas de regulação e equidade na dispensação de insumos. A gestão de insumos necessários à TNED na AD objetiva a utilização adequada dos recursos públicos com vistas a assegurar a melhor oferta de cuidado aos usuários do SUS (BRASIL, 2015a, 2016a).

Desse modo, os recursos necessários para o cuidado em saúde aos usuários em TNED incluída na AD no âmbito do SUS são tanto orçamentários, para a aquisição de insumos, quanto organizacionais. Nesse sentido, os protocolos que definem a organização e oferta de cuidados em TNED consideram aspectos relacionados ao estado clínico e nutricional do indivíduo, aspectos socioeconômicos e ambientais e as questões subjetivas envolvidas na alimentação (BRASIL, 2015a).

Assim, o monitoramento e a avaliação da implementação de protocolos propiciam a readequação de procedimentos, fluxos e responsabilidades na oferta dos serviços de saúde em domicílio (BRASIL, 2015a). Além disso, para os gestores, as informações acerca dos processos de trabalho na AD, são importantes na prestação de contas à sociedade (BRASIL, 2012a, 2016b).

As prestações de contas periódicas da área da saúde devem ser amplamente divulgadas por gestores de saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade (BRASIL, 2012b, 2012c). Além disso, a institucionalização da participação cidadã nas decisões do governo leva à existência de canais permanentes de negociação (SERAPIONI, 2014). Nesse contexto, a participação social é uma ferramenta de gestão pública que, no SUS, se concretiza por meio de instâncias colegiadas, como os Conselhos de Saúde, inovações democráticas alinhadas com modalidades institucionais denominadas de instituições participativas, que permitem a democratização e a corresponsabilização entre Estado e sociedade civil (BRASIL, 1990b; ALMEIDA *et al*., 2021; GOMES; ORFÃO, 2021).

Nos espaços de participação da comunidade e controle social do SUS, assegura-se a inclusão de demandas sociais vocalizadas por diferentes sujeitos coletivos (GOMES; ORFÃO, 2021), uma vez que o Conselho de Saúde é composto por representantes do governo (gestores) e prestadores de serviço em saúde, profissionais de saúde e trabalhadores da área da saúde e usuários. Ainda, a avaliação da gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação é atribuição do Conselho de Saúde, que acompanha, controla e fiscaliza os recursos financeiros

gastos com saúde, provenientes de fonte própria e das transferências intergovernamentais (BRASIL, 1990b, 2012b, 2012c, 2014a).

Portanto, o Conselho de Saúde atua em caráter permanente e deliberativo, considerando os aspectos econômicos e financeiros para a formulação de propostas, tomada de decisão, acompanhamento, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde na instância correspondente. Além disso, a avaliação da organização e do funcionamento do SUS e da qualidade e a resolutividade dos programas de saúde, bem como o acompanhamento do desenvolvimento das ações e dos serviços é competência dos conselheiros (BRASIL, 1990b, 2014a).

Assim, o monitoramento e a avaliação da TNED na AD são previstos e orientados pelo Ministério da Saúde. A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS, regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, e tais diretrizes conduzem a AD. Ainda, a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos na AD, do usuário, da família e do(s) cuidador(es) é orientada na quarta diretriz da Portaria nº 825/2016 e a participação e controle social correspondem à quinta diretriz da PNAN, que direciona a atenção nutricional no SUS (BRASIL, 1990a, 1990b, 2013b, 2016a, 2016b). Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as manifestações acerca da Terapia Nutricional Enteral em Domicílio na Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde em instância de participação social das capitais brasileiras e do Distrito Federal.

4.4.2 Método

Caracteriza-se por um estudo com abordagem qualitativa, baseado em análise documental, fundamentado na apreciação de atas de reuniões de Conselho Municipal de Saúde (CMS) de capitais das Unidades Federativas do Brasil e Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). A pesquisa buscou analisar manifestações acerca da AD e da TNED no âmbito do SUS. Os aspectos considerados foram: 1. Frequência de manifestações; 2. Distribuição das manifestações no território brasileiro, considerando capitais das Unidades Federativas e o Distrito Federal; 3. Segmento responsável pela manifestação; e 4. Interpretação e representação das manifestações. Como manifestações, considerou-se o registro textual de informações, exposições, declarações e discursos.

As 26 capitais e o Distrito Federal apresentaram Conselho de Saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (CNS, 2021), instituídos legalmente, em obediência à Lei no 8.142/1990 (BRASIL, 1990b, 2012b). As reuniões de CMS e CSDF são documentadas em ata, que possui valor jurídico e contém o registro textual dos fatos, ocorrências e decisões tomadas pelos conselheiros durante as reuniões (BRASIL, 2012d, 2014a). Atas podem ser o único testemunho de atividades ocorridas em um passado recente e são consideradas documentos importantes para análise na pesquisa qualitativa (CELLARD, 2014).

Os documentos são meios de comunicação, impressos ou disponível em arquivo eletrônico, elaborados por instituições e representam uma versão particular de realidades construídas com objetivos específicos, como o de registrar informações necessárias para a legitimação da rotina institucional e permitir acesso posterior a dados originais de fontes primárias. Os critérios considerados para a seleção dos documentos utilizados em pesquisa se referem à sua autenticidade, credibilidade, representatividade e significação (FLICK, 2008).

A documentação das reuniões de CMS e CSDF em ata é realizada pela secretaria executiva em folhas digitadas, que devem ser arquivadas para evitar fraude (BRASIL, 2012d). Nas atas, o plano do texto está definido e o discurso é orientado para uma finalidade, isto é, registrar as informações do que vem sendo feito no campo da saúde (MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006). Assim, as atas das reuniões de CMS e CSDF permitem o acompanhamento das políticas públicas e das propostas apresentadas na saúde pública (ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003).

As atas de reuniões ordinárias e extraordinárias de CMS e CSDF realizadas em 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020 foram analisadas na presente pesquisa. O recorte temporal foi intencional, baseado no ano de publicações do Ministério da Saúde: 1. Portaria nº 825/2016, que redefine a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas (BRASIL, 2016a); 2. Caderno de Atenção Domiciliar (volume 3) - Cuidados em terapia nutricional, publicado em 2015 (BRASIL, 2015a).

A busca pelos documentos foi realizada entre março e agosto de 2021, por meio de pesquisa em sítios eletrônicos oficiais (URL, *Uniform Resource Locator*) das Secretarias de Saúde das capitais das Unidades Federativas e do Distrito Federal e de sítios eletrônicos dos Conselhos de Saúde externos ao portal da Secretaria de Saúde, utilizando o mecanismo de busca *Google*, conforme apresentado no Quadro 10.

QUADRO 10 – *UNIFORM RESOURCE LOCATOR* (URL) DOS SÍTIOS ELETRÔNICOS CONSULTADOS

CAPITAL (UF)	***Uniform Resource Locator* – URL**
Porto Alegre (RS)	https://prefeitura.poa.br/sms http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/
Florianópolis (SC)	https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php http://cms.pmf.sc.gov.br/
Curitiba (PR)	https://saude.curitiba.pr.gov.br/ https://saude.curitiba.pr.gov.br/cms/sobre.html
São Paulo (SP)	https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/participacao_social/conselhos_e_orgaos_colegiados/cms/
Rio de Janeiro (RJ)	https://www.rio.rj.gov.br/web/sms http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/conselho-municipal-de-saude
Vitória (ES)	https://www.vitoria.es.gov.br/semus https://sistemas.vitoria.es.gov.br/docoficial/?tp=template5&c=70
Belo Horizonte (MG)	https://prefeitura.pbh.gov.br/saude https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho
Campo Grande (MS)	http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/ http://www.campogrande.ms.gov.br/cms/
Goiânia (GO)	https://www.goiania.go.gov.br/secretaria/secretaria-municipal-de-saude/ https://www.goiania.go.gov.br/secretaria/secretaria-municipal-de-saude/conselho-municipal-de-saude/
Cuiabá (MT)	https://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/saude/ http://conselhotransparente.cuiaba.mt.gov.br/conselhotransparente/site/conselhoscategoria/7
Distrito Federal	https://www.saude.df.gov.br/estrutura-ses/ http://www.saude.df.gov.br/conselho-de-saude-atos-normativos/
Salvador (BA)	http://www.saude.salvador.ba.gov.br/ http://www.saude.salvador.ba.gov.br/conselhomunicipal/atas-2/
Aracaju (SE)	https://www.aracaju.se.gov.br/saude
Maceió (AL)	http://www.maceio.al.gov.br/sms/
Recife (PE)	http://www2.recife.pe.gov.br/servico/saude http://cmsaude-recife.blogspot.com/p/conferencia.html
João Pessoa (PB)	https://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretaria/sms/
Natal (RN)	https://natal.rn.gov.br/sms/
Fortaleza (CE)	https://saude.fortaleza.ce.gov.br/ https://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/
Teresina (PI)	http://sus.teresina.pi.gov.br/ http://sus.teresina.pi.gov.br/2019/04/03/teste/
São Luís (MA)	https://saoluis.ma.gov.br/semus
Rio Branco (AC)	http://www.riobranco.ac.gov.br/saude/ http://cmsauderb.blogspot.com/?fbclid=IwAR3uEtBAjdoemfyv7ZjjoAy6JK58OX-uoOQo_BLTg520z4kXBPSO3yhquQo
Macapá (AP)	https://macapa.ap.gov.br/unidade-administrativa/semsa/
Manaus (AM)	https://semsa.manaus.am.gov.br/# https://semsa.manaus.am.gov.br/apresentacao-conselho-municipal-de-saude/quem-somos-conselho-municipal-saude/
Belém (PA)	https://sesma.belem.pa.gov.br/institucional/sobre-a-sesma/
Porto Velho (RO)	https://semusa.portovelho.ro.gov.br/
Boa vista (RR)	https://boavista.rr.gov.br/prefeitura/secretarias-e-orgaos-municipais/secretaria-municipal-da-saude
Palmas (TO)	https://saude.palmas.to.gov.br/

Fonte: A autora (2022).

Para busca no mecanismo *Google*, foi utilizado o descritor “conselho municipal de saúde de <nome da cidade>”. A utilização dos sítios eletrônicos oficiais das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para encontrar informações e documentos referentes aos Conselhos de Saúde justifica-se pela sua estrutura organizacional. O Conselho de Saúde consta no organograma das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2012b). Os documentos não identificados nos sítios eletrônicos foram solicitados à Secretarias de Saúde e Conselhos de Saúde municipais e do Distrito Federal por meio de endereço de correio eletrônico (*e-mail*) disponíveis nos sítios eletrônicos consultados (QUADRO 10), em consideração à Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011) (BRASIL, 2011c).

Para análise de conteúdo, foi aplicada a Técnica das Relações. Essa técnica considera a presença de coocorrências de elementos na mesma unidade textual. Os textos foram extraídos dos documentos para que se verificasse a existência de relações entre suas partes. A sequência do procedimento foi: (a) escolha da palavra-chave e categorização por tema; (b) recorte de texto em fragmentos; (c) busca pela palavra-chave em cada fragmento de texto; (d) cálculo de coocorrências; (e) representação e interpretação dos resultados (MINAYO, 1992). A sistematização para realizar a análise de conteúdo considerou três fases, conforme sugerido por Campos (2004) e apresentadas na Figura 3.

FIGURA 3 – FASES PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO

FONTE: Adaptado de Campos (2004).

A primeira leitura foi realizada após o levantamento dos documentos. De acordo com Campos (2004), a leitura flutuante apresenta a intenção de apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Nessa fase, foram identificadas siglas que representam a temática da presente pesquisa: PMC (Programa Melhor em Casa), SAD, EMAP, EMAD e outros programas voltados à AD e às necessidades especiais de alimentação, como a TNED. Ainda, a partir da leitura flutuante, os documentos foram recortados e as unidades de análise foram selecionadas.

Como unidades de análise, foram considerados os fragmentos dos documentos. Os fragmentos das atas foram: Abertura, legalidade (existência de quórum conforme o regimento), expediente (informes, avisos, comunicações e identificação dos presentes, bem como as justificativas das ausências), ordem do dia (pauta, diálogo, discussões e decisões/deliberações) e encerramento ou desfecho.

No processo de categorização e subcategorização, é realizada a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento de acordo com o gênero (CAMPOS, 2004). Na fase 3, foram utilizadas categorias apriorísticas, ou seja, que expressam interesse prévio, as quais representam os temas: Atenção Domiciliar e Terapia Nutricional Enteral em Domicílio. A partir das categorias pré-definidas, foram verificadas as subcategorias.

As palavras-chave escolhidas, que constituem as categorias apriorísticas, foram: *domicílio* e *nutrição*. Palavras correlatas (palavras alternativas consideradas sinônimos ou similares às palavras-chave) foram também utilizadas a fim de extrair o máximo de manifestações acerca do tema de interesse dos documentos (QUADRO 11). As duas formas de flexão de número dos substantivos, singular e plural, foram consideradas para as palavras-chave e suas correlatas. Ainda, as palavras-chave e suas correlatas apresentadas como nomes próprios que dão nome a determinada pessoa, bem como sobrenomes, foram desconsideras na análise dos documentos. A frequência das categorias (representadas pelas palavras-chave e suas correlatas) e dos fragmentos contendo as categorias e as coocorrências foi verificada.

Para a representação e interpretação dos resultados, foi utilizado o modelo proposto por Kingdon (1995), no que se refere à formação da agenda governamental, e foram considerados os *bens democráticos* da transparência, da inclusão e do julgamento ponderado, conforme Smith (2009).

QUADRO 11 – PALAVRAS-CHAVE E CORRELATAS APLICADAS NA ANÁLISE DAS RELAÇÕES A PARTIR DE COOCORRÊNCIAS

PALAVRAS-CHAVE	PALAVRAS CORRELATAS
Domicílio	Casa Domiciliar Habitação Lar Moradia Residência
Nutrição	Alimentação Alimento Dieta Fórmula Leite Nutricional Sonda

FONTE: A autora (2022).

O modelo de múltiplos fluxos de Jonh Kingdon propõe analisar estágios pré-decisórios do ciclo de política pública, para explicar a sua formulação por meio da conexão do fluxo de problemas, de soluções e político. Os problemas sobre os quais diferentes atores, como os tomadores de decisão governamentais e os indivíduos e grupos a eles relacionados, estão prestando atenção em dado um momento formam a agenda. Assim, um tema é inserido na agenda governamental quando ganha o interesse dos formuladores de políticas (KINGDON, 1995; CAPELLA, 2020).

Portanto, o modelo proposto por Kingdon (1995) foi aplicado para interpretar resultados referentes às manifestações acerca da TNED nas capitais brasileiras. Considerou-se que AD produziu interesse de formuladores de políticas em momento anterior, tendo em vista normativas de regulamentação dessa modalidade de cuidado, e adentrou na agenda governamental de municípios tanto por indução federal para adesão ao SAD quanto pela responsabilização da AB pela AD 1.

A avaliação considerando os *bens democráticos* foi realizada na representação e interpretação dos resultados referentes à identificação dos documentos (atas das reuniões) e às manifestações acerca da AD e da TNED no âmbito do SUS. Conforme Graham Smith (2009), a transparência relaciona-se à capacidade de uma instituição em possibilitar a compreensão do seu funcionamento e o conhecimento de suas ações pelos participantes e pela sociedade. Nesse sentido, as informações disponibilizadas aos cidadãos em geral, como a publicidade das reuniões, das decisões e das prestações de contas, referem-se à transparência externa. O *bem democrático* da inclusão, por sua vez, verifica os incentivos

institucionais efetivos para a participação de diferentes grupos sociais e compreende as dimensões presença e voz. A presença refere-se à forma como os participantes são selecionados ou como a participação é possibilitada e a voz refere-se à abertura para manifestações ou exposição de opiniões. Ainda, a capacidade dos participantes para compreensão de aspectos técnicos das matérias discutidas e das perspectivas dos outros cidadãos, refere-se ao julgamento ponderado (SMITH, 2009).

Desse modo, neste estudo, foi considerada a transparência externa, a dimensão voz e o julgamento ponderado. Ainda, destaca-se que as manifestações ocorrem quando os conselheiros ou participantes das reuniões dos Conselhos de Saúde se posicionam acerca de um tema, podendo gerar ou não debates. Portanto, a utilização da voz foi identificada de acordo com as manifestações registradas nas atas, sendo que falas não registradas não foram analisadas na presente pesquisa.

Ainda, os resultados foram representados e interpretados com a realização de análise quanto à correspondência das palavras-chave e correlatas com o tema do presente estudo. Assim, foi investigada a frequência de atas que apresentaram as categorias correspondendo ao tema AD e/ou TNED na AD no âmbito do SUS, realizado o cálculo da frequência de ambas as categorias de modo desassociado e da frequência das categorias associadas (relação), considerando os fragmentos do documento e as coocorrências.

A partir desses dados, foi verificada a distribuição das manifestações acerca do tema AD e TNED no âmbito do SUS nas capitais brasileiras. Para apresentação desses resultados, quatro categorias foram utilizadas para classificação das capitais: (I) atas de reuniões não disponíveis para análise; (II) atas de reuniões disponíveis para análise, mas ausência de atas com manifestações acerca da AD e/ou da TNED na AD no âmbito do SUS; (III) entre uma e 14 reuniões em que manifestações acerca da AD e/ou da TNED na AD no âmbito do SUS foram realizadas; (IV) 15 ou mais reuniões em que manifestações acerca da AD e/ou TNED na AD no âmbito do SUS foram realizadas.

A definição das categorias baseou-se na apresentação de instrumentos de gestão para elaboração de parecer pelo CMS e CSDF. As informações acerca da quantia e fonte dos recursos aplicados, auditorias e recomendações e da oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, são apresentadas no relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior. Portanto, anualmente a gestão elabora três relatório detalhado referente ao

quadrimestre anterior com objetivo de realizar a prestação de contas (BRASIL, 2012c). Nesse sentido, o gestor municipal e do Distrito Federal presta contas à sociedade a partir do registro das informações referentes às ações em AD (BRASIL, 2016b). Por isso, considerando o período de cinco anos (2016-2020), quinze relatórios quadrimestrais foram apresentados aos conselheiros, nos quais, pressupõe-se apresentação das ações em AD.

Os segmentos responsáveis pela manifestação foram categorizados inicialmente em: 1. Usuários. 2. Trabalhadores da área da saúde/profissionais de saúde; e 3. Gestores do SUS/prestadores de serviços em saúde (BRASIL, 2012b). Ainda, foram considerados aqueles que, nas atas, foram registrados como conselheiros e aqueles registrados como participantes não conselheiros (convidados, ex-conselheiros), que podem também representar um dos três segmentos. Uma última categoria denominada “outros” foi incluída para os participantes não conselheiros que não representam algum dos segmentos mencionados.

Para representar as sete categorias de responsáveis por manifestações acerca da AD e/ou TNED na AD no âmbito do SUS, como forma de manter o sigilo, o anonimato e a confidencialidade dos conselheiros e participantes não conselheiros, foram estabelecidos os códigos: CSU: Conselheiro – Segmento de usuários; PSU: Participante não conselheiro – Segmento de usuários; CST: Conselheiro – Segmento de trabalhadores da área da saúde; PST: Participante não conselheiro – Segmento de trabalhadores da área da saúde; CSGP: Conselheiro – Segmento de gestores e prestadores de serviço; PSGP: Participante não conselheiro – Segmento de gestores e prestadores de serviço; e Outros. Ainda, a transcrição da manifestação dos conselheiros e participantes não conselheiros foi apresentada acompanhada da região de localização do CMS ou do CSDF.

A interpretação das manifestações foi realizada, ainda, à luz de três diretrizes que orientam AD no âmbito do SUS: I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva das RAS; II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; e III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares (BRASIL, 2016a).

Após interpretadas as manifestações, foi verificada a existência de subcategorias. Para apresentar as subcategorias, foi realizada a síntese e a transcrição de exemplos de manifestações, para os quais foi informado o segmento responsável pela declaração, o tipo de reunião (ordinária ou extraordinária), a unidade de análise, região de localização do Conselho de Saúde e ano de realização da reunião.

Para descrição dos dados referentes às reuniões dos CMS e do CSDF, bem como das informações identificadas nas atas, foi realizado cálculo de frequência (absoluta e relativa). As atas e os dados analisados foram empregados como fonte de informação e são considerados de acesso público irrestrito. Dados de domínio público de acesso irrestrito não necessitam apreciação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 510/2016 (CNS, 2016).

4.4.3 Resultados

Foram analisadas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias de quinze CMS das capitais e atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CSDF (N=16). Onze capitais brasileiras não disponibilizaram as atas nos sítios eletrônicos consultados, bem como não enviaram esses documentos via *e-mail* após serem solicitados, sendo dez capitais pertencentes às regiões Norte e Nordeste. A Tabela 4 apresenta o quantitativo de atas incluídas para análise. Assim, 1.009 atas foram analisadas. Fortaleza (CE), Distrito Federal e São Paulo (SP) foram os municípios com maior número de atas incluídas para a análise, respectivamente. A capital com menor número de atas analisadas foi Salvador (BA) (TABELA 4).

Maior número de atas de reuniões ordinárias foi verificado em 2017 e de reuniões extraordinárias, em 2018, conforme apresentado na Figura 4. Porto Alegre (RS), Belo Horizonte (MG), Salvador (BA) e Manaus (AM) não apresentaram atas de reuniões do período completo considerado na presente pesquisa (2016 a 2020).

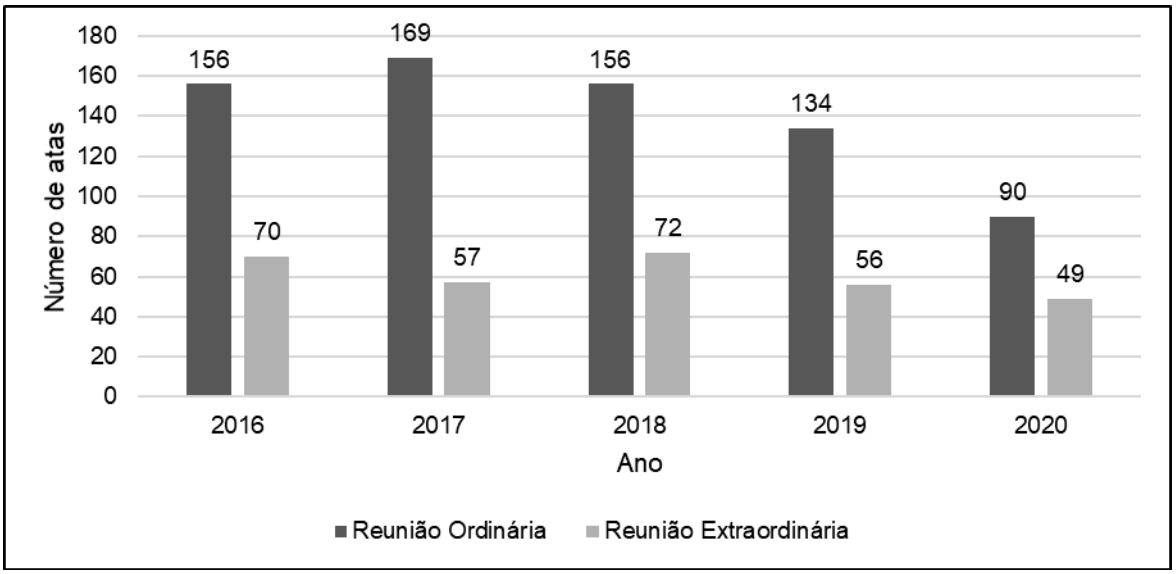
TABELA 4 – QUANTITATIVO DE DOCUMENTOS REFERENTES A ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS DAS UNIDADES FEDERATIVAS (UF) E DISTRITO FEDERAL (2016-2020)

CAPITAL (UF)	NÚMERO DE ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS DE CONSELHO DE SAÚDE	NÚMERO DE ATAS DE REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS DE CONSELHO DE SAÚDE
Porto Alegre (RS)	41	14
Florianópolis (SC)	53	07
Curitiba (PR)	53	16
São Paulo (SP)	57	28
Rio de Janeiro (RJ)	57	06
Vitória (ES)	53	10
Belo Horizonte (MG)	34	15
Campo Grande (MS)	48	19
Goiânia (GO)	00	00
Cuiabá (MT)	45	16
Distrito Federal	52	43
Salvador (BA)	04	00
Aracaju (SE)	00	00
Maceió (AL)	00	00
Recife (PE)	52	21
João Pessoa (PB)	00	00
Natal (RN)	00	00
Fortaleza (CE)	49	54
Teresina (PI)	31	21
São Luís (MA)	00	00
Rio Branco (AC)	00	00
Macapá (AP)	00	00
Manaus (AM)	26	05
Belém (PA)	00	00
Porto Velho (RO)	00	00
Boa vista (RR)	00	00
Palmas (TO)	50	29
TOTAL	**705**	**304**

FONTE: A autora (2022).

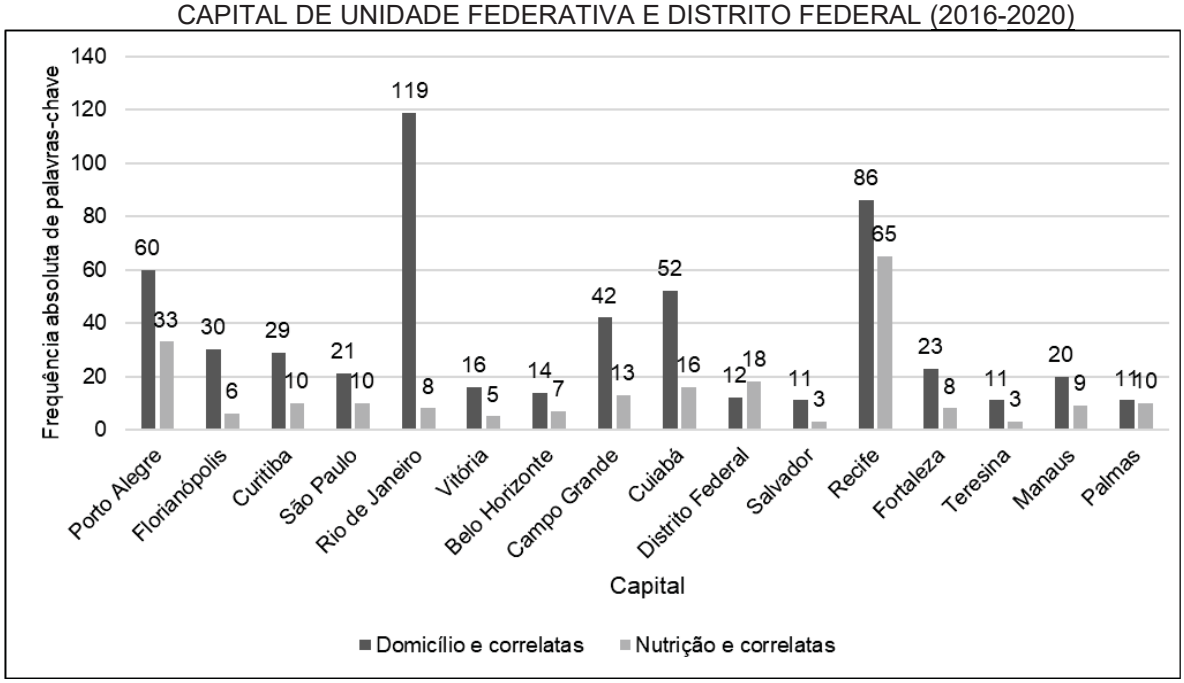
A categoria *domicílio* foi identificada em 637 atas (63,13%) e *nutrição* foi observada em 363 atas (35,97%). Considerando as atas que apresentaram as categorias *domicílio* ou *nutrição*, verificou-se variação da frequência das palavras-chave e suas correlatas entre as capitais. Maior frequência da categoria *domicílio* foi encontrada em atas das reuniões do CMS do Rio de Janeiro (RJ) e da categoria *nutrição*, em atas das reuniões do CMS de Recife (PE) (FIGURA 5).

FIGURA 4 – NÚMERO DE ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E DE REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS DE CONSELHOS DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS POR ANO



FONTE: A autora (2022).

FIGURA 5 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DAS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO POR CAPITAL DE UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL (2016-2020)

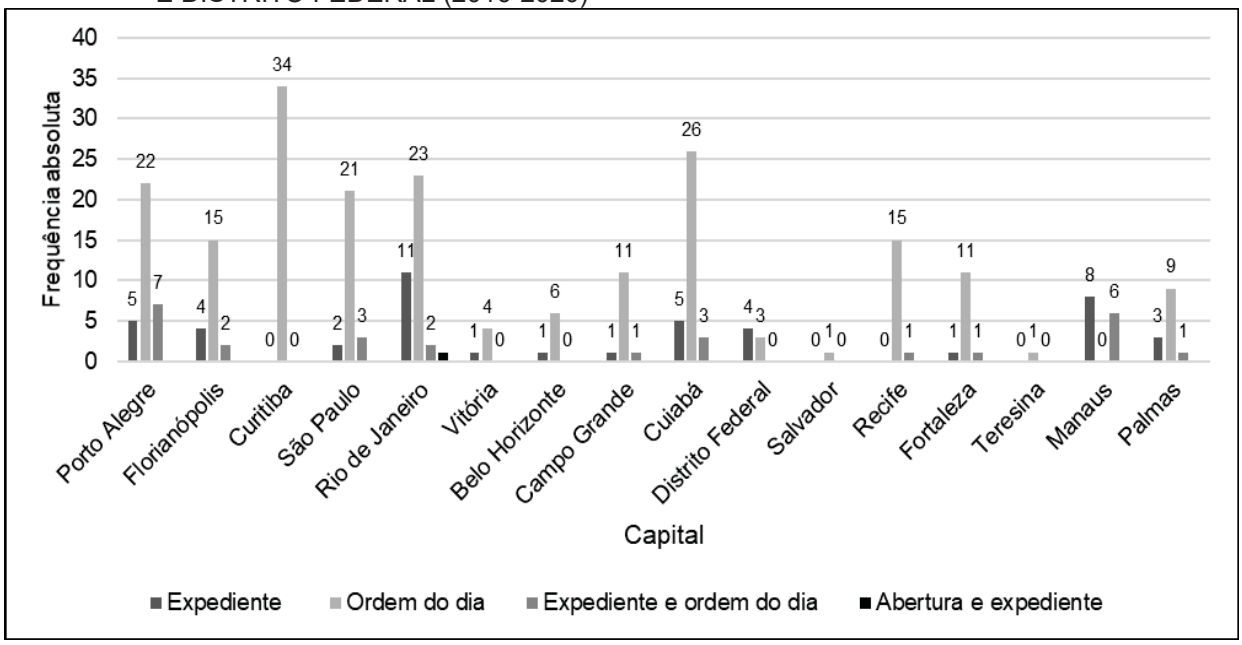


FONTE: A autora (2022)

Em 276 (27,35%) atas foram observadas coocorrências das categorias em diferentes unidades de análise (fragmentos) do documento. As coocorrências foram identificadas em maior frequência no fragmento ordem do dia (n=202), seguido de expediente (n=46). Vinte e sete atas apresentaram coocorrências em ambos os fragmentos, ordem do dia e expediente, e uma coocorrência no fragmento abertura

foi identificada em uma ata de reunião do CMS do Rio de Janeiro (RJ). Foi verificada variação da frequência de coocorrências nos fragmentos entre as capitais (FIGURA 6).

FIGURA 6 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE COOCORRÊNCIAS DAS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES DE ANÁLISE POR CAPITAL DE UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL (2016-2020)



FONTE: A autora (2022).

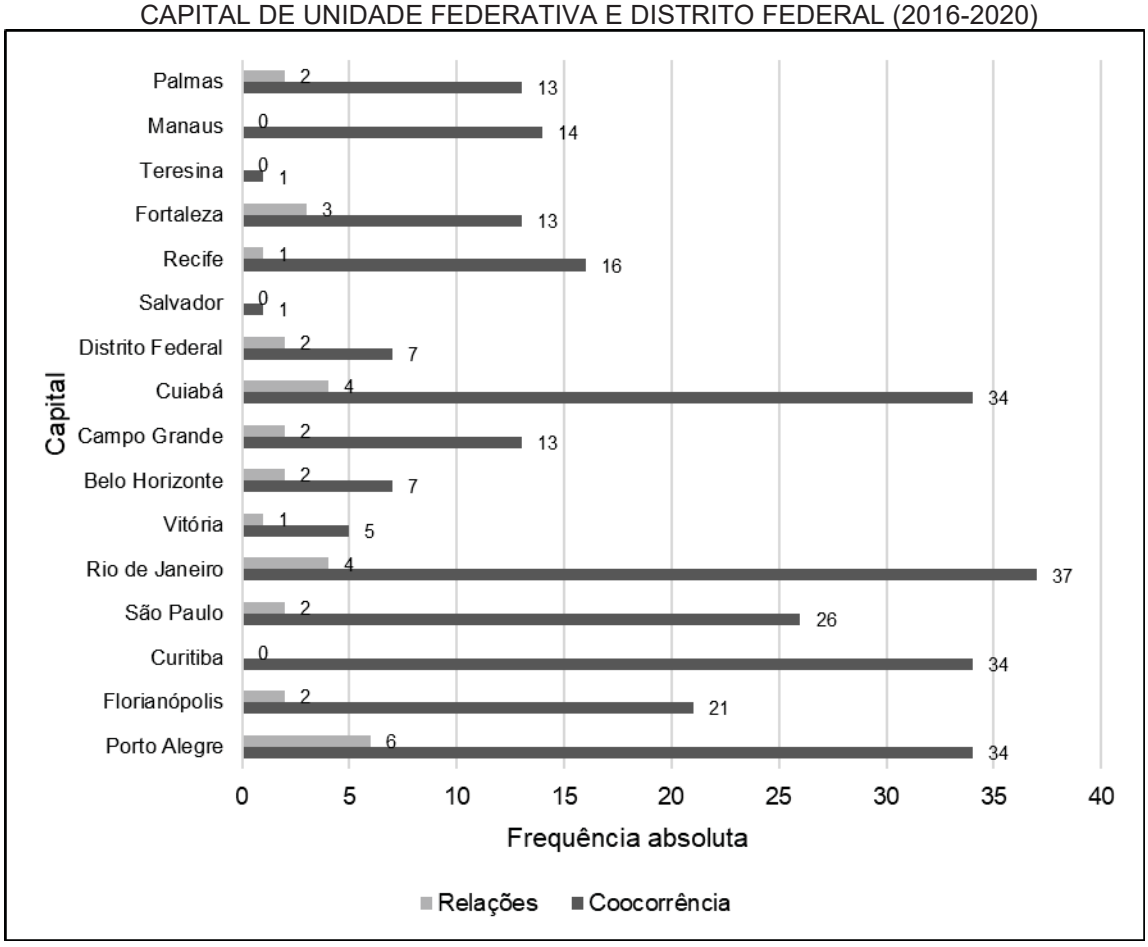
Considerando todas as unidades de análise, a frequência de coocorrências foi maior que a de relação entre as categorias, conforme demonstrado na Figura 7. A coocorrência relacionada à temática da TNED na AD no âmbito do SUS foi verificada em duas atas (0,20%), ambas de reuniões de CMS de capitais da região Sudeste. Uma das manifestações foi realizada por conselheiro do segmento trabalhador da área de saúde em reunião ordinária e apresentou a necessidade de infraestrutura para a AD, incluindo aspectos relacionados à atenção nutricional. A outra manifestação foi atribuída a conselheiro do segmento de usuários, realizada em reunião extraordinária, na qual verificou-se relato de inadequações referentes à TNED:

[...] *Reestruturar e ampliar a oferta de serviços da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD com estrutura domiciliar (oxigênio, ventilação mecânica, nutrição etc.) de forma a favorecer a desospitalização, qualificando a assistência*

domiciliar, garantindo o fornecimento de medicamentos e insumos. [...] ampliar e fortalecer o EMAD para otimizar a desospitalização. [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2017).

[...] *Queixa-se da equipe de EMAD, dizendo que fazem o que querem. Travado por problema de fisioterapia. Problemas de equipes incompletas, sondas para alimentação.* (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018).

FIGURA 7 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE COOCORRÊNCIAS E DE RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO NAS UNIDADES DE ANÁLISE POR CAPITAL DE UNIDADE FEDERATIVA E DISTRITO FEDERAL (2016-2020)



FONTE: A autora (2022).

Em 154 atas (15,26%), foram identificadas 437 categorias *domicílio* e 47 categorias *nutrição* que corresponderam ao tema AD e TNED no âmbito do SUS. Curitiba (PR), Porto Alegre (RS) e Cuiabá (MT) foram as capitais com maior número de reuniões em que ambas as categorias com correspondência ao tema AD e TNED na AD do SUS foram registradas nas atas. A capital que apresentou maior

frequência da categoria *domicílio* foi Curitiba (PR) e, para a categoria *nutrição*, maior frequência foi verificada em Recife (PE) (TABELA 5). Entretanto, em 152 atas não foi observada relação entre as categorias relacionada à temática, mesmo na presença de coocorrências.

Ainda, onze atas apresentaram siglas que representam o tema referente à AD e à TNED no âmbito do SUS, mas não apresentaram as palavras-chave e suas correlatas. Essas atas apresentaram o registro de reuniões de Curitiba (PR) (n=4), São Paulo (SP) (n=2), Rio de Janeiro (RJ) (n=2), Campo Grande (MS) (n=2) e Porto Alegre (RS) (n=1).

Portanto, considerando as 165 atas (16,35%) que apresentaram manifestações com correspondência ao tema AD e/ou TNED na AD no âmbito do SUS entre 2016 e 2020, para a maioria (92,12%; n=152) foram identificadas as categorias de modo desassociado, sendo 122 atas de reunião ordinária e 30 atas de reunião extraordinária. A frequência de manifestações contendo as categorias *domicílio* e *nutrição* com correspondência ao tema AD e/ou TNED na AD no âmbito do SUS reduziu de 2016 a 2020, conforme ilustrado na Figura 8.

As categorias *domicílio* e *nutrição*, bem como as siglas que representam o tema TNED na AD no âmbito do SUS, foram identificadas tanto na mesma unidade de análise (fragmentos) de um documento (coocorrência, mas ausência de associação/relação) como em unidades diferentes. O fragmento ordem do dia apresentou maior frequência (n=192) de categorias e siglas, seguido de expediente (n=25) e abertura (n=02). Em 54 atas, as categorias foram observadas em dois fragmentos do documento.

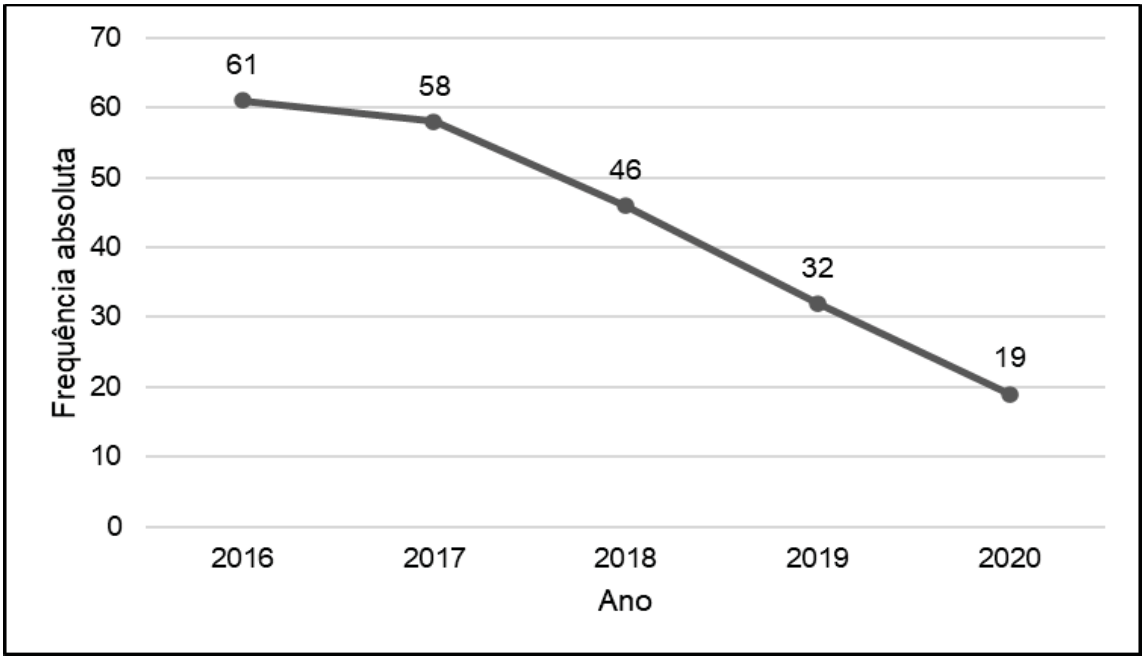
A distribuição das manifestações acerca do tema AD e da TNED na AD no âmbito do SUS nas capitais brasileiras pode ser observada na Figura 9. Todas as capitais das Unidades Federativas das regiões Sul e Sudeste apresentaram manifestações acerca da temática. Para os CMS de Porto Alegre (RS), Curitiba (PR), São Paulo (SP) e Cuiabá (MT), foram identificadas mais de quinze reuniões em que manifestações acerca da AD e/ou da TNED no SUS foram realizadas em cinco anos. Assim, conforme demonstrado na Tabela 5, Curitiba (PR) foi a capital que apresentou maior número de reuniões com manifestações referentes à AD e/ou da TNED no SUS, totalizando 32.

TABELA 5 – QUANTITATIVO DE ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E DE REUNIÕES EXTRAORDINÁRIAS COM CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO E COM SIGLAS COM CORRESPONDÊNCIA À TEMÁTICA ATENÇÃO DOMICILIAR E TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO E FREQUÊNCIA ABSOLUTA (n) DAS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO

CAPITAL (UF)	NÚMERO DE ATAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS	CATEGORIA DOMICÍLIO (n)	CATEGORIA NUTRIÇÃO (n)
Porto Alegre (RS)	24	71	1
Florianópolis (SC)	13	33	0
Curitiba (PR)	32	83	0
São Paulo (SP)	16	39	8
Rio de Janeiro (RJ)	14	72	2
Vitória (ES)	1	1	0
Belo Horizonte (MG)	3	11	0
Campo Grande (MS)	10	33	0
Cuiabá (MT)	21	35	11
Distrito Federal	2	2	0
Recife (PE)	5	11	24
Fortaleza (CE)	11	11	0
Manaus (AM)	6	15	0
Palmas (TO)	7	20	0
TOTAL	**165**	**437**	**47**

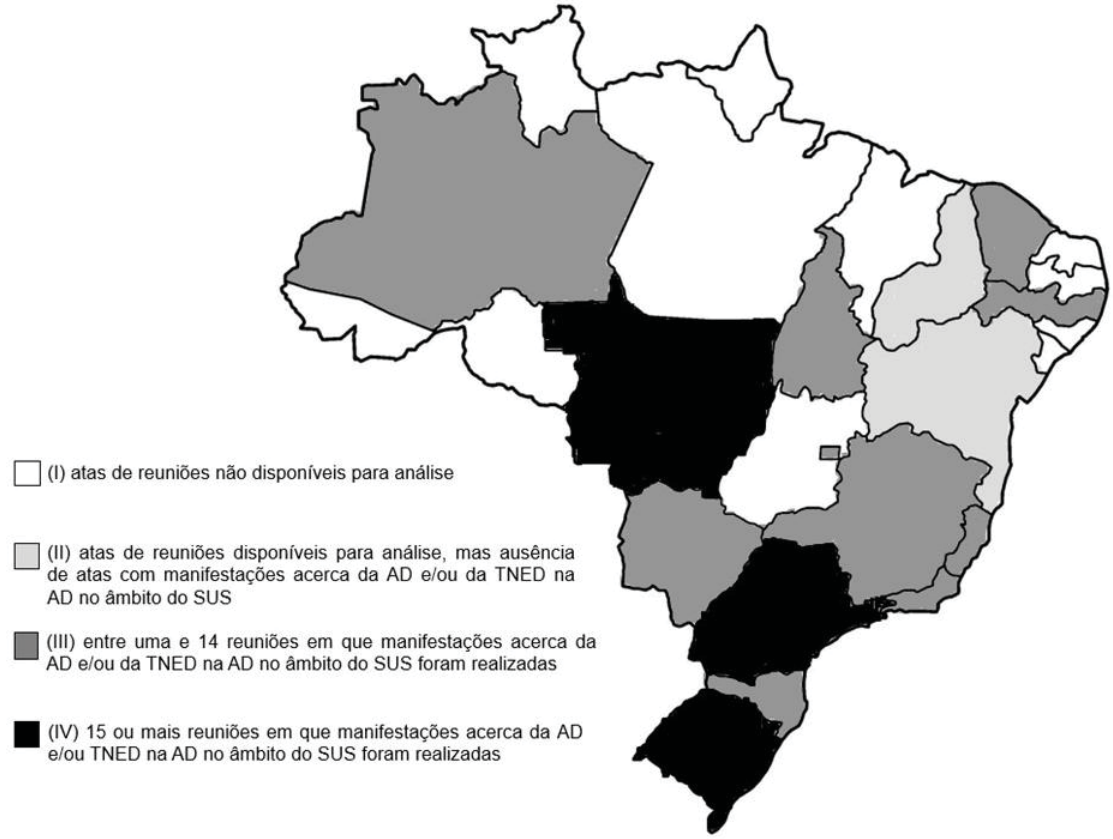
FONTE: A autora (2022).

FIGURA 8 – FREQUÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES COM AS CATEGORIAS DOMICÍLIO E NUTRIÇÃO E SIGLAS QUE CORRESPONDEM AOS TEMAS ATENÇÃO DOMICILIAR E TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO NAS REUNIÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE (n=165) DE CAPITAIS BRASILEIRAS DE 2016 A 2020



FONTE: A autora (2022).

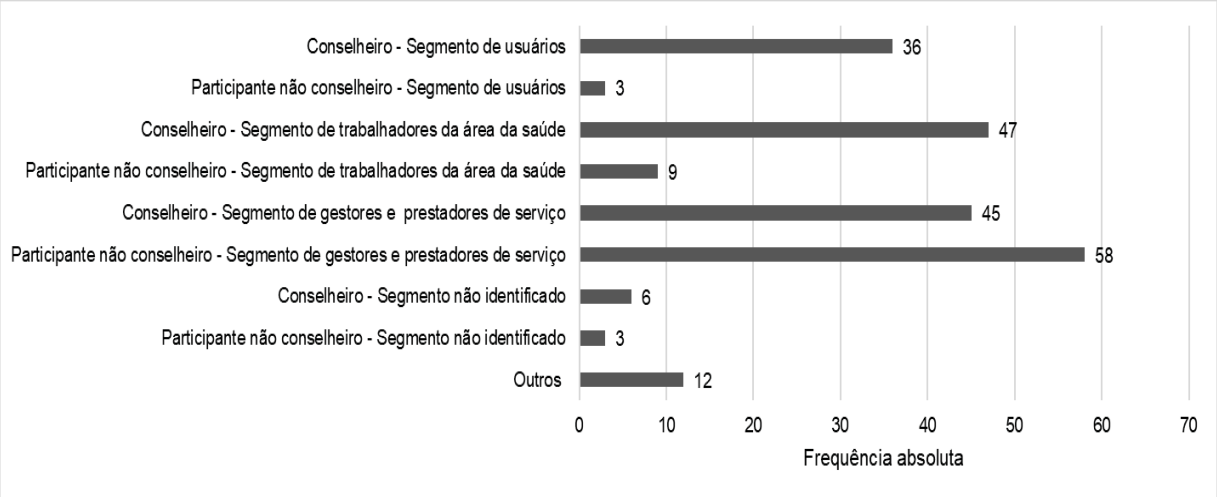
FIGURA 9 – MAPA DAS UNIDADES FEDERATIVAS COM CAPITAIS BRASILEIRAS CONFORME CATEGORIAS PROPOSTAS



FONTE: A autora (2022).
Legenda: AD=Atenção Domiciliar; TNED=Terapia Nutricional Enteral em Domicílio; SUS=Sistema Único de Saúde.

O segmento de gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde, conselheiros ou participantes não conselheiros, foram responsáveis por 103 fragmentos das atas com manifestações acerca da AD ou da TNED no âmbito do SUS, sendo que a maioria das exposições foi realizada por gestores, visto que os prestadores de serviço em saúde realizaram duas falas acerca das temáticas. Conselheiros ou participantes não conselheiros do segmento de trabalhadores da área da saúde foram responsáveis por 56 fragmentos com manifestações acerca da AD ou da TNED no SUS e o segmento de usuários por 39 manifestações acerca das temáticas, conforme demonstrado na Figura 10.

FIGURA 10 – FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE SEGMENTOS RESPONSÁVEIS POR MANIFESTAÇÕES EM REUNIÕES DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS ACERCA DA ATENÇÃO DOMICILIAR OU DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO ENTRE 2016 E 2020



FONTE: A autora (2022).

Entre as manifestações, foram identificadas três que se referem à necessidade de inclusão de questões acerca da AD na pauta das reuniões do Conselho de Saúde de capitais. Do segmento usuário, em reunião ordinária, observou-se a preocupação quanto ao desconhecimento da população sobre os programas de AD:

[...] *algumas pessoas não conhecem o programa que não tem nada a ver com casa de repouso, pois é um programa que foi implantado pela Prefeitura dentro dos hospitais de grandes emergências* [...]" (CSU, RO, expediente, capital da região Sudeste, 2017).

Em reuniões extraordinárias, identificaram-se manifestações do segmento de trabalhadores da área da saúde que propõe incluir o tema nas reuniões do CMS do próximo ano e em câmara técnica:

[...] *proposição de calendário de reuniões para fechar o ano de 2018, destacou as pautas que precisam ser discutidas:* [...] *Serviço de Atendimento Domiciliar* [...] (CST, RE, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2019).

[...] *Citou algumas pautas importantes que foram discutidas na Câmara Técnica:* [...] *Proposta do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD* [...] (CST, RE, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2019).

Manifestações acerca de programas municipais voltados ao atendimento domiciliar, como Programa Remédio em Casa, Serviço de ventilação domiciliar não invasiva e Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso, foram identificadas nas atas das reuniões. Esses programas diferem do PMC e os municípios não necessitam atender a critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para sua implantação, uma vez que não são programas do Governo Federal. Entretanto, o registro textual de informações, declarações e discursos de representantes de segmentos nos CMS das capitais e no CDSF acerca dos programas municipais voltados para atenção ou atendimento em domicílio também foram considerados para interpretação e representação das manifestações referentes à AD e à TNED no SUS por serem relevantes ao objetivo do presente estudo.

As subcategorias derivadas da categoria *domicílio* foram: 1. Recursos financeiros e estruturais; 2. Equipes multiprofissionais e interdisciplinares; 3. Articulação e comunicação nas RAS e redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de usuários internados; e 4. Ampliação e equidade do acesso e adoção de linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário.

As manifestações extraídas das atas com relação à subcategoria Recursos financeiros e estruturais podem ser observadas no Quadro 12. Verificou-se que a necessidade de infraestrutura e de recursos financeiros, sobretudo, do nível federal, para implantação de programa de AD, bem como de equipes, foi manifestada pelos segmentos de usuários, trabalhadores da área de saúde e gestores e prestadores de serviço. As dificuldades de recursos financeiro que impactam na habilitação de equipes foi declarada pelo segmento dos gestores e prestadores de serviço.

A exposição referente ao custo elevado da AD foi observada para os três segmentos. Mas, para os representantes dos usuários, a manifestação foi no sentido da garantia de estrutura e recursos para início ou continuidade da AD no município, visto os possíveis impactos da desestruturação do atendimento domiciliar para os usuários, demonstrando compreensão das necessidades de usuários em AD. Para os representantes do segmento dos trabalhadores, observou-se a necessidade de

infraestrutura para realização das atividades profissionais no domicílio e manifestação sobre o processo de seleção e a contratação das equipes de AD. Os representantes dos gestores e prestadores de serviço expuseram a prestação de contas e os indicadores e metas referentes à AD (QUADRO 12).

QUADRO 12 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA RECURSOS FINANCEIROS E ESTRUTURAIS, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020)

(continua)

CATEGORIA DOMICÍLIO – SÍNTESE DE MANIFESTAÇÕES DA SUBCATEGORIA RECURSOS FINANCEIROS E ESTRUTURAIS		
SEGMENTO DE USUÁRIOS	SEGMENTO DE TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE	SEGMENTO DE GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO
- Recursos financeiros (federais e municipais) - Gestão dos programas por Organização Social - Organização de programa com vistas a redução do custo - Comparação entre custo da atenção domiciliar com o custo de hospitalização - Responsabilidade quanto à aquisição de insumos e de materiais de expediente - Responsabilidade pela disponibilização de infraestrutura, como veículos	- Recursos financeiros (federais) - Gestão dos programas por Organização Social - Priorização de serviços públicos aos privados complementares - Contratação de profissionais de saúde: concurso público ou seleção pública - Necessidade de equipamentos e insumos para procedimentos - Insegurança e falta de infraestrutura - Organização da equipe de Atenção Básica para visita e atendimento domiciliar - Atenção às normas sanitárias	- Recursos financeiros (federais) - Custo elevado para gestão municipal - Gestão dos programas por Organização Social ou Fundação Estatal - Relatório acerca do desempenho: indicadores, prestação de contas - Metas, eficiência e eficácia das ações em saúde - Disponibilidade de infraestrutura - Extinção de programa municipais voltados ao atendimento domiciliar - Premiação: recurso financeiro - Manifestações na ouvidoria - Judicialização da saúde
TRANSCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE MANIFESTAÇÕES (SEGMENTO RESPONSÁVEL, TIPO DE REUNIÃO, UNIDADE DE ANÁLISE, REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE, ANO)		
[...] *serviço de atenção domiciliar SAD Melhor em Casa* [...], *não é demonstrado o número de carros e motoristas disponíveis para cada equipe, porém, é sabido que houve cortes neste serviço e é necessário avaliar o impacto disso sobre a cobertura da equipe, pois além de verificar-se que o número de pacientes atendidos encontra-se abaixo da capacidade instalada, os números apresentados são absolutos, não sendo possível avaliar se o número de atendimentos realizados para cada paciente está a contento* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2016) [...] *Os serviços de natureza pública ou privada em caráter suplementar devendo ser substituídas gradativamente por serviço próprio de atenção domiciliar deverão atender às normas sanitárias*. [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2016) [...] *foi possível da parte do Ministério a viabilização dos recursos* [...] *Então foi posto em dia a situação do serviço de atenção domiciliar que* [...] *tinham ficado uns seis (6) meses em atraso, foi posto em dia*. [...] (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2016) [...] *ouvidoria do SUS* [...] *Home Care – Solicitação de tratamento domiciliar – 2*% [...] *identifica uma grande demanda da baixa complexidade.* [...] *é de competência do município através do "Melhor em*		

(continuação)

Casa". (PSGP, RE, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2016)

[...] *Acerca da implantação das equipes de atenção domiciliar a gente manteve as 11 equipes implantadas e mais de duas de apoio, as EMAPs. A gente tinha uma expectativa de ampliação do número dessas equipes como inicialmente a relação com o Ministério nos permitiu pactuar e a gente não teve esse avanço muito nessa relação do que o Ministério vai continuar financiando ou não.* [...] (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *e o prêmio de 1° (primeiro) lugar é referente ao InovaSUS que é um prêmio do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar)* [...] *o prêmio é um total de R$ 300.000,00 (trezentos) mil reais pra que eles consigam diante de um plano de aplicação fazer o reinvestimento dentro do próprio programa de saúde.* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *Informou que o SAD ficou um tempo parado* [...] *por conta da falta de financiamento pelo Ministério e da execução de projetos, garantindo que estavam em fase de término e credenciamento no Ministério e que em pouco tempo as equipes de SAD seriam criadas com recursos próprios* [...] (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2017)

[...] *Nesta gestão, quantas equipes foram implantadas? O que vai ser realizado ano a ano? De que forma será feita essa discussão intersecretarial. Dificuldade de diálogo.* [...] (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *A questão do financiamento é complicada. Querem saber o custo da hospitalização e da EMAD.* (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *Como é a relação entre contrato de gestão e administração direta* (do SAD). *As equipes diretas dependem de concurso. É maior a quantidade por gestão indireta.* [...] (CST, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *As agendas devem dispor de carga horária para todos os tipos de atividades realizadas na APS e dispor de turno para atendimento domiciliar: ESF e UBS tradicional.* [...] (PST, RO, ordem do dia, capital da região Norte, 2018)

[...] *Não temos homecare, estamos pedindo AD4 – que é semelhante. Temos muita judicialização, que sai caro.* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *desqualificaram uma OS sem antes saber o quantitativo de pessoas que utilizam o serviço. Pessoas internadas em hospitais, inclusive o serviço atende também crianças especiais. Como as pessoas atendidas por esse serviço irão ficar até que a outra OS assuma porque não foi feito um planejamento para evitar essa precariedade* [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2019)

[...] *não concordava que o profissional de saúde, mesmo não tendo ferramentas necessárias para fazer o atendimento, tinham que executá-lo.* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2019)

[...] *que esteve no ministério da saúde e disseram que a qualquer momento vai ser liberado o recurso e que está faltando o orçamento, e o Home Care, atendimento domiciliar, melhor em casa, médico, enfermeiro, fisioterapeuta* [...] *e teremos as equipes para fazer as reuniões* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2019)

[...] *Foram apresentados os indicadores do SAD – Serviço de Atenção Domiciliar referentes aos meses de janeiro a abril/2019: todos os indicadores pactuados ficaram acima do esperado.* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2019)

[...] *essa composição com a nossa fundação estatal que é um orgulho para nós e que nos apoia em todos os processos* [...] *diz que o serviço de atenção domiciliar atende mais de seiscentas pessoas por mês, nós temos um hospital em casa com qualidade, humanidade, respeito e com muita eficiência, no lar cuidando das pessoas* [...] (CSGP, RO, expediente, capital da região Sul, 2019)

(conclusão)

[...] *Explicou que as Unidades Primárias de Saúde, principalmente às localizadas no bairro* [...] *não funcionam desde 2019. Hoje, não existe mais a questão da atenção domiciliar e nem dos ACS.* (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2020)
[...] *sem a participação do (Conselho Municipal de Saúde).* [...] *Não houve apreciação e discussão exigida do Termo de Referência (documento necessário para o chamamento público) e não temos conhecimento do Contrato firmado com a OSS* [...]. *A gestão não acatou as ressalvas* [...], *que teve como desfecho a implantação da OSS em 08 (oito) equipamentos de saúde:* [...] *Serviço de Atenção Domiciliar – EMAD-EMAP* [...] (CST, RE, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2020)

FONTE: A autora (2022).

Além disso, conforme demonstrado no Quadro 12, os três segmentos também expuseram questões acerca da gestão de programas de AD executada por Organização Social ou por Fundação Estatal de Direito Privado, com diferentes percepções. Portanto, observou-se compreensão quanto aos aspectos técnicos.

Nesse sentido, as manifestações do segmento de usuários foram voltadas ao possível dano que a desqualificação de uma Organização Social poderia acarretar aos usuários, enquanto o segmento dos trabalhadores, manifestou a ausência de participação dos conselheiros na apreciação de contrato com Organização Social responsável por executar gestão do SAD. Ainda, o segmento de gestores e prestadores de serviço expressou percepção sobre a qualidade da atuação de Fundação Estatal de Direito Privado na execução da gestão do SAD.

Para a subcategoria Equipes multiprofissionais e interdisciplinares, foi observado que os três segmentos realizaram manifestações acerca do quantitativo das equipes de AD, expressando a necessidade de ampliação, conforme apresentado no Quadro 13.

QUADRO 13 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E INTERDISCIPLINARES, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020)

(continua)

CATEGORIA DOMICÍLIO – SÍNTESE DE MANIFESTAÇÕES DA SUBCATEGORIA EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E INTERDISCIPLINARES		
SEGMENTO DE USUÁRIOS	SEGMENTO DE TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE	SEGMENTO DE GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO
- Quantidade e necessidade de ampliação do número de equipes (capacidade de atendimento) - Composição das equipes (categorias profissionais específicas, como fisioterapeutas)	- Quantidade e necessidade de ampliação do número de equipes - Desestruturação do serviço por desabilitação de equipes - Insuficiência de profissionais de saúde - Revisão das categorias	- Implantação e reativação de equipes - Ampliação do número de equipes - Composição da equipe - Equipes incompletas - Sobrecarga das equipes por aumento do número de usuários - Redefinição e ampliação das

(continuação)

- Atuação das Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar junto às Equipes de Saúde da Família - Importância da atuação das equipes - Críticas acerca da atuação das equipes - Insegurança e falta de infraestrutura para atuação - Necessidade de treinamentos e capacitações - Baixa remuneração - Forma de contratação e vínculo empregatício	profissionais que compõe equipes - Inclusão de profissionais de saúde de categorias específicas (farmacêutico, terapeutas ocupacionais, nutricionistas) - Relatórios com informações acerca das ações das equipes	competências e das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde - Registro das ações realizadas, como visitas domiciliares - Atendimentos compartilhado entre profissionais - Treinamento e capacitação das equipes para o atendimento domiciliar

TRANSCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE MANIFESTAÇÕES (SEGMENTO RESPONSÁVEL, TIPO DE REUNIÃO, UNIDADE DE ANÁLISE, REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE, ANO)

[...] *a cidade vive uma situação muito crítica, principalmente na unidade de atenção básica* [...] *alguns profissionais quando querem atender o usuário nas casas, se sentem ameaçados, que não se consegue contratar médico, porque eles não querem trabalhar em lugar de risco*. [...] (CSU, RO, expediente, capital da região Sudeste, 2016)

[...] *serviço de atenção domiciliar SAD Melhor em Casa* [...] *relatório* [...] *sugere-se a revisão das categorias profissionais das equipes de apoio no SAD, observando as necessidades do usuário conforme o perfil do paciente assistido* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2016)

[...] *sugerir ao MS, criação de relatórios acerca das ações do* [...] *EMAD. Sugerir que a Atenção Básica encaminhe solicitação a Equipe do Ministério da Saúde responsável pelo e-SUS, para que possibilite a extração de dados/relatórios do NASF* [...] *EMAD E EMAP* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2016)

[...] *Concluir a implantação das 15 equipes EMAD, 5 equipes EMAP* [...] *e as equipes podem evitar que essas pessoas se internem, o que diminui a ocupação de leitos.* (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2016)

[...] *Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: Ao longo do quadrimestre identificou-se o aumento no número de técnicos de enfermagem nas equipes e a redução do número de médicos.* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *está morrendo por causa de EMAD. Quantas pessoas atendidas? Qual a fila de espera? Quantas equipes de direta? E terceirizadas? Quais parâmetros não serão cumpridos?* [...] *Qual forma de contratação das pessoas que trabalham nas equipes*? [...] *Teoricamente e politicamente o programa é uma beleza. O Plano não é ruim. O problema é a execução na ponta.* [...] (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *Serviço de Atenção Domiciliar* [...] *responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), justificando a necessidade de retaguarda principalmente das Equipes de Estratégia da Saúde da Família na rede* [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2019)

[...] *a gente entende que o sistema de saúde tem que atender super bem e prioritariamente quem tem mais necessidade, então não fazia sentindo colocar o ACS batendo na casa da pessoa que não está precisando, se ela já está cadastrada e já tem acesso ao Centro de Saúde. Então é por isso que a gente está escrevendo uma instrução normativa que é essa última: "redefinir as competências do ACS segundo as necessidades do serviço"* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2019)

[...] *os NASF estavam sobrecarregados com a questão do atendimento domiciliar. Relatou ainda que*

(conclusão)

a maior demanda era na área de fisioterapeutas, fonoaudiólogo e psicólogos. [...] (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2019)

FONTE: A autora (2022).

Os representantes do segmento de usuários expuseram tanto os desafios enfrentados quanto as inadequações da atuação das equipes e questões acerca do vínculo empregatício, da remuneração e infraestrutura para execução das atividades profissionais na AD, bem como a necessidade de profissionais de categorias específicas (QUADRO 13).

Questão semelhante foi manifestada por representantes do segmento de trabalhadores e do segmento de gestores e prestadores de serviço, que também expuseram a necessidade de rever a composição das equipes de AD. Ainda, o segmento de gestores e prestadores de serviço expôs o excesso de trabalho das equipes devido à elevação do número de usuários em AD. Nesse sentido, conforme demonstrado no Quadro 13, a necessidade de registrar as ações e gerar relatórios acerca das atividades das equipes de AD foi observada em manifestações do segmento de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviços.

No Quadro 14, estão descritas as manifestações acerca da subcategoria Articulação e comunicação nas RAS e redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de usuários internados.

QUADRO 14 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA ARTICULAÇÃO E COMUNICAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDUÇÃO DA DEMANDA POR ATENDIMENTO HOSPITALAR E DO PERÍODO DE PERMANÊNCIA DE USUÁRIOS INTERNADOS, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020)

(continua)

CATEGORIA DOMICÍLIO – SÍNTESE DE MANIFESTAÇÕES DA SUBCATEGORIA ARTICULAÇÃO E COMUNICAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E REDUÇÃO DA DEMANDA POR ATENDIMENTO HOSPITALAR E DO PERÍODO DE PERMANÊNCIA DE USUÁRIOS INTERNADOS		
SEGMENTO DE USUÁRIOS	SEGMENTO DE TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE	SEGMENTO DE GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO
- Desospitalização - Encaminhamento de usuários da Atenção Domiciliar para a Atenção Especializada Hospitalar	- Desospitalização - Necessidade de comunicação entre pontos de atenção à saúde (Atenção Básica e Atenção Especializada) e da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com o Serviço	- Desospitalização, alta hospitalar - Evitar superlotação de Unidades de Pronto Atendimento - Transição/encaminhamento do usuário da atenção hospitalar e das Unidades de Pronto Atendimento para a Atenção Domiciliar - Transição/encaminhamento do

(conclusão)

	de Atenção Domiciliar - Dificuldade de encaminhamento do usuário entre os pontos de atenção à saúde	usuário da Atenção Domiciliar (AD) 2 ou 3 para AD 1 ou para outro programa da Atenção Básica

TRANSCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE MANIFESTAÇÕES (SEGMENTO RESPONSÁVEL, TIPO DE REUNIÃO, UNIDADE DE ANÁLISE, REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE, ANO)

[...] *passando para o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar): coeficiente de desospitalização* [...] *sozinho não quer dizer nada* [...] *mais de 40% dos pacientes encaminhados para o SAD sejam oriundos dos hospitais;* [...] *liberar leito* [...] *esta é uma das grandes funções de existir o serviço de atenção domiciliar* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2016)

[...] *Fica também preocupada com o Programa de Atendimento Domiciliar. Pertence à região Leste e duvida que se consiga encaminhar paciente ao Hospital* [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2017)

[...] *Avaliou que essas iniciativas já renderam frutos, tendo em vista que já tem a lista da desospitalização de pacientes cronificados há meses, que serão tratados em casa mediante suporte da Equipe Melhor em Casa* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2017)

[...] *aumentar a proporção de pacientes dentro da atenção domiciliar* [...] *para ela ficar mais focada na desospitalização, em vez de fazer um cuidado de atenção domiciliar, às vezes tipo I* [...] *nas equipes de vocês do Melhor em Casa. Isso é uma atribuição da atenção primária* [...] *assume e libera a equipe do Melhor em Casa para conseguir promover a alta precoce das pessoas e elas terminarem os seus tratamentos em ambientes muito mais seguros do ponto de vista biológico* [...] *por infecções hospitalares* [...] (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *No item "serviço de atenção domiciliar - SAD melhor em casa", há relatos de ciclos de debates entre atenção primária, NASF e UPA's com o SAD, para aproximação e discussão do processo de trabalho, mas não fica claro a que nível esse ciclo de debate foi realizado, se a nível central ou em área, pois ainda há a necessidade de uma aproximação maior em área.* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *De 2011 até 2014* [...] *expansão de equipes, aumento do financiamento, e foi lançado o programa Melhor em Casa* [...] *atenção domiciliar não conseguia liberar os usuários, transferir o vínculo e o cuidado para a equipe de saúde da família, porque o enfermeiro da equipe de saúde da família não conseguia assumir as responsabilidades de cuidar a domiciliar porque era um ou no máximo dois técnicos de enfermagem* [...] (PST, RE, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *o tempo de permanência na atenção domiciliar os pacientes deveriam ficar no SAD 30 dias e a média hoje tá de 43,7* [...] *os pacientes estão com uma complexidade maior, e que o SAD muitas vezes não consegue liberar os pacientes né, transferir o cuidado para a atenção primária* [...] (CSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2018)

[...] *indicadores do SAD* [...] *algumas ações vêm sendo implementadas junto com o serviço de urgência emergência para que os pacientes da UPA possam ser o mais brevemente possível retirados da UPA e serem atendidos pelo o Serviço de Atenção Domiciliar, essas duas equipes vem trabalhando bem próximos* [...] (PSGP, RE, ordem do dia, capital da região Sul, 2018)

[...] *Considero extremamente importante uma política / programa de desospitalização, tendo em vista que existem na rede serviços que otimizados e em sinergia as necessidades da saúde no município poderiam auxiliar neste processo, tais como NASF e o Melhor em Casa.* [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2019)

[...] *Considerando que Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)* [...] *visa reduzir a demanda por atendimentos hospitalares e/ou reduzir o período de permanência de pacientes internados* [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2019)

FONTE: A autora (2022).

O processo de desospitalização foi observado em manifestação de representantes dos três segmentos, que também apontaram a necessidade de comunicação entre os pontos de atenção à saúde das RAS. Representantes do segmento de gestores e prestadores de serviço ainda expuseram questões referentes à transição do usuário entre as modalidades de AD, com relação ao respeito aos critérios de indicação para AD 1, AD 2 e AD3, à gravidade da doença ou agravo e à carência de profissionais de saúde nas equipes (QUADRO 14).

Na quarta subcategoria, observou-se que o segmento de usuários manifestou a necessidade de o SAD alcançar usuário que residem em todo território municipal, principalmente os vulneráveis devido a senescência e senilidade e por doença ou agravo. Ainda, as declarações desse segmento indicam para a necessidade de descentralização do SAD. Tais manifestações demonstram a capacidade de compreender as demandas de outros cidadãos. Nesse aspecto, a vulnerabilidade dos territórios foi exposta por representantes dos segmentos de trabalhadores e de gestores e prestadores como fator a ser considerado na definição das áreas de abrangência das equipes do SAD (QUADRO 15).

QUADRO 15 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA AMPLIAÇÃO E EQUIDADE DO ACESSO E ADOÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO POR MEIO DE PRÁTICAS CLÍNICAS CUIDADORAS BASEADAS NAS NECESSIDADES DO USUÁRIO, DERIVADA DA CATEGORIA DOMICÍLIO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020)

(continua)

CATEGORIA DOMICÍLIO – SÍNTESE DE MANIFESTAÇÕES DA SUBCATEGORIA AMPLIAÇÃO E EQUIDADE DO ACESSO E ADOÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO POR MEIO DE PRÁTICAS CLÍNICAS CUIDADORAS BASEADAS NAS NECESSIDADES DO USUÁRIO		
SEGMENTO DE USUÁRIOS	SEGMENTO DE TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE	SEGMENTO DE GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO
- Serviço de Atenção Domiciliar capaz de atender usuários de todas as áreas no município - Equipes do Serviço de Atenção Domiciliar com sede em estrutura física da Atenção Hospitalar: necessidade de descentralização do Serviço de Atenção Domiciliar - Garantir acesso à atenção domiciliar aos usuários em vulnerabilidade: idosos, pessoas com doenças crônicas e com doenças raras, social	- Protocolos: critérios de inclusão de usuários - Visita Domiciliar: estratégia de estabelecimento de vínculo e de reconhecimento das necessidades do usuário, sobretudo de usuários com maior vulnerabilidade e que não têm acesso à estrutura física da Unidade de Saúde - Continuidade e integralidade do cuidado - Cuidados paliativos - Cuidadores de usuários em Atenção Domiciliar	- Protocolos: critérios para elegibilidade de usuários para Atenção Domiciliar e suas modalidades - Atenção Domiciliar realizada por equipe da Atenção Básica: atendimento com resolubilidade - Visitas domiciliares por equipe da Atenção Básica: maior frequência para usuários que mais necessitam - Aumentar número de usuários atendidos na Atenção Domiciliar, conforme suas necessidades - Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar distribuídas no município seguindo critério de vulnerabilidade dos usuários

(continuação)

- Humanização do cuidado em saúde - Ampliação da autonomia dos usuários - Cuidados paliativos em domicílio	- Orientação de cuidadores e familiares quanto aos cuidados aos acamados, sobretudo idosos - Satisfação do usuário	- Formação e capacitação de cuidadores para cuidado em domicílio - Satisfação do usuário - Melhora da qualidade de vida do usuário - Cuidados paliativos em domicílio

TRANSCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE MANIFESTAÇÕES (SEGMENTO RESPONSÁVEL, TIPO DE REUNIÃO, UNIDADE DE ANÁLISE, REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE, ANO)

[...] *teriam mais cuidado em casa, desde que se mantenha o sujeito que não esteja com falta de ar e que não esteja sofrendo. Mas no calor e no conforto do lar é uma coisa muito melhor para o sujeito. Porque tem o déficit de leitos* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2016)

[...] *Então alguns desses doentes não tem mais nada que a medicina possa fazer por eles, então as vezes o paciente pode ir para casa morrer no conforto do lar.* [...] (CST, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2016)

[...] *a atenção domiciliar tem critérios muito restritos em relação a quem fica na Atenção Domiciliar específica. Fica uma larga parcela, que seria do atendimento domiciliar lá na Atenção Básica, que a gente precisa sim ajudar, a gente precisa sim de formação de cuidadores.* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2016)

[...] *Há uma linha francamente crescente por atendimento individual deste conjunto de profissionais do NASF,* [...] atendimento domiciliares [...] Na atenção domiciliar [...] *Serviço de Atenção Domiciliar* [...] *1.408 atendimentos de pessoas neste 1º quadrimestre; estes são aqueles atendimentos em domicílio equivalentes à internação domiciliar nas diversas categorias que contemplam o SAD.* (CSGP, RE, ordem do dia, capital da região Sul, 2016)

[...] *Na questão do SAD - Serviço de Assistência Domiciliar uma vez que existe uma população que está chegando à terceira idade* [...] *requer saber como é que está essa relação das visitas domiciliares* [...] *Porque no SAD pelo Ministério da Saúde os usuários têm critérios para serem inseridos ou não no programa, nisso é realizada a visita que será avaliada pelo SAD e verificado se é feita à adesão.* [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2017)

[...] *E atenção domiciliar, se realiza atendimento domiciliar de forma oportuna com resolubilidade e flexibilidade de acordo com o contexto e a necessidade.* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2017)

[...] *A população envelhece e precisa de mais cuidados. Cuidados paliativos faz parte da EMAD – evitar sofrimento sem procedimentos invasivos.* [...] Quando se fala em ampliação para 76 equipes, querem que toda a população seja atendida. [...] *a área de abrangência que pode atender e quais critérios utilizados.* [...] (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *Fortalecimento das EMADs hospitalares para atender doenças raras.* (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *Serviço de Atenção Domiciliar, houve uma queda de mais de 50% (cinquenta por cento) das avaliações da taxa de satisfação do usuário dentro do quadrimestre, segundo a gestão isto se deu porque a gravidade dos pacientes atendidos seria maior e com isto o tempo de permanência teria aumentado, e as avaliações só são realizadas nas altas do serviço* [...] (CST, RE, ordem do dia, capital da região Sul, 2018)

[...] *qualifica a Atenção Domiciliar e garante o financiamento das equipes em funcionamento. Distribuição das equipes pela equidade e vulnerabilidade – periferias.* [...] (PSGP, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018)

[...] *Considerando que Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)* [...] *visa* [...] *a humanização da atenção,*

(conclusão)

a desinstitucionalização/desespiralização e ampliação da autonomia dos usuários [...] (CSU, RO, ordem do dia, capital da região Centro-oeste, 2019)
[...] *Informa que foi aprovada a descentralização do SAD do Hospital [...], mas que será estudado por onde se iniciará* [...] (PSU, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2019)
[...] *SAD como apoiador fundamental na recuperação dos pacientes pós internação, descentralização dos SAD para melhorar o atendimento nos distritos;* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2020)
[...] *ressalta o processo de descentralização do SAD e suas vantagens para a população* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sul, 2020)

FONTE: A autora (2022).

Para definir as áreas de abrangência do SAD e os usuários elegíveis à AD, verificou-se manifestações de representantes dos segmentos de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviço quanto à necessidade de estabelecimento de protocolos, a fim de definir as linhas de cuidado adotadas. Nesse sentido, as práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário e a humanização do cuidado em saúde foram observadas em declarações de representantes dos três segmentos, assim como os cuidados paliativos na AD, conforme demonstrado no Quadro 15.

As manifestações de representantes dos segmentos de usuários, de trabalhadores da área de saúde e de gestores e prestadores de serviço acerca da TNED encontram-se nos Quadros 16 e 17. As subcategorias derivadas da categoria *nutrição* foram: 1. Responsabilidade dos entes federativos e recursos financeiros; e 2. Equipe multiprofissional e cuidado em nutrição.

Representante de conselheiro do segmento usuário manifestou a necessidade de diálogo entre CMS e Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional para assegurar que usuários com NEA tenham seus direitos garantidos. Conforme demonstrado no Quadro 16, em manifestação de representante do segmento de trabalhadores, observou-se a defesa do DHAA, expondo ainda que a alimentação é um direito constitucional e fator determinante de saúde. Nesse contexto, em exposição do segmento de gestores e prestadores de serviço, identificou-se que a gestão estadual foi indicada como responsável por assegurar o acesso aos alimentos administrados via sonda aos usuários em TNED. Logo, observou-se interesse pela questão da TNED de atores diversos em nível municipal.

QUADRO 16 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA RESPONSABILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS E RECURSOS FINANCEIROS, DERIVADA DA CATEGORIA NUTRIÇÃO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020)

CATEGORIA NUTRIÇÃO – SÍNTESE DE MANIFESTAÇÕES DA SUBCATEGORIA RESPONSABILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS E RECURSOS FINANCEIROS		
SEGMENTO DE USUÁRIOS	SEGMENTO DE TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE	SEGMENTO DE GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO
- Recursos para aquisição de insumos (alimentos) - Diálogo e ação intersetorial	- Custo dos insumos para Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED): produtos (fórmula industrializada) - Não obrigatoriedade de fornecimentos dos insumos para TNED (produtos - fórmula industrializada) pela gestão do município	- Responsabilização do fornecimento de insumos (alimentos) para Terapia Nutricional Enteral em Domicílio: responsabilidade do estado e não do município
TRANSCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE MANIFESTAÇÕES (SEGMENTO RESPONSÁVEL, TIPO DE REUNIÃO, UNIDADE DE ANÁLISE, REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE, ANO)		
[...] *Crianças usuárias de sondas, que estão sem alimentos.* [...] *Informa que estão cobrando* (do estado). *E existe uma temática no município para isso.* (PSU, RO, expediente, capital da região Sudeste, 2016) [...] *Informa que este tipo de insumo (alimento para administração via sonda) é de responsabilidade do Estado. O que pode ser feito, é solicitar ao CMS que aprove uma moção, cobrando do Estado esta questão. É errado não cobrar do Estado, e entrar na justiça pra fazer a prefeitura pagar. Isso deve ser cobrado do Estado.* [...] (CSGP, RO, expediente, capital da região Sudeste, 2016) [...] *a Programação Anual de Saúde é caracterizada por uma grande integração com os demais instrumentos de planejamento do SUS.* [...] *Realizar avaliação do estado nutricional dos usuários atendidos pela estratégia de saúde da família* [...] (PSGP, RO, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2016) [...] *o Conselho Municipal de Segurança Alimentar precisa ter um diálogo melhor com a Saúde, é preciso ter ações colaborativas.* [...] *o processo não pode ser de responsabilidade do usuário, o município tem a responsabilidade pelo seu munícipe, se o Estado ou Federal não dá o recurso ao município tem que buscar estratégias de como dar resposta do agravo que o cidadão está passando*. [...] (PSU, RO, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2018) [...] *O intuito é que essas pessoas com as Necessidades Especiais que estão morrendo de desnutrição são caracterizada como fome, por não ter condições de comprar essas formas, porque são extremamente caras para a maioria das pessoas. A resposta que se tem do município que essa alimentação não está dentro da RENAME, então o município não tem obrigatoriedade de dá assistência, no sentido de que não é reconhecido como alimento, e não tem um financiamento. O questionamento é esperar, reconhecendo que o direito humano de alimentação adequada, é um direito constitucional, que está contido na Emenda Constitucional nº 64/2010, Art. 196, que a alimentação é reconhecida como um fator determinante da Saúde.* [...] (PST, RO, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2018)		

FONTE: A autora (2022).

Na subcategoria Equipe Multiprofissional e cuidado em nutrição, não foi observada convergência entre as manifestações de representantes dos três segmentos. Nesse sentido, as exposições do segmento de usuários foram

referentes a questões acerca do cuidado aos usuários com NEA, como o estabelecimento de linha de cuidado. As manifestações de representantes do segmento de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviço foram com relação à atuação da equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e AB (Nasf-AB) (QUADRO 17).

QUADRO 17 – SÍNTESE E TRANSCRIÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ACERCA DA SUBCATEGORIA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E CUIDADO EM NUTRIÇÃO, DERIVADA DA CATEGORIA NUTRIÇÃO, CONFORME SEGMENTO PARTICIPANTE DE CONSELHO DE SAÚDE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS (2016-2020)

CATEGORIA NUTRIÇÃO – SÍNTESE DE MANIFESTAÇÕES DA SUBCATEGORIA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E CUIDADO EM NUTRIÇÃO		
SEGMENTO DE USUÁRIOS	SEGMENTO DE TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE	SEGMENTO DE GESTORES E PRESTADORES DE SERVIÇO
- Proposta de criação de Grupo de Trabalho para criação de linha de cuidado para pessoas com necessidades especiais de alimentação, como em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio - Inadequações da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar quanto aos cuidados realizados	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) apoia equipe de Saúde da Família para cuidado de usuários com necessidades especiais de alimentação, como em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio - Área de trabalho do Nasf-AB: Alimentação e Nutrição	- Etapa do cuidado em nutrição: Realização de avaliação do estado nutricional dos usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família
TRANSCRIÇÃO DE EXEMPLOS DE MANIFESTAÇÕES (SEGMENTO RESPONSÁVEL, TIPO DE REUNIÃO, UNIDADE DE ANÁLISE, REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE, ANO)		
[...] *Propõe construir um Grupo de Trabalho - (GT) para pensar uma linha de cuidado para as pessoas que precisam de Alimentação especial.* [...] (PSU, RO, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2018) [...] *Queixa-se da equipe de EMAD, dizendo que fazem o que querem. [...] Problemas de equipes incompletas, sondas para alimentação.* (CSU, RE, ordem do dia, capital da região Sudeste, 2018) [...] *O NASF dá suporte às equipes de Saúde da Família nas Unidades de Saúde diante das necessidades de vários pacientes em situação de necessidades especiais, considerando a Alimentação Especial.* [...] *Dentro dessa condição especial também está o indivíduo que estejam com a condição específica de necessidade, diante disso o que chega nas Unidades de Saúde são as crianças com Paralisia Cerebral, que tem vários problemas com relação à capacidade de alimentação, que precisa de um alimento especial. O indivíduo que precisa de alimentação via sonda, e na maioria das vezes alimentação via sonda é um produto.* [...] (PST, RO, ordem do dia, capital da região Nordeste, 2018)		

FONTE: A autora (2022).

Também foi observada escassez de discussões acerca do tema AD e da TNED na AD no âmbito do SUS, sobretudo entre representantes de diferentes segmentos. Das 26 atas de reuniões ordinárias com interações (réplica, discussão) entre os conselheiros e participantes acerca da AD e da TNED no âmbito do SUS,

20 interações foram entre conselheiros de segmentos diferentes. Considerando atas de reuniões extraordinárias, em oito foram verificadas interações abordando a temática, sendo seis delas entre conselheiros de segmentos diferentes.

4.4.4 Discussão

A análise das atas de reuniões dos CMS das capitais e do CSDF permitiu identificar manifestações dos segmentos de usuários, de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviço acerca da AD e da TNED no âmbito do SUS. Maior frequência de exposições foi originada do segmento de gestores e prestadores de serviço. Contudo, as manifestações demonstraram baixa frequência de integração da TNED na AD no SUS, visto que a coocorrência com presença de relação entre as categorias foi identificada em duas reuniões. Ainda, foi observada distribuição desigual de atas com quantidade expressiva de manifestações acerca da temática nas regiões brasileiras.

Como parte da análise, deve-se considerar, também, a indisponibilidade de documentos verificada para 40,74% (n=14) das capitais. Portanto, as 1.009 atas analisadas representam reuniões ordinárias e extraordinárias de Conselhos de Saúde de dezesseis capitais brasileiras, para as quais foi verificada a disponibilização dos referidos documentos, constatando-se a transparência externa.

A problemática da veiculação dos Conselhos de Saúde e da publicização dos instrumentos de gestão do SUS nos portais das capitais das 27 Unidades Federativas do Brasil foi trazida anteriormente, em 2017 (SANTOS *et al*., 2020b). De modo semelhante ao verificado na presente pesquisa, Santos *et al*. (2020b) observaram que 17 capitais apresentaram página específica para o Conselho de Saúde, sendo que a disponibilização das atas e pautas de reuniões foi verificada em apenas oito.

As pautas e as atas são exemplos de documentos produzidos pelos Conselhos de Saúde com a finalidade de tornar públicas as decisões e demais manifestações de interesse dos conselheiros e participantes das reuniões (BRASIL, 2014a). Quando se tornam públicas, dá-se visibilidade do funcionamento da instituição para a população, possibilitando o atributo transparência, um dos bens democráticos. Nesse caso, a transparência externa é proporcionada (SMITH, 2009; PESSALI; GOMES, 2020). Para tanto, é necessário estabelecer a forma de

publicizar os documentos para que a transparência das informações seja assegurada.

Apesar da capacidade da participação popular assegurar a transparência e a visibilidade da gestão da saúde (BRASIL, 2012c), a Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, não orienta a forma como as produções e decisões dos Conselhos de Saúde devem ser divulgadas à população (BRASIL, 1990b).

As informações dos CMS não são repassadas para a sociedade de maneira eficaz (SALIBA *et al*., 2009). A escassez de canais de comunicação entre Conselho de Saúde e sociedade faz com que a sua interação seja fraca ou inexistente. Destaca-se a atrofia da comunicação, principalmente, entre os representantes dos usuários e população, fazendo com que a representação não seja suficientemente transparente. Nesse contexto, o conceito de comunicação encontra-se articulado com os conceitos de visibilidade e transparência (OLIVEIRA, 2006).

Considerando que o Conselho de Saúde dos municípios e do Distrito Federal integra a estrutura organizacional das respectivas Secretarias de Saúde (BRASIL, 2012b), cabe mencionar que a transparência das informações vinculadas aos órgãos de administração pública é regulamentada pela Lei n.º 12.527/2011 - Lei de Acesso à Informação. De acordo com a Lei n.º 12.527/2011, os órgãos e entidades do poder público devem garantir a gestão transparente da informação, possibilitando sua divulgação e amplo acesso (BRASIL, 2011c).

Contudo, a condição do poder público de assegurar a gestão transparente do SUS vem sendo questionada desde a sua criação, nos anos de 1990. Tais questionamentos são provocados pelas contrarreformas neoliberais, que contestam a garantia de efetividade e eficiência da gestão da saúde pública, bem como restringem o espaço para a participação da sociedade nas decisões do SUS (KRÜGER; OLIVEIRA, 2019). Somado a isso, faz-se necessário considerar a heterogênea e variante conjuntura de cada município brasileiro, onde o processo participativo e seus desdobramentos se apresentam (SILVA; LIMA, 2021).

Santos *et al*. (2020b) observaram que entre as capitais brasileiras que não disponibilizavam nem uma página sobre o Conselho de Saúde nem os instrumentos de gestão, todas pertenciam às regiões Norte e Nordeste. Resultado semelhante foi encontrado no presente estudo, em que maior proporção de capitais que não

apresentaram os documentos disponíveis para análise foram das regiões Norte e Nordeste.

No Brasil, observam-se desigualdades regionais também na distribuição de recursos federais no SUS. Ainda que, de 2003 a 2017, a desigualdade quanto à alocação de recursos federais nas regiões tenha diminuído, evidenciou-se a presença de alocação atípica de recursos. Considerando o caso do bloco da média e alta complexidade, o aumento atípico no recebimento de recursos envolve especialmente estados das regiões Norte e Nordeste e está condicionada à combinação e influência de fatores técnicos e políticos, como o ministro da Saúde ser de origem da Unidade Federativa beneficiada e a bancada do Senado e prefeito da capital estarem alinhados (CARVALHO, 2021).

Os recursos financeiros podem ser repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, mas todos os entes políticos contribuem com o financiamento da saúde no país. O acompanhamento da aplicação desses recursos e a fiscalização quanto à sua movimentação são competências dos Conselhos de Saúde. Portanto, o exercício do controle social possibilita que a sociedade intervenha nas ações do Estado e no gasto público, mas os conselheiros precisam se preparar ou serem capacitados para esta função (BRASIL, 2014a; LIPORONI, 2017), referindo-se ao *bem democrático* julgamento ponderado, que remete à motivação e capacitação dos participantes para compreender aspectos técnicos.

As capacitações podem ser realizadas pelas instituições participativas, ou seja, pelo Conselho de Saúde, em parceria com órgãos governamentais e Instituições de Ensino Superior, e devem ser ofertadas periodicamente. Assim, conforme Gomes e Orfão (2022), a aquisição do conhecimento é possibilitada por meio de educação contínua e permanente dos conselheiros de saúde, sobretudo dos representantes dos usuários. Ainda, a capacitação deve ser centrada na qualificação técnica e política, potencializando o controle e a fiscalização da execução das políticas públicas de saúde (GOMES; ORFÃO, 2022).

Entretanto, a dimensão fiscalizatória é uma das partes que constituem o controle público do sistema de saúde. Esse controle burocrático e administrativo das secretarias de saúde pode acarretar negligência às macroquestões ou questões essenciais das políticas públicas, como os diagnósticos e as deficiências de saúde, bem como os debates sobre os planos, programas e prioridades da área e os resultados alcançados (OLIVEIRA, 2006).

Rocha, Moreira e Bispo (2020) utilizaram um modelo de avaliação de desempenho para analisar o Conselho de Saúde de um município baiano. Uma das dimensões da matriz se referia à influência política, em que foi observado elevado poder de agenda dos representantes sociais, mas fragilidade na capacidade de acompanhamento do cumprimento das deliberações. Os temas deliberados concentravam-se na participação e controle social e os processos de prestação de contas. Nesse contexto, a organização dos serviços e o desenvolvimento de políticas públicas corresponderam a proporções menores. Ainda, constatou-se que o Conselho de Saúde pouco se ocupou da fiscalização e acompanhamento das ações e políticas sobre as quais deliberou.

Assim, observa-se que maior parte do tempo das reuniões de Conselho de Saúde direciona-se às prestações de contas e discussões sobre o próprio funcionamento do conselho (ROCHA; MOREIRA; BISPO, 2020). Na análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias de CMS de município paulista de 2018 e 2019, observou-se escassa discussão no momento das apresentações das pautas da gestão, ocorrendo apenas apresentação e aprovação por unanimidade da proposta (SANTOS *et al*., 2020c).

No presente estudo, também foi observada escassez de discussões acerca do tema AD e TNED integrada à AD no âmbito do SUS. Além disso, a frequência de manifestações acerca da temática de interesse diminuiu, acompanhada da redução do número de atas de reuniões dos Conselhos de Saúde das capitais e do Distrito Federal disponibilizadas para análise, de 2016 a 2020.

A partir de 2016, a participação enquanto movimento dialético de transformação, e não como discurso participacionista ou de representação simbólica, adquire ainda mais importância devido à conjuntura regressiva que vem sendo potencializada no cenário brasileiro (KRÜGER; OLIVEIRA, 2019). Nesse contexto, o regime fiscal com limite para os gastos do governo federal estabelecido pela Emenda Constitucional n.º 95/2016 para os próximos vinte anos, que não permite o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, pode levar ao sucateamento das políticas sociais. O projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das graves desigualdades sociais e econômicas, é o alvo prioritário da ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais imposta pelo teto de gastos públicos do governo federal (MARIANO, 2017).

A provisão de financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde é desafio constante na história do SUS. Entretanto, o cumprimento das obrigações constitucionais previstas desde 1988 é impossibilitado pela Emenda Constitucional n.º 95/2016, que retoma os princípios da austeridade como orientadores da gestão pública e impõe uma inversão de prioridades, impedindo o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal. Caso persistam as ações de desfinanciamento, a capacidade do SUS será cada vez menor, haverá precarização e, possivelmente, será observado o retorno de um sistema de saúde excludente (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019; PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Diante das imposições da Emenda Constitucional n.º 95/2016, bem como em decorrência do impeachment da presidente Dilma Rousseff também em 2016, uma menor permeabilidade da nova coalizão governativa à participação da sociedade e o agravamento do histórico subfinanciamento do SUS foram observados pelos representantes do Conselho Nacional de Saúde. Nesse contexto, o conselho passou a exercer um maior ativismo político e adotar um posicionamento de resistência e de enfrentamento (TEMOTEO-DA-SILVA; LIMA, 2022).

Considerando que devido à Emenda Constitucional n.º 95/2016, o financiamento do SUS nos estados e municípios pode ser atingido (MARIANO, 2017), é necessário que os Conselhos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal também se posicionem de maneira convergente ao Conselho Nacional de Saúde. Menezes, Moretti e Reis (2019) ressaltam que os estados e, sobretudo, os municípios gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Com a manutenção do congelamento, esses entes se responsabilizarão por 70% dos gastos públicos até 2036. A aprovação da Emenda Constitucional n.º 95/2016 representa uma perda de mais de 430 bilhões de reais para a saúde em 20 anos (TEMOTEO-DA-SILVA; LIMA, 2022).

Questões referentes ao financiamento do SUS foram verificadas nas manifestações acerca da AD e da TNED na AD dos representantes dos diferentes segmentos nas reuniões dos Conselhos de Saúde das capitais brasileiras e do Distrito Federal, conforme as atas analisadas neste estudo. Nesse sentido, uma das subcategorias derivadas tanto da categoria *domicílio* quanto da categoria *nutrição*, foi a relativa aos recursos financeiros e estruturais. Para essa subcategoria, as

manifestações sobre as dificuldades enfrentadas nos municípios impactam na AD no âmbito do SUS.

De acordo com Portaria n.º 825/2016, um dos objetivos do SAD é a otimização dos recursos financeiros e estruturais das RAS. Mensalmente, ocorre o repasse do incentivo financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado que cumpre os requisitos estabelecidos. No caso de necessidade de complementar os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD, a complementação é de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2016a).

As manifestações observadas na presente pesquisa indicam a necessidade de recursos financeiro para a habilitação de equipes e para a contratação das equipes de AD, bem como de infraestrutura para realização das atividades profissionais no ambiente domiciliar. Entretanto, até 2036, a repercussão do subfinanciamento pode ser ainda mais grave. Conforme Mariano (2017), o agravamento pode ocorrer devido ao regime fiscal com limite para os gastos do governo federal ser impeditivo para investimentos necessários a manutenção e expansão dos serviços, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração e contratação de pessoal.

Neste estudo, a necessidade de ampliação do número de equipes de AD foi observada nas manifestações dos segmentos de usuários, de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviço. Para o segmento de usuários, também foram verificadas exposições sobre a remuneração dos profissionais de saúde.

No que diz respeito aos profissionais de saúde que atuam na AD, para a modalidade AD 1, é considerada a equipe multiprofissional da AB, como a eSF e Nasf-AB. Para AD 2 e AD 3, a composição da equipe deve seguir o recomendado na Portaria n.º 825/2016, que indica a composição das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo 1 e 2, bem como das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A presença de diferentes categorias profissionais no Nasf-AB e na EMAP, como de nutricionistas, depende das necessidades do território e características específicas dos usuários atendidos na AD, respectivamente, sendo que os arranjos de composição das equipes cabem aos gestores dos municípios (BRASIL, 2016a, 2017).

A necessidade qualitativa e quantitativa de trabalhadores para AD deve ser uma prioridade na agenda política brasileira para a sustentabilidade do modelo de

atenção em conformidade com as mudanças demográficas e epidemiológicas (BRAGA *et al*., 2016). Nesse sentido, em 2014, uma proposta de qualificação da AD foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde, abrangendo processo de Educação Permanente com a utilização de instrumentos e ferramentas, como textos de apoio referentes à implantação da AD no território e a relação do SAD com hospitais, com a urgência e emergência e com a AB. Ainda, foi disponibilizado um programa multicêntrico de qualificação profissional em AD, realizado à distância, entre outras ações (BRASIL, 2014b).

As qualificações profissionais são importantes, também, para que os representantes do segmento de trabalhadores de saúde estejam capacitados com os conhecimentos técnicos necessários para inserir e defender as questões referentes à AD nas reuniões dos Conselhos de Saúde. Conforme Guerra *et al*. (2020), profissionais e coordenadores de um SAD relataram que a capacitação acarretou uma visão mais crítica acerca dos SAD. Contudo, dificuldades persistem, devido a obstáculos como a insuficiência de recursos (GUERRA *et al*., 2020).

Além de recursos escassos, bem como a insuficiência dos serviços de AD, não há um alinhamento entre a organização da oferta dessa modalidade de atenção à saúde, que segue a lógica da racionalização de custos, e a demanda e necessidades de saúde da população. Nesse sentido, os serviços ofertados respondem às necessidades de gestão quanto à melhor alocação entre recursos disponíveis e demandas iminentes (BRAGA *et al*., 2016).

Reis *et al*. (2021) investigaram o perfil de 856 usuários assistidos e os custos envolvidos na assistência domiciliar e na ocorrência de internações hospitalares junto a um SAD de um município de médio porte durante o ano de 2014. Os pesquisadores identificaram que os idosos foram os maiores usuários do SAD. Quanto aos custos envolvidos, a despesa com pessoal foi o componente que mais impactou o custo total do SAD. Entretanto, os custos da AD foram menores em relação ao hospitalar. O valor médio usuário/dia do atendimento domiciliar foi de R$ 28,26 (US$ 12.03), enquanto o valor médio usuário/dia de internação hospitalar foi de R$294,46 (US$ 125.30), que corresponde a uma diferença entre os custos da AD e de internação hospitalar de -1.041%.

Os custos inferiores da AD em comparação com a Atenção Hospitalar reiteram a viabilidade e a importância do SAD no âmbito do SUS, sob a perspectiva do melhor uso dos recursos no sistema público de saúde (REIS *et al*., 2021). Por

outro lado, a infraestrutura específica para o funcionamento do SAD, como equipamentos, material permanente e de consumo, aparelho telefônico e veículo(s) em condições adequadas, conforme protocolos de manutenção e higienização, para locomoção das equipes (BRASIL, 2016a, 2016e) também apresentam custos que devem ser considerados pelos gestores, pois podem corresponder a, aproximadamente, 30% das despesas totais (REIS *et al*., 2021).

Nesse contexto, as instâncias gestoras têm se demonstrado incapazes de fornecer as condições adequadas aos SAD, no que se refere ao financiamento para estruturar esses serviços e à força de trabalho preparada para atuar no ambiente domiciliar (BRAGA *et al*., 2016). Ainda com relação aos recursos financeiros, na presente pesquisa foram identificadas manifestações de representantes dos três segmentos acerca da gestão de programas de AD executada por Organização Social ou por Fundação Estatal de Direito Privado.

Os modelos de governança das Organizações Sociais, entidades do setor público não estatal, e das Fundações Estatais de Direito Privado são permeáveis ao setor privado e pouco abertos à participação social. Contudo, as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado, atrelados ao modelo gerencialista, foram adotadas por estados e municípios brasileiros com a justificativa das dificuldades encontradas na área de gestão de serviços de saúde, enfatizando questões como a falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa, limitações de ordem fiscal quanto à admissão de recursos humanos e precariedade dos registros e processamento dos procedimentos realizados (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015; KRÜGER; REIS, 2019).

Assim, como parte do projeto gerencialista, encontram-se essas ações de privatização dos serviços de saúde. Na construção da narrativa técnica-gerencial, a modernização, com melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, o controle de resultados, a relação custo-benefício e a eficiência são enfatizados. Entretanto, essas instituições não apresentam compromisso com os princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade de acesso, da redução das desigualdades e da participação popular deliberativa. Ainda, as Organizações Sociais têm liberdade na gestão dos serviços, podendo dificultar o acesso para os usuários (KRÜGER; REIS, 2019).

Nesse sentido, destacam-se manifestações verificadas neste estudo quanto aos prejuízos da desqualificação de uma Organização Social para os usuários em

AD e acerca da ausência de participação dos conselheiros na apreciação de contrato com Organização Social responsável por executar gestão do SAD.

Os Conselhos de Saúde apresentam como competência a aprovação dos contratos de gestão estabelecidos entre as secretarias de saúde e as Organizações Sociais ou Fundações Estatais de Direito Privado, bem como também a avaliação e o controle dos repasses financeiros realizados pelas secretarias. Contudo, a maioria das leis municipais e estaduais não menciona a prestação de contas aos Conselhos de Saúde, o que demonstra um afastamento dessas normatizações aos mecanismos democráticos de gestão e participação do SUS (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

A necessidade de participação social na gestão de programas e ações voltados para a AD foi identificada nesta pesquisa também em manifestações de conselheiros referentes à necessidade de incluir a AD na pauta das reuniões do Conselho de Saúde das capitais. A inclusão de questões acerca dessa modalidade de atenção em instância de controle social pode evitar que as necessidades de saúde dos usuários em AD fiquem negligenciadas.

Constata-se a negligência de muitas das necessidades em saúde no cenário brasileiro, em um modelo de atenção em que a AD ocupa um lugar periférico no rol de ofertas. A expansão da oferta de AD não tem acompanhado a demanda, tanto quantitativa quanto qualitativa, nas suas diversas modalidades (BRAGA *et al*., 2016). Nesta pesquisa, foram identificadas manifestações do segmento de gestores e prestadores de serviço acerca da transição do usuário entre as modalidades de AD e aos critérios de indicação para AD 1, AD 2 e AD 3.

De acordo com a Portaria n.º 825/2016, o SAD é responsável pelo atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3, enquanto a modalidade AD 1 é de responsabilidade da equipe da AB (BRASIL, 2016a). Nesse sentido, é importante conhecer o volume de cuidado domiciliar prestado pelas equipes da AB, como no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) (RAJÃO; MARTINS, 2020). Contudo, a AD 1 também está ameaça pelas medidas de austeridade e mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) impostas a partir de 2017.

A AB corre o risco de colapso em decorrência das novas mudanças no financiamento e os impactos orçamentários da Emenda Constitucional n.º 95/2016 (GEREMIA, 2017). Nesse contexto, em 2017, foi publicada a nova PNAB, que

propõe regulamentação e valorização do modelo de AB tradicional, por meio de equipes sem a obrigatoriedade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e carga horária mínima por categoria profissional de dez horas. Como resultado da nova PNAB, poderá existir maior flexibilização das jornadas dos médicos, mais fragmentação do processo de trabalho e menos vínculo entre usuários e a equipe, comprometendo a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (CECILIO; REIS, 2018), que é uma característica da AD (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Dessa forma, o SAD pode ser condicionado pelas alterações na PNAB, pois sofre influencia das diretrizes da AB, e, também, por atuar na interface entre a atenção especializada hospitalar e a AB. Rajão e Martins (2020) analisaram a AD no âmbito do SUS e observaram que 63,3% das residências não eram cobertas por ESF e que o encaminhamento à AD 1 ocorreu em 2,3% dos casos. Portanto, a maior parte dos atendimentos era de responsabilidade do SAD, sendo 93,3% executado pelas EMAD e 6,7% pelas EMAP.

O SAD gerencia e operacionaliza as EMAD e EMAP, sendo que um dos seus objetivos é reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência de usuários internados (BRASIL, 2016a). Na presente pesquisa, foram observadas manifestações acerca do processo de desospitalização originadas dos três segmentos. Segundo Da Silva, Ribeiro e de Azevedo (2018), a alta hospitalar é um processo complexo, não se referindo apenas à saída do indivíduo do hospital. Nesse sentido, a desospitalização engloba todos os profissionais de saúde, o usuário e sua família e a rede de serviços de saúde, exige o planejamento desde a admissão do usuário na atenção hospitalar até seu retorno ao domicílio.

Entretanto, entre os usuários atendidos pelo SAD, aproximadamente 25% têm como origem a atenção hospitalar e mais da metade é proveniente da AB (RAJÃO; MARTINS, 2020). Nesse contexto, é necessário considerar que a AB apresenta diferentes e múltiplas características no cenário brasileiro, considerando a extensão territorial, a heterogeneidade econômica, social e cultural do país e as desigualdades regionais relacionadas aos indicadores de renda e de desocupação, bem como o tamanho das populações e a estrutura de sistemas locorregionais de saúde, incluindo a maior ou menor presença do setor privado (CECILIO; REIS, 2018; PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Da mesma forma, a AD no SUS no Brasil apresenta distribuição geográfica específica. Assim, a AD 1, realizada pelas equipes da AB, a AD 2 e a AD 3,

prestadas pelos SAD, foram concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste, seguida da região Sul. Portanto, o acesso à essa modalidade de cuidado é geograficamente desigual no cenário brasileiro (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Desigualdade na distribuição também foi verificada neste estudo com relação às manifestações acerca do tema AD e da TNED na AD no âmbito do SUS nas capitais brasileiras. A Região Sudeste destacou-se na frequência de atas das reuniões dos Conselhos de Saúde com manifestações sobre a temática. Ainda, para duas capitais da Região Sul foi verificada maior frequência de atas com exposições acerca da AD e da TNED na AD. Também foi observado que o segmento de gestores e prestadores de serviços foi o principal responsável pelas manifestações, seguido por trabalhadores da saúde e, por último, os representantes dos usuários.

Resultado semelhante foi encontrado por Santos *et al*. (2020c) em análise de atas de reuniões ordinárias e extraordinárias de CMS de município paulista de 2018 e 2019. Verificou-se que o segmento de usuários foi proporcionalmente menos ativo em relação ao segmento de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviço. Nesse contexto, a utilização de um discurso técnico-científico pode ser uma forma de estabelecer relações de subordinação, que marca a participação dos conselheiros por relações de poder instituídas (SANTOS *et al*., 2020c).

Tais relações de poder verificadas nos Conselhos de Saúde podem estar reproduzindo a realidade da prática da atenção à saúde nos diferentes pontos das RAS. Bertagnoli *et al*. (2021) identificaram que os cuidadores de usuários em AD apresentam dificuldades em expor sua opinião acerca do atendimento realizado, sobretudo devido à crença de que por não apresentarem saber técnico, a sua experiência acumulada não seria importante na definição do plano de cuidado do usuário. Assim, a imposição de procedimentos e condutas realizada por profissionais sobre os cuidadores pode produzir efeitos negativos. Portanto, a hierarquização da relação de cuidado pode ser prejudicial para a execução da gestão compartilhada do cuidado (BERTAGNOLI *et al*., 2021).

Por sua vez, a falta de conhecimento técnico-científico dos conselheiros pode ser considerada uma fragilidade. As assimetrias informacionais e cognitivas entre os atores interferem na qualidade deliberativa e permitem condições desiguais de argumentação entre os conselheiros (BORTOLI; KOVALESKI, 2019), afetando, sobretudo, a participação do segmento de usuários.

Nesse sentido, os representantes de gestores realizam proposição e apresentação de pautas com mais frequência, principalmente as relativas ao planejamento e financiamento do sistema de saúde. Já o segmento de trabalhadores apresenta pautas referentes à organização da rede (SANTOS *et al*., 2020c). Neste estudo, foi verificado que tanto os representantes dos segmentos de gestores e prestadores de serviço quanto de trabalhadores expressaram manifestações acerca da necessidade de protocolos para apoiar as práticas e decisões relacionadas à AD.

De acordo com recomendações do Ministério da Saúde, a elaboração de protocolos depende de conhecimentos técnicos-científicos. Portanto, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas devem ser baseados em evidências científicas para guiar os profissionais de saúde e gestores na tomada de decisão quanto às condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases de um agravo à saúde ou de uma condição específica, otimizando a eficiência e garantindo o melhor cuidado de saúde no SUS (BRASIL, 2019).

Entretanto, o planejamento e a realização do cuidado em saúde na AD exigem considerar a heterogeneidade existente nesse campo e as especificidades locais. Nessa perspectiva, faz-se necessário repensar as tecnologias utilizadas para a produção do cuidado, as quais devem buscar responder às demandas e necessidades dos usuários (BRAGA *et al*., 2016). Com relação às práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, a humanização do cuidado em saúde e os cuidados paliativos na AD, no presente estudo, foram observadas declarações de representantes dos três segmentos.

A relação profissionais-usuários em si pode apresentar efeito terapêutico, pois visitas domiciliares são capazes de proporcionar interação que promove melhora na qualidade de vida de usuários em AD e de seus cuidadores. Assim, a aproximação da equipe de AD com cuidadores e usuários favorece ações pautadas pela gestão compartilhada do cuidado e, com isso, maior sucesso nas estratégias estabelecidas. Portanto, explicações sobre os pontos a serem seguidos pelos cuidadores devem estar acompanhadas da escuta legítima de suas necessidades e percepções sobre o processo de cuidado (BERTAGNOLI *et al*., 2021).

No contexto da atenção às necessidades dos usuários, foi observado no presente estudo que os representantes desse segmento se manifestaram com relação a assegurar a AD para todos os usuários que apresentem a indicação dessa

modalidade de cuidado, sobretudo os vulneráveis devido à idade avançada e por doença ou condição de agravo à saúde, incluindo aqueles em cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos podem ser definidos como a prevenção ou o alívio do sofrimento de pessoas com doenças ameaçadoras da vida e suas famílias, com vistas a aumentar a qualidade de vida e promover a dignidade e o conforto. O acesso aos cuidados paliativos deve existir em todos os pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo o ambiente domiciliar (WHO, 2018). No Brasil, as diretrizes para organizar os cuidados paliativos no âmbito SUS foram regulamentadas em 2018. A organização apresenta objetivos como integrar os cuidados paliativos nas RAS e garantir a atenção à saúde humanizada e o acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os pontos de atenção, com ênfase na AB e AD e integração com os serviços especializados (BRASIL, 2018).

As ações de cuidados paliativos nos serviços de saúde, bem como a produção científica acerca dessa modalidade de cuidado na AD são incipientes no Brasil (NARDINO; OLESIAK; QUINTANA, 2021; SILVA; DUARTE; FERNANDES, 2022). Entretanto, já foram indicadas as vantagens dos cuidados paliativos em ambiente domiciliar, como o conforto, a proteção, a proximidade dos familiares e amigos, o que o configura, portanto, como um facilitador do tratamento (NARDINO; OLESIAK; QUINTANA, 2021).

O incentivo ao trabalho em equipe multidisciplinar e a oferta da Educação Permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS são objetivos da organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. As equipes das três modalidades de AD devem contribuir para o preparo do domicílio, principal *locus* de cuidado, também, no período de fim de vida, sempre que desejado e possível (BRASIL, 2018).

Silva, Duarte e Fernandes (2022) realizaram entrevistas com profissionais de saúde para analisar a produção de cuidados paliativos de equipes do SAD em um município mineiro. Entre as ações de cuidados paliativos citadas, destacam-se a abertura para comunicação com os usuários e familiares, informações sobre os momentos do óbito e pós-óbito e orientações acerca de procedimentos técnicos de cuidado, as quais foram preponderantes. Tais ações são insuficientes no que diz respeito aos princípios humanísticos do cuidado paliativo, o que pode ser justificado devido à fragilidade da formação e do conhecimento dos profissionais acerca dessa modalidade de cuidado, bem como à deficiência do poder público e dos gestores em

saúde em prover condições que assegurem a integralidade do cuidado e a abordagem paliativa.

Por isso, destaca-se a importância das manifestações dos representantes dos segmentos de usuários, de trabalhadores e de gestores e prestadores de serviço acerca dos cuidados paliativo na AD, que foram observadas neste estudo. A inclusão dessa questão em instância de participação de social, como os Conselhos de Saúde, pode induzir o poder público a prover as condições necessárias à abordagem paliativa na AD, considerando as suas dimensões e significados.

As significações dos cuidados paliativos para os profissionais de uma equipe do SAD de um hospital no Rio Grande do Sul foram referentes à importância do trabalho integrado em equipe, aos fatores emocionais envolvidos e às repercussões do sofrimento presente. Nesse sentido, as habilidades e competências necessárias para atuação em cuidados paliativos são, além das técnicas, as interpessoais, como empatia, acolhimento e diálogo, bem como o autoconhecimento e a capacidade de manter o equilíbrio emocional com vistas a amparar às reações emocionais de usuários e familiares. Para que a oferta do cuidado integral ocorra, a atuação compartilhada e articulada de equipe interdisciplinar é necessária, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida do usuário (NARDINO; OLESIAK; QUINTANA, 2021).

Entre outros fatores, a qualidade de vida dos usuários em AD pode ser influenciada pela presença de NEA, como a indicação de nutrição enteral via sonda nasogástrica ou ostomia. Portanto, usuários em TNED podem apresentar diferentes experiências e dificuldades relacionadas com a nutrição enteral que impactam na sua qualidade de vida (ZAMANILLO CAMPOS *et al*., 2021).

Dessa forma, quando se trata de indicação de nutrição enteral administrada via sonda nasogástrica para pessoas em cuidados paliativos, ela deve ser realizada de forma individualizada, considerando os riscos e benefícios, principalmente, para a qualidade de vida dos usuários (SÁNCHEZ-SÁNCHEZ *et al*., 2021). Nesse sentido, a TNED pode contribuir para o controle de sintomas, principalmente gastrointestinais, e a promoção de conforto. Entretanto, a indicação da TNED nos cuidados paliativos deve considerar, além de aspectos técnicos, as necessidades do usuário e seus familiares quanto aos significados subjetivos da alimentação, por exemplo, ligados à cultura e religião (SCHIEFERDECKER; KOPRUSZYNSKI, 2018).

Para compreensão dos significados subjetivos da alimentação, é importante que questões que permitam a investigação desses aspectos sejam incluídas no

processo de cuidado e que os profissionais de saúde desenvolvam tanto a escuta qualificada quanto habilidades para realizar os esclarecimentos necessários acerca das alternativas e possíveis intercorrências da TNED. A partir da comunicação efetiva estabelecida entre usuários, seus familiares e cuidadores, e profissionais de saúde, as decisões referentes à TNED podem ser realizadas para início da nutrição enteral, bem como, durante sua continuidade, em monitoramento regular das necessidades e demandas dos usuários. Nesse contexto, a autonomia dos usuários é respeitada, incluindo sua escolha acerca do tipo de dieta utilizada, se preparação com alimentos ou fórmula industrializada.

As preparações com alimentos para TNED respeitam a cultura e a diversidade alimentar e incluem o usuário no seu núcleo familiar, promovendo seu bem-estar social. Além disso, essas preparações apresentam menor custo quando comparadas às fórmulas industrializadas. Assim, as preparações com alimentos são uma estratégia adequada e saudável quando indicadas considerando diferentes aspectos, como as necessidades nutricionais, a doença e estado clínico, condições econômicas e sociais, hábitos alimentares e o conhecimento/habilidades para elaboração da preparação, bem como a frequência de preparo, a fim de garantir a segurança microbiológica (GALINDO *et al*., 2021; SANTOS *et al*., 2022).

Apesar disso, as diretrizes europeias não recomendam a utilização de preparações com alimentos aos usuários em TNED, por serem consideradas menos eficazes e menos seguras comparadas às fórmulas industrializadas. Entretanto, tal recomendação não é consenso entre os especialistas consultados e observou-se que foi baseada em pequena quantidade de estudos científicos comparando os riscos e benefícios dos tipos de dietas para TNED (BISCHOFF *et al*., 2020). Diferente do cenário europeu, no Brasil, o Ministério da Saúde orienta que é necessário avaliar a possibilidade de uso das preparações com alimentos (BRASIL, 2015a). Nesse sentido, é importante considerar as evidências científicas que fundamentam as recomendações e a classificação da força do consenso, bem como outros aspectos.

Assim, deve-se considerar que as preparações com alimentos variam quanto à sua composição e características, em função da forma com que os alimentos são empregados e processados (BRASIL, 2015a). Uma possível inadequação depende de diferentes fatores, como valor energético total diário prescrito e as perdas nutricionais decorrentes das técnicas aplicadas para o preparo. A maior variação no

teor de nutrientes ou o teor abaixo do recomendado encontrado tanto nas preparações com alimentos quanto em preparações mistas, que são elaboradas com alimentos e módulos ou suplementos de nutrientes, comparadas às fórmulas industrializadas para TNED pode levar ao maior risco de desfechos indesejáveis, como desnutrição, necessidade de hospitalização e maior morbimortalidade (JANSEN *et al*., 2017; OJO *et al*., 2020; SANTOS *et al*., 2022).

Nesse contexto, ao realizarem o cuidado em TNED, os profissionais de saúde devem considerar os riscos e benefícios do tipo de dieta prescrita, mas, sobretudo, devem apresentar uma ótica centrada no usuário, o que significa tratá-lo como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida e, portanto, que deve participar ativamente da definição do seu projeto terapêutico. Nesse contexto, destaca-se a importância de nutricionistas na equipe de AD, que devem realizar orientações e prescrições considerando os diferentes atributos do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do DHAA. Portanto, as intervenções nutricionais devem respeitar as condições socioeconômicas, o acesso aos alimentos, os aspectos qualitativos e quantitativos da alimentação, com vistas a atender as necessidades nutricionais do usuário em TNED, bem como os hábitos alimentares da sua família (BRASIL, 2015a; BRAGA *et al*., 2016).

A defesa do DHAA foi observada neste estudo, destacando-se manifestação de representante do segmento de usuários e de trabalhadores acerca da TNED na AD no âmbito do SUS em que foi exposta a necessidade de diálogo intersetorial e articulação entre diferentes conselhos de políticas públicas para que as pessoas com NEA tenham seus direitos garantidos.

Alves e Jaime (2014) reforçaram o potencial da intersetorialidade para produzir melhores condições para assegurar direitos à população. Além disso, as autoras destacaram a necessidade de diálogo e articulação entre os diferentes conselhos de controle social das políticas públicas, como dos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional e Conselhos de Saúde, com vistas a expandir o debate e participação da sociedade na tomada de decisão sobre as questões prioritárias para políticas intersetoriais e no seu monitoramento.

Mas, em se tratando da TNED, até mesmo o diálogo intrasetorial apresenta ruídos para definição de responsabilidades, conforme demonstrado na presente pesquisa em manifestações do segmento de gestores e prestadores de serviço. As

exposições observadas se referiam à organização para dispensação de fórmulas industrializadas e alimentos para TNED.

Essa questão vem sendo apontada pelo Ministério da Saúde como um grave problema exposto por gestores das três esferas de gestão do SUS. Uma das principais preocupações é a judicialização, que pode ser influenciada pelo alto custo das fórmulas industrializadas, pela pressão e influência das indústrias produtoras desses insumos sobre os poderes públicos, pela indefinição de sua natureza (alimento ou medicamento) nos instrumentos normativos do SUS e pelas diferentes interpretações quanto à responsabilidade de setores do Estado na garantia do DHAA. Para se evitar ou reverter esse problema, recomenda-se o estabelecimento de protocolos municipais que apresentem a indicação prioritária de preparações com alimentos (BRASIL, 2015a).

Contudo, ressalta-se que os protocolos devem incluir diretrizes para o cuidado de nutrição e não apenas para a organização do fornecimento de produtos, como as fórmulas industrializadas. Essa afirmação corrobora com as exposições do segmento de usuários identificadas neste estudo, em que questões acerca do cuidado aos usuários com NEA, como o estabelecimento de linha de cuidado, foram manifestadas. Nessa mesma subcategoria, Equipe Multiprofissional e cuidado em nutrição, para o segmento de trabalhadores, foram verificadas manifestações acerca da atuação dos profissionais de saúde.

A integração das vontades e necessidades de usuários e trabalhadores de saúde é objetivo da forma democrática de organização e gestão do SUS (BERTAGNOLI *et al*., 2021). Contudo, nem sempre o segmento de usuários consegue ser representante das necessidades de toda a população (SERAPIONI, 2014). Assim, melhorar a qualidade e a efetividade da participação por meio da promoção de estratégia de inclusão e acesso que favoreçam determinadas categorias de cidadãos, que geralmente são excluídas dos processos de decisão, deve ser uma prioridade (SERAPIONI, 2014).

Essa exclusão nos processos decisórios pode afetar os usuários em TNED integrada à AD no âmbito do SUS, que podem apresentar dificuldade para participar ativamente dos Conselhos de Saúde, tanto pela idade, como no caso das crianças, quanto pela condição clínica. Nesse caso, organizações e entidades representantes de usuários em TNED, que incluam e defendam as questões e problemas referentes à AD nas instâncias de participação social, são fundamentais.

Portanto, ainda existem desafios à efetiva prática do princípio constitucional de participação da comunidade nos canais formais, como os Conselhos de Saúde. Entre os fatores que podem influenciar negativamente o desempenho dos órgãos de controle social, destaca-se o baixo nível de comprometimento com a população que representam (GOMES; ORFÃO, 2021).

Bortoli e Kovaleski (2019) avaliaram a efetividade da participação social em CMS de um município na região Sul do Brasil. Os impactos da intervenção do conselho sobre a definição e execução da política de saúde foram analisadas a partir das categorias: *empowerment* e decisão. Os autores observaram que as atividades e deliberações podem sofrer impacto negativo decorrente da falta ou fragilidade com relação à capacidade argumentativa dos membros do conselho, da ausência de conhecimento especializado acerca dos assuntos abordados, bem como da incapacidade de produzir debates e decisões. Por outro lado, foi verificado que os debates e decisões do conselho foram capazes de influenciar efetivamente na produção das políticas públicas (BORTOLI; KOVALESKI, 2019).

Assim, os métodos deliberativos, enquanto estratégia inovadora para fortalecer a participação cidadã, oportunizam a expressão dos pontos de vista dos indivíduos, o conhecimento e a compreensão de posições de outros participantes, a identificação de preferências e problemas compartilhados, até alcançar um juízo fundamentado sobre temas de relevância pública (SERAPIONI, 2014). Os resultados da participação obtidos no decurso do tempo podem ser capturados por meio do acompanhamento consecutivo da incorporação das deliberações do controle social no ciclo da política de saúde, considerando a atuação conjunta de arenas e de atores envolvidos no seu processo de construção (SILVA; LIMA, 2021).

Considerando a aplicação do modelo teórico do ciclo de políticas públicas para estudar a PNAN, a qual é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do SUS, observou-se que na agenda de atualização desta política, ocorrida em 2010 e 2011, buscou-se garantir a participação social de atores e entidades vinculados ao campo da alimentação e nutrição. À publicação da PNAN de 2011, nove diretrizes foram instauradas, desdobradas em ações e programas, dentre os quais encontra-se a atenção às pessoas com NEA (SANTOS *et al*., 2021).

Portanto, na diretriz da PNAN referente à organização da atenção nutricional, são mencionadas as necessidades de via alimentar alternativa, que inclui a nutrição enteral. A política orienta que a atenção nutricional deve priorizar a

realização de ações no âmbito da AB, mas precisa incluir outros pontos de atenção à saúde, como AD (BRASIL, 2013b). Assim, ainda que a PNAN são apresente a TNED explicitamente, observa-se que a atenção nutricional aos usuários em TNED está subentendida.

Portanto, em nível nacional, a orientação para a implementação das ações voltadas à TNED no âmbito do SUS encontra-se tanto na PNAN quanto em outros documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a, 2013b, 2013d, 2015a). Em nível municipal, a realidade com relação à implementação de ações voltadas à TNED pode apresentar diferentes configurações. Nesse sentido, existem municípios em que essa questão não se configurou como um problema a ser incluído na agenda governamental, apesar das induções do nível federal. Por isso, as manifestações de participantes de diferentes segmentos, sobretudo usuários e trabalhadores de saúde em reuniões de CMS pode representar a oportunidade de incluir as necessidades e demandas dos usuários em TNED em uma instituição deliberativa, podendo causar um efeito de influência na formulação e implementação de ações voltadas a esse grupo da população.

Em complemento, a capacidade efetiva das instituições e fóruns deliberativos em influenciar, controlar e decidir sobre determinada política pública, portanto, deve ser considerada. Nesse sentido, a efetividade deliberativa é manifestada na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações (CUNHA, 2007).

Embora não tenha sido possível identificar a efetividade deliberativa, este foi o primeiro estudo que analisou as manifestações acerca da TNED na AD no âmbito do SUS em instância de participação social das capitais brasileiras e do Distrito Federal. As subcategorias derivadas das categorias *domicílio* e *nutrição*, bem como a escolha das declarações de representantes dos diferentes segmentos que foram transcritas para exemplificá-las, basearam-se nas percepções da autora responsável pela pesquisa. Tal fato não é considerado uma limitação, pois representa as características de pesquisas de abordagem qualitativa, que, além disso, não é generalizável.

Quanto às limitações da pesquisa, se referem à técnica de busca das atas de reuniões dos Conselhos de Saúde e a não inclusão de outros documentos que também podem conter manifestações acerca da AD e da TNED na AD no âmbito do

SUS, como os instrumentos de planejamento e gestão. Destaca-se, também, que as atas não seguiram padronização para serem elaboradas, bem como podem não conter todas as falas e os elementos extratextuais (como emoções, silêncios ou alvoroços). Ainda, considera-se um limitante a fragilidade da perspectiva teórica ou base conceitual densa para produzir interpretações contextualizadas dos dados empíricos.

4.4.5 Considerações finais

As manifestações acerca da TNED e AD no âmbito do SUS analisadas nas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias de quinze CMS das capitais e atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do CSDF permitiram a identificação de quatro subcategorias derivadas da categoria *domicílio* e de duas subcategorias que tiveram origem da categoria *nutrição*.

Assim, os recursos financeiros e estruturais, as equipes multiprofissionais e interdisciplinares, a articulação e comunicação nas RAS e a redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de usuários internados, bem como a ampliação e equidade do acesso e a adoção de linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário foram subcategorias derivadas da categoria *domicílio*. Enquanto a categoria *nutrição* originou as subcategorias referentes à responsabilidade dos entes federativos e recursos financeiros e à equipe multiprofissional e cuidado em nutrição.

Os representantes do segmento de gestores e prestadores de serviço foram responsáveis por maior frequência de exposições acerca da AD e da TNED na AD no âmbito do SUS comparado aos segmentos de usuários e trabalhadores de saúde. Ainda, foi observada escassez de discussões sobre a temática nas reuniões, bem como distribuição desigual de atas com quantidade expressiva de manifestações acerca da AD e da TNED incluída na AD no SUS nas capitais das regiões brasileiras.

Com vistas a ampliar a obtenção de resultados acerca das manifestações que se referem à AD e à TNED na AD, sugere-se analisar atas de reuniões de Conselhos de Saúde de outros municípios brasileiros e realizar a análise de instrumentos de planejamento e gestão, como os Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão. Ainda, a realização do

acompanhamento consecutivo das decisões do controle social tanto sobre a AD quanto especificamente à TNED no âmbito do SUS pode permitir a análise da efetividade deliberativa. Considera-se, também, fundamental a identificação e análise de outros fatores que podem impactar na efetividade da AD e na integração da TNED na AD no SUS, os quais são incorporados nas pautas e discussão das instâncias de participação social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se com diferentes características no cenário brasileiro. As publicações científicas desenvolvidas sobre AD integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, identificadas e incluídas na revisão integrativa, evidenciaram que há concentração de estudos em determinadas regiões do Brasil, não sendo possível traçar um perfil nacional da AD. Observou-se, ainda, que a comunidade científica considera necessária a criação e implementação de protocolos, o estabelecimento de cuidados sistematizados, o aprimoramento da comunicação entre as equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e os profissionais de saúde que atuam nos outros pontos de atenção das RAS e a avaliação da percepção e da satisfação dos usuários, cuidadores e familiares quanto à AD, sem mencionar especificamente o controle social ou a participação da comunidade.

Entretanto, à avaliação do desenho de políticas públicas, a participação social foi um dos elementos em comum presente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, na Política Nacional do Idoso, na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que apresentam informações que podem apoiar a (re)formulação e implementação de programas e ações voltados aos usuários em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio (TNED) na AD. Assim, elementos destas políticas públicas podem contribuir para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) de usuários em TNED, sobretudo crianças e idosos. Ainda, a análise dos programas municipais voltados aos usuários em TNED demonstrou que eles não contemplam todos os elementos propostos nacionalmente, incluindo o controle social ou a participação da comunidade.

Complementar a isso, manifestações acerca da AD e da TNED na AD no âmbito do SUS foram observadas em menos de 20% das atas de reuniões dos Conselhos de Saúde das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Nos documentos que apresentaram exposições sobre o assunto, foi possível estabelecer subcategorias, correspondentes aos recursos financeiros e estruturais, às equipes multiprofissionais e interdisciplinares, à articulação e comunicação nas RAS, à redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de internação e à ampliação e equidade do acesso, bem como à adoção de linhas de

cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, incluindo as de cuidados em nutrição.

Tais manifestações foram originadas, principalmente, de participantes do segmento de gestores e prestadores de serviços de saúde, o que pode expressar a dificuldade dos participantes do segmento de usuários em representar as necessidades de toda a população, com relação aos problemas identificados, perspectivas e experiências, sobretudo de grupos de pessoas que estão em vulnerabilidade.

Ainda, foi possível identificar manifestações referentes à AD e à TNED no SUS de Conselhos de Saúde de capitais brasileiras que apresentaram as atas de reuniões ordinárias e extraordinárias disponíveis. Portanto, faz-se necessário estabelecer mecanismos para publicizar os documentos a fim de assegurar a transparência das informações referentes a instituições para a população em geral.

Diante do exposto, ressalta-se que a proporção de manifestações acerca da AD e da integração da TNED na AD no âmbito do SUS, assim como de relações entre as categorias de análise *domicílio* e *nutrição* nos fragmentos dos documentos, pode ser uma expressão tanto da fragilidade de inclusão e de julgamento ponderado quanto de outras demandas relacionadas ao SUS, as quais também ocupam lugar de importância nos Conselhos de Saúde.

Considerando que para a inclusão são necessárias presença e voz, a participação de nutricionistas nos Conselhos de Saúde como representantes de organizações e entidades pode elevar a proporção de manifestações acerca da TNED, bem como a defesa dos direitos de usuários em TNED, sobretudo do DHAA. Ainda, nutricionistas apresentam conhecimentos técnicos-científicos que podem ser utilizados institucionalmente para promoção da compreensão dos conselheiros representantes dos segmentos e outros participantes acerca das Necessidades Especiais de Alimentação e podem inserir a perspectiva de usuários em TNED e de seus familiares e cuidadores quanto às suas necessidades na pauta de reuniões dos Conselhos de Saúde.

Em relação às demais demandas, essas numerosas e variáveis questões representam as manifestações dos segmentos de usuários, de trabalhadores de saúde e de gestores e prestadores de serviços de saúde em instância de controle social e, apesar de não analisadas, devem ser valorizadas por expressarem as características locorregionais e as desigualdades no cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGUILERA, F. G. **As palavras de Saramago**: Catálogo de reflexões pessoais, literárias e políticas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010,

ALMEIDA, B. C.; PAULA, S. L. de. O papel da avaliação de políticas públicas no contexto dos governos locais. **Planejamento e políticas públicas**, n. 42, p. 39-59, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6738/1/PPP%20n42%20Papel.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 68-92, jan./mar. 2012. DOI. 10.1590/S0101-66282012000100005 Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 nov. 2020.

ALMEIDA, A. P. S. C. *et al*. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 6, p. 2213-2226, 2020. DOI. 10.1590/1413-81232020256.27792018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ALMEIDA, C. *et al*. Inovações democráticas e força institucional: os conselhos gestores no Brasil. **Revista Debates**, v. 15, n. 1, p. 64-90, 2021. DOI. 10.22456/1982-5269.111623 Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.111623>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ALVES, K. P. de S.; JAIME, P. C. A política nacional de alimentação e nutrição e seu diálogo com a política nacional de segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19. n. 11, p. 4331-4340, 2014. DOI. 10.1590/1413-812320141911.08072014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104331&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 nov. 2020.

ALVES-SOUZA, R. A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, 2003. DOI. 10.1590/S0102-311X2003000500016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500016>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ANDRADE, C. G. de *et al*. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Revista Online de Pesquisa,** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), v. 9, b. 1, p. 215-221, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-836329>. Acesso em: 17 abr. 2021.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, 2008. DOI. 10.1590/S0104-62762008000100002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762008000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. DOI. 10.1590/s0103-73312017000400008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BARBOSA, K. T. F. *et al*. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 2p. 1-10, 2017. DOI. 10.1590/0104-07072017002700015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BARBOSA, K. T. F.; OLIVEIRA, F. M. R. L. de; FERNANDES, M. das G. M. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 337-344, 2019. DOI. 10.1590/0034-7167-2018-0728. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800337&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2020.

BENTO, A. P. L.; GARCIA, R. W. D.; JORDAO JUNIOR, A. A. Blenderized feeding formulas with nutritious and inexpensive foods. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 525-534, 2017. DOI. 10.1590/1678-98652017000400011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732017000400525>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BERTAGNOLI, M. S. F. F. *et al*. Desafios para a gestão compartilhada do cuidado na relação entre cuidadores e profissionais de uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 01, e310113. 2021. DOI. 10.1590/S0103-73312021310113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310113>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BERNARDES, M. A. F. Conselhos de Representação: espaços para os idosos se organizarem na defesa de seus direitos. **Kairós**, v. 10, n. 2, p. 107-121. Disponível em:<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/viewFile/2593/1647%3E.%20Acesso%20em:%2030%20out.%202012>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BIERHALS, C. C. B. K. *et al*. Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2870, 2017. DOI. 10.1590/1518-8345.1511.2870. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100323&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BISCHOFF, S. C. *et al*. ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical Nutrition**, v. 39, n. 1, p. 5-22, 2020. DOI. 10.1016/j.clnu.2019.04.022. Disponível em: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(19)30198-0/fulltext>. Acesso em: 03 nov. 2020.

BORIM, F. S. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NERI, A. L. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 42, p. 1-12, 2017. DOI. 10.1590/s1518-8787.2017051006708 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100236&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1275-1288, 2021. DOI. 10.1590/1413-81232021264.10212019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.10212019>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BORTOLI, F.R.; KOVALESKI, D.F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, m. 123, p. 1168-1180, 2019; DOI. 10.1590/0103-1104201912315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912315>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRAGA, P. P. *et al*. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. DOI. 10.1590/1413-81232015213.11382015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>. Acesso em: 03 mar. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

BRASIL. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990b.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set. 1990c.

BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set.1991.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 set. 2000.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2003.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF,18 set. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNPSI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Disponível em: <ttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL**.** Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 fev. 2010b.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2010c.

BRASIL. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011b. Seção 1. p. 44. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011c.

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para as secretarias executivas dos Conselhos de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 maio 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS.** Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Propostas de educação permanente: Programa Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **Orientações para conselheiros de saúde.** 2. ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015d.

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, 2016a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 16 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016e.

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, 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, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 276, 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. **Programa de atendimento domiciliar especializado pelo SUS completa nove anos de atuação**. 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/programa-de-atendimento-domiciliar-especializado-pelo-sus-completa-nove-anos-de-atuacao> Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Governo do Brasil. Notícias. Saúde. **Melhor em Casa: Ministério da Saúde habilita 116 novas equipes para atendimento domiciliar**. Brasília, 2021a Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/11/melhor-em-casa-ministerio-da-saude-habilita-116-novas-equipes-para-atendimento-domiciliar> Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 113, 31 maio 2021b.

BRAZILIAN HOME ENTERAL NUTRITION. Grupo BHEN. Grupo de Pesquisa em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. Sobre o BHEN. Curitiba, 2022. Disponível em: <https://grupobhen.ufpr.br/portal/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BRITO, M. J. M. *et al*. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, 2013. DOI. 10.5935/1414-8145.20130002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI. 10.1590/S0103-73312007000100006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que está se falando? In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso**. Velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p.479-514.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. DOI. 10.1590/S1413-81231999000200013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. DOI. 10.1590/S0034-71672004000500019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2021.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. DOI. 10.1590/S0102-311X2007000200016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. SUS: o que e como fazer?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. DOI. 10.1590/1413-81232018236.05582018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CANTALINO, J. L. R. *et al*. User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021. DOI. 10.11606/s1518-8787.2021055002533. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CAPELLA, A. C. N. Policy agenda-setting studies: an overview of Brazilian research. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 6, p. 1498-1512, 2020. DOI. 10.1590/0034-761220200689x. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200689x https://doi.org/10.1590/0034-761220200689>. Acesso em: 03 jul. 2022.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018. DOI. 10.1590/0102-311x00101417. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. DOI. 10.1590/0103-1104201711515. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Controle social e avaliação de desempenho de sistemas de saúde em tempos de *web*controle. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 744-756, 2018. DOI. 10.1590/0103-1104201811817. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300744&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CARVALHO, D. P. *et al*. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 450-458, 2015. DOI. 10.1590/0104-07072015000782014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200450&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

CARVALHO, A. J. L. de *et al*. Analyses of the effectiveness of a Brazilian pediatric home care service: a preliminary study. **BMC Health Services Research** v. 19, n. 324, p. 1-7, 2019. DOI. 10.1186/s12913-019-4148-4. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4148-4>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CARVALHO, G. dos P. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos?. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, suppl 2, p. 3409-3421, 2021. DOI. 10.1590/1413-81232021269.2.31192019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CASTELI, C. P. M. *et al*. Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: a systematic review of reviews. **Systematic Reviews**, v. 9, n. 172, p. 1-30, 2020. DOI. 10.1186/s13643-020-01423-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7415182/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CASTRO, E. A. *et al*. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2016-0002, 2018. DOI. 10.1590/1983-1447.2018.2016-0002 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CAVALCANTE, R. B. *et al*. Rede de atores e suas influências na informatização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180364, 2019. DOI. 10.1590/interface.180364. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2019.v23/e180364/#>. Acesso em: 6 jul. 2021.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J., et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes; 2014. p. 295-317.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00056917, 2018. DOI. 10.1590/0102-311X00056917. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>. Acesso em: 11 mar. 2022.

CEREZER, L. G. *et al*. Avaliação da (Evaluación de la) capacidade funcional de pacientes em atenção domiciliar. **Salud(i)ciencia** (Impresa), v. 22, n. 6, p. 525-531, 2017. DOI. 10.21840/siic/150394. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049105>. Acesso em: 17 abr. 2021.

COFFEY, A. *et al*. Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 14, p. 2457, 2019. DOI. 10.3390/ijerph16142457. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31295933/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução CNS n.º 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS.** Acesse o sistema. Apresentação. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html>. Acesso em: 22 abr. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. A. *et al*. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132 p.

CORDERO, M. L. *et al*. Home Enteral Nutrition (NED) in children and adolescents. Recommendations of the Nutrition Branch of the Chilean Society of Pediatrics. **Revista Chilena de Pediatria**, v. 90, n. 2, p. 222-228, 2019. DOI. 10.32641/rchped.v90i2.1000. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/31095240> Acesso em: 03 nov. 2020.

COSTA, J. P. *et al*. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate** [online], v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. DOI. 10.5935/0103-1104.20140067. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

COUTO, M. C. P. de P. *et al*. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 509-518, 2009.DOI. 10.1590/S0102-37722009000400006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CUNHA, E. S. M. A efetividade deliberativa dos conselhos municipais de saúde e da criança e do adolescente no Nordeste. In: AVRITZER, L. (Org.). **A participação social no Nordeste.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 135-162.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. DOI. 10.1590/S0104-12902011000400013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>. Acesso em: 28 fev. 2022.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Alimentação e Nutrição. **Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN).** Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Protocolo%20PAN%20vers%C3%A3o%20final%20reduzida.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

DA SILVA, R. L.; RIBEIRO, M. A. T.; DE AZEVEDO, C. C. Concepções sobre o Processo de Alta Hospitalar: Uma Revisão Crítica. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 135-146, 2018. DOI. 10.18569/tempus.v10i4.1975. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i4.1975>. Acesso em: 05 mar. 2022.

DE GEUS, L. M. M. de *et al*. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Suppl 1, p. 797-804, 2011. DOI. 10.1590/S1413-81232011000700010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

DIPASQUALE, V. *et al*. Standard polymeric formula tube feeding in neurologically impaired children: A five-year retrospective study. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p. 684, 2018. DOI. 10.3390/nu10060684. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6024859#free-full-text>. Acesso em: 03 nov. 2020.

ERIKSEN, M. B.; FRANDSEN, T.F. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. **Journal of the Medical Library Association**, v. 106, n. 4, p. 420-431, 2018. DOI. 10.5195/jmla.2018.345. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30271283/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

ESPERIDIÃO, M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em**

Debate, v. 42, n. spe2, p. 331-340, 2018. DOI. 10.1590/0103-11042018S223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S223>. Acesso em: 11 mar. 2022.

FARIA, J. de O. *et al*. Sistematização do cuidado aos idosos atendidos em domicílio na Atenção Básica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, p. 3017, 2019. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015380>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI. 10.1590/1413-812320202511.30662018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Acesso em: 28 fev. 2022.

FIDELIX, M. S. P. **Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição.** São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), 2014.

FITTIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 793-811, 2017. DOI. 10.1590/s0103-73312017000300021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300793&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. DOI. 10.1590/S1413-81232009000300010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 230-235.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Tradução de: SILVA, D. da. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. **Saúde em Debate,** v. 44, n. 125, p. 516-526, 2020. DOI. 10.1590/0103-1104202012518.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012518>. Acesso em: 28 fev. 2022.

GALINDO, C.O. *et al*. Home-Prepared Enteral Tube Feeding: Evaluation of Microbiological Contamination, Hygiene, and the Profile of the Food Handler. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 36, n.3, p. 704-717, 2021. DOI: 10.1002/ncp.10577. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975879/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

GASPARDO, M. Democracia participativa e experimentalismo democrático em tempos sombrios. **Estudos Avançado**, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 65-88, 2018. DOI. 10.5935/0103-4014.20180006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142018000100065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

GEREMIA, D. S. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 01, e300100, 2020. DOI. 10.1590/S0103-73312020300100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300100>. Acesso em: 05 mar. 2022.

GOMES, I. M.; LACERDA, M. R.; MERCÊS, N. N.A. das. A vivência do apoio da rede social pelas pessoas envolvidas no cuidado domiciliário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 484-491, 2014. DOI. 10.1590/S0080-623420140000300014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300484&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

GOMES, M. A. V.; PINTO, V. DE O.; CASSUCE, F. C. da C. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1311-1322, 2021. DOI. 10.1590/1413-81232021264.18022019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.18022019>. Acesso em: 28 fev. 2022.

GOMES, J.F.F.; ORFÃO, N.H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. DOI. 10.1590/0103-1104202113118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Acesso em: 17 fev. 2022.

GOMES, J.F.F.; ORFÃO, N.H. Controle social na gestão do SUS: aspectos estruturais, organizativos e estratégicos. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022. DOI. 10.33448/rsd-v11i3.26843 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26843>. Acesso em: 7 jul. 2022.

GRAMLICH, L. *et al*. Home Enteral Nutrition: towards a standard of care. **Nutrients**, v. 10, n. 8. p. 1020, 2018. DOI. 10.3390/nu10081020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116140/>. Acesso em: 03 nov. 2020.

GUERRA, S. *et al*. Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00292124, 2020. DOI. 10.1590/1981-7746-sol00292. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00292>. Acesso em: 28 fev. 2022.

HERSH, L.; SALZMAN, B.; SNYDERMAN, D. Health literacy in primary care practice. **American Family Physician**, v. 92, n. 2, p 118-124, 2015. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2015/0715/p118.html>. Acesso em: 03 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Um panorama da saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE estima população do país em 211,8 milhões de habitantes. 28 ago. 2020. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/28676-ibge-estima-populacao-do-pais-em-211-8-milhoes-de-habitantes.html>. Acesso em: 21 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE**). Pesquisa nacional de saúde**: 2019: ciclos de vida: Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. In.: FISCHER, F.; MILLER, G. J. SIDNEY, M. S. (Org.). **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. Boca Raton / London / New York: CRC Press, 2007. p. 43-62.

JANSEN, A. K. *et al*. Desenvolvimento de dietas enterais semiartesanais para idosos em atenção domiciliar e análise da composição de macro e micronutrientes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 387-397, 2017.DOI. 10.1590/1981-22562017020.160168. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000300387&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 nov. 2020.

JOHNSON, T. W. *et al.* Addressing frequent issues of Home Enteral Nutrition patients. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 34, n. 2, 2019. DOI. 10.1002/ncp.10257. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ncp.10257>. Acesso em: 31 out. 2020.

KINGDON, J. W. Agenda Setting. In: THEODOULOU, S. Z; CAHN, M. A. **Public policy: the essential readings**. New Jersey (USA): Prentice Hall, 1995. p. 105-113.

KLEK, S. *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**, v. 100, n. 2, p. 609-615, 2014. DOI. 10.3945/ajcn.113.082842. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/100/2/609/4576541>. Acesso em: 13 abr. 2021.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, D. de L.; BONOTTO, M. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. In: 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (IV CIAIQ 2015). **Investigação Qualitativa em Educação**. Aracajú, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280924900_Pesquisa_Documental_considconside_sobre_conceitos_e_caracteristicas_na_Pesquisa_Qualitativa_Documentary_Research_consideration_of_concepts_and_features_on_Qualitative_Research/link/55cb950708aea2d9bdce3413/download>. Acesso em: 22 abr. 2021.

KRÜGER, T. R.; OLIVEIRA, A. Tendências da participação no SUS: a ênfase na instrumentalidade e na interface interestatal. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 174-189, 2019. DOI. 10.1590/0103-11042019S515.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S515>. Acesso em: 21 fev. 2022.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade,** n. 135, p. 271-289, 2019. DOI. 10.1590/0101-6628.178.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>. Acesso em: 23 fev. 2022.

LEÃO, M. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional.** Brasília: ABRANDH, 2013. 263 p.

LEZO, A. *et al*. Paediatric Home Artificial Nutrition in Italy: report from 2016 survey on behalf of artificial nutrition network of Italian Society for Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (SIGENP). **Nutrients**, v. 10, n. 9, p. 1311, 2018. DOI. 10.3390/nu10091311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6163787/>. Acesso em: 03 nov. 2020.

LIMA, L. L.; AGUIAR, R. B. DE; LUI, L. Conectando problemas, soluções e expectativas: mapeando a literatura sobre análise do desenho de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciência Política,** n. 36, e246779, 2021. DOI. 10.1590/0103-3352.2021.36.246779. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2021.36.246779>. Acesso em: 10 jul. 2022.

LIPORONI, A. A. R. de C. A defesa da saúde pública através dos conselhos municipais de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, suplemento 2, 2017. DOI. 10.18554/refacs.v5i0.2267. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i0.2267>. Acesso em: 02 mar. 2022.

MACHADO, D. O. *et al*. Care demands regarding home-care service: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 3, p.353-361, 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4397>. Acesso em: 17 abr. 2021.

MADUREIRA, R. M. S.; BISSOLI, S. M. Apoio matricial em saúde do idoso: a experiência do município de Vitória-ES. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs). **Experienci(ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: Epesc/Abrasco; 2014. p. 135-147.

MARASCHIN, M. *et al*. Conhecimento de cuidadores sobre um serviço de assistência domiciliar. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 239, p. 2099-2103, 2018. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907890 >. Acesso em: 17 abr. 2021.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. DOI. 10.5380/rinc.v4i1.50289. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em: 02 mar. 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI. 10.1590/1413-81232020254.01022020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MATEOS, S. B. Participação Popular: a construção da democracia participativa. **Desafios do Desenvolvimento**, ano 8, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2493:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 12 abr. 2021.

MAZUR, C. E. *et al*. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. **Demetra: alimentação, nutrição e saúde**, v. 9, n. 3, p. 757-769, 2014. DOI. 10.12957/demetra.2014.10345. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10345/10929>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MAZUR, C. E. *et al*. Home enteral nutrition: clinical-nutritional analysis and outcomes of 10 years of public policy. **Nutricion Hospitalaria**, v. 36, n. 4, p. 758-763, 2019. DOI. 10.20960/nh.02606. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31448625/>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MCGILTON, K. S. *et al*. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 231, 2018. DOI. 10.1186/s12877-018-0925-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6167839/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MEDEIROS, R. H. A. de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015. DOI. 10.1590/S0103-73312015000400007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MELO, D. da S. *et al*. Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 62, 2017. DOI. 10.1590/S1518-8787.2017051006854. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006854>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MELO, E. A. *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.spe 1, p.38-51, 2018. DOI. 10.1590/0103-11042018s103. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 31 out. 2020.

MELO, M. C. *et al*. Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativas de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. 1-8, 2020. DOI. 10.1590/0034-7167-2018-0370. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180370.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MENDES, Á. N. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. DOI. 10.1590/0102-311x00188916. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019. DOI. 10.1590/0103-11042019S505. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em: 02 mar. 2022.

MENY, I.; THOENIG, J. C. **Las políticas públicas.** Trad. De Francisco Morata. Barcelona: Editorial Ariel S.A, 1992. cap. 7.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Fase de análise ou tratamento do material. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. cap. 4. p. 204-205

MIRANDA, A. S. de. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 113, p. 385-400, 2017. DOI. 10.1590/0103-1104201711304. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200385&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017. DOI. 10.1590/s0104-12902017168321. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200329&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MOHER, D. *et al*. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, 2009. DOI. 10.1371/journal.pmed.1000097. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em: 07 jul. 2021.

MOREIRA, D. GRIGNANI, J. Participação e controle social: desafios para o fortalecimento do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. **Revista Humanidades em Perspectivas**, v. 2, n. 4, Edição Especial 30 anos do ECA, 2020. Disponível em: <https://www.uninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/82/74>. Acesso em: 03 nov. 2020.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F.; DI MUZIO, B. P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 49-57, 2006. DOI. 10.1590/S0104-12902006000100006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

NARDINO, F.; OLESIAK, L. da R.; QUINTANA, A. M. Significações dos Cuidados Paliativos para Profissionais de um Serviço de Atenção Domiciliar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, e222519, 2021. DOI. 10.1590/1982-3703003222519.2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003222519>. Acesso em 20 fev. 2022.

NATIONAL ACADEMIES PRESS. Forum on Aging, Disability, and Independence; Board on Health Sciences Policy; Division on Behavioral and Social Sciences and Education; Institute of Medicine; National Research Council. **The Future of Home Health Care: Workshop Summary.** Washington, DC: National Academies Press, 2015.

NISHIMURA, F.; CARRARA, A. F.; FREITAS, C. E. Efeito do programa Melhor em Casa sobre os gastos hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 104, 2019. DOI. 10.11606/s1518-8787.2019053000859. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100292&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

NOGUEIRA, I. S. *et al*. Older adult care: permanent education practices of the Family Health Support Center. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03512, 2019. DOI. 10.1590/s1980-220x2018022103512. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100468&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

OJO, O. The challenges of Home Enteral tube feeding: a global perspective. **Nutrients**, v. 7, n. 4, p. 2524-2538, 2015. DOI. 10.3390/nu7042524. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425159/>. Acesso em: 03 nov. 2020.

OJO, O. *et al*. The effect of enteral tube feeding on patients' health-related quality of life: a systematic review. **Nutrients**, v. 10;11, n. 5, p. 1046, 2019. DOI. 10.3390/nu11051046. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6566785/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

OJO, O. *et al*. An Evaluation of the Nutritional Value and Physical Properties of Blenderised Enteral Nutrition Formula: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1840, 2020. DOI: 10.3390/nu12061840. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32575695/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

OLIVEIRA, V. de C. **Desafios e contradições comunicacionais nos Conselhos de Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e2660015, 2017. DOI. doi.org/10.1590/0104-07072017002660015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 01, e310105, 2021. DOI. 10.1590/S0103-73312021310105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013. DOI. 10.1590/0102-311X00099513. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014. DOI. 10.1590/S0104-59702014000100002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

PALM, R. del C. M. *et al*. Da Alta Hospitalar ao Domicílio: Experiência de Cuidado na Atenção à Saúde do Idoso por Equipe Multiprofissional num Hospital Universitário na Região Sul do Brasil. p. 317-332. In: COSTA, A.; OTHERO, M. B. **Reabilitação em Cuidados Paliativos**. Loures: Lusodidacta, 2014.

PEDRÓN-GINER, C. *et al*. Analysis of the Spanish national registry for pediatric home enteral nutrition (NEPAD): implementation rates and observed trends during the past 8 years. **European Journal of Clinical Nutrition,** v. 67, p. 318–323, 2013. DOI. 10.1038/ejcn.2013.8. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ejcn20138>. Acesso em: 03 nov. 2020.

PEREIRA, B. M.; GESSINGER, C. F. Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 38, n. 2, p. 210-218, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36880>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PEREIRA, T. N. *et al*. Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil. **Demetra: alimentação, nutrição e saúde,** v. 9, supl.1, p. 199-214, 2014. DOI. 10.12957/demetra.2014.10504. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10504>. Acesso em: 31 out. 2020.

PESSALI, H. F.; GOMES, B. M. A. Bens democráticos nos conselhos de Curitiba. In: PESSALI, H. F.; GOMES, B. M. A. (org.). **Instituições de democracia**

participativa: bens democráticos nos conselhos de políticas públicas de Curitiba. Curitiba: PUCPRESS, 2020.

PICCIRILLO, M. B.; ZAIA, R. D. A inefetividade do Direito à Saúde no Brasil. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, v. 4, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/173>. Acesso em: 31 out. 2020.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 5, p. 1511-1524, 2016. DOI. 10.1590/1413-81232015215.18942015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501511&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

PINHEIRO, P. A.; GOMES, K. S.; OLIVEIRA, A. C. Terapia Nutricional Enteral na Atenção Primária à Saúde – Experiência de 10 anos de Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação. In: SCHIEFERDECKER, M. E. M.; THIEME, R. D. (Org.). **Terapia Nutricional Domiciliar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2019. p. 25-32.

PIRES, M. R. G. M. *et al*. Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, 2013. DOI. 10.1590/S0080-623420130000300018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300648&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PIRES, M. R. G. M. *et al*. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1805-1814, 2015. DOI. 10.1590/1413-81232015206.00152014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601805&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. DE. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1699-1708, 2020. DOI. 10.1590/1413-81232020255.33972019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Acesso em: 11 mar. 2022.

PROCÓPIO, L. C. R. *et al*. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019. DOI. 10.1590/0103-1104201912123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200592&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

PUNTIS, J. W. L. Nutritional support at home and in the community. **Archives of Disease in Childhood**, v. 84, n. 4, p. 295-298, 2001. DOI. 10.1136/adc.84.4.295. Disponível em: <https://adc.bmj.com/content/84/4/295>. Acesso em: 13 abr. 2021.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863-1876, 2020. DOI. 10.1590/1413-81232020255.34692019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501863&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

RAMALLO, V. J. G.; MARTÍNEZ, B. V.; GARCÍA, V. R. Hospitalización a domicilio. **Medicina Clínica**, v. 118, n. 17, p.659-664, 2002. DOI. 10.1016/S0025-7753(02)72488-3. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775302724883>. Acesso em: 13 abr. 2021.

REIS, G. F. M. *et al*. Análise de custos de um serviço de Atenção Domiciliar público e o perfil dos pacientes assistidos. DOI. 10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58959. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 20, 29, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58959>. Acesso em: 23 fev. 2022.

RIGON, S. do A.; SCHMIDT, S. T.; BOGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016. DOI. 10.1590/0102-311X00164514. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300709&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 03 nov. 2020.

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, e00241718, 2020. DOI. 10.1590/0102-311X00241718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>. Acesso em: 28 fev. 2022.

ROSSETTO, V.; TOSO, B. R. G. O.; RODRIGUES, R. M. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, suppl 4, e20190310, 2020. DOI. 10.1590/0034-7167-2019-0310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0310>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SALIBA, N. A. *et al*. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009. DOI. 10.1590/S0034-76122009000600007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600007>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SALOMON-ZABAN, A. L. R.; GARBI-NOVAES, M. R. C. Perfil demográfico, epidemiológico y nutricional de ancianos en terapia nutricional enteral domiciliaria en Distrito Federal, Brazil. **Investigación Clínica**, v. 50, n. 2, p. 347-357, 2009. Disponível em: < http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332009000300009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SÁNCHEZ-SÁNCHEZ, E. *et al*. Enteral Nutrition by Nasogastric Tube in Adult Patients under Palliative Care: A Systematic Review. **Nutrients**, v. 13, p. 1562, 2021.

DOI. 10.3390/nu13051562. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13051562>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SANTOS, N. R. dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013. DOI. 10.1590/S1413-81232013000100028. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SANTOS, C. T. B. *et al*. A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1233-1240, 2018. DOI. 10.1590/1413-81232018234.16122016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 02, e280206, 2018. DOI. 10.1590/S0103-73312018280206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SANTOS, N. O. S. *et al*. Development and validation a nursing care protocol with educational interventions for family caregivers of elderly people after stroke. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Suppl 3, e20180894, 2020a. DOI. 10.1590/0034-7167-2018-0894. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0894>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SANTOS, C. L. *et al*. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4389-4399, 2020b. DOI. 10.1590/1413-812320202511.00042019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SANTOS, B. A. dos *et al*. A práxis desenvolvida no âmbito do Conselho Municipal de Saúde em um município de São Paulo. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, p. 976-988, 2020c. DOI. 10.1590/0103-1104202012703 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012703>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SANTOS, S. M. C. dos *et al*. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. Suppl 1, e00150220, 2021. DOI. 10.1590/0102-311X00150220 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150220>. Acesso em: 08 jul. 2022.

SANTOS, D. C. D. *et al*. Blenderized formulations in home enteral nutrition: a narrative review about challenges in nutritional security and food safety. **Nutrition Reviews**, p.1-19, 2022. DOI: 10.1093/nutrit/nuab121. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35026011/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SAVASSI, L. C. M. 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,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p.1-12, 2016.

DOI. doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SCHNEIDER, A. L.; INGRAM, H. Systematically pinching ideas: a comparative approach to policy design. **Journal of Public Policy**, Cambridge, v. 8, n. 1, p. 61-80, 1988.

SCHNEIDER, A. L.; INGRAM, H; DELEON, P. **Democratic policy design: social construction of target populations**. In: SABATIER, P. A; WEIBLE, C. M. Theories of the policy process. Boulder, CO: Westview Press, a member of the Persus Books Group, 2014.

SERAPIONI, M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4829-4839, 2014. DOI. 10.1590/1413-812320141912.02292013 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02292013>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SHEPPERD, S.; GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; STRAUS, S. E.; WEE, B. Hospital at home: home-based end-of-life care (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2016. DOI. 10.1002/14651858.CD009231.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub2/full>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SHEPPERD, S.; GONÇALVES-BRADLEY, D. C.; STRAUS, S. E.; WEE, B. Hospital at home: home-based end-of-life care (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2021. DOI. 10.1002/14651858.CD009231.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009231.pub3/full>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SCHIEFERDECKER, M. E. M. *et al*. Programa de atenção nutricional: marco histórico na política pública para pessoas com necessidades alimentares especiais no Município de Curitiba, Paraná. **Demetra: alimentação, nutrição e saúde**, v. 9. supl.1, p. 287-296, 2014. DOI. 10.12957/demetra.2014.10520. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10520/9702>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SCHIEFERDECKER, M. E. M.; KOPRUSZYNSKI, C. P. Home Enteral Nutrition Therapy in Palliative Care. **Palliative Medicine & Care International Journal,** v. 1, n. 3, 2018. DOI: 10.19080/PMCIJ.2018.01.555559. Disponível em: <https://juniperpublishers.com/pmcij/pdf/PMCIJ.MS.ID.555559.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SCHIEFERDECKER, M. E. M.; THIEME, R. D. (org.). **Terapia Nutricional Domiciliar.** 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2019.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 1, p. 148-155, 2006. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_11.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SILVA, A. C.; SILVEIRA, S. de A. Perfil epidemiológico e nutricional de usuários de nutrição enteral domiciliar. **Demetra: alimentação, nutrição e saúde**, v. 9, n. 3, p.783-794, 2014. DOI. 10.12957/demetra.2014.10527. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10527>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SILVA, V. M. da; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 145-159, 2015. DOI. 10.5935/0103-1104.2015S005396. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005396>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SILVA, K. L. *et al*. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 22, n.4, p 1-9, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876449/49660-219632-1-pb.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

SILVA, K. L. *et al*. Trajetória política da Atenção Domiciliar em Minas Gerais**. REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, e-1155, 2019a. DOI. 10.5935/1415-2762.20190002. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/1155.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SILVA, D. V. A. *et al*. Diagnósticos de enfermagem em programa domiciliar: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 584-591, 2019b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000300584&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SILVA, K. C.; DELDUQUE, M. C. Acesso a fórmulas nutricionais no Sistema Único de Saúde: um olhar do Sistema de Justiça. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 155-176, 2019. DOI. 10.11606/issn.2316-9044.v20i2p155-176. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/169662>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SILVA, B. T. da; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 26, n. 01, p.319-328, 2021. DOI. 10.1590/1413-81232020261.08872019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.08872019>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SILVA, A. E.; DUARTE, E. D.; FERNANDES, S. J. D. Palliative care production for health professionals in the context of home care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, e20210030, 2022. DOI. 10.1590/0034-7167-2021-0030.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0030>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SILVEIRA, A. da; NEVES, E. T. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 172-180, 2012. DOI. 10.1590/S1983-14472012000400022. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB). Painel de cadastros. Cadastros individuais. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. Acesso em: 20 abr. 2021a.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB). Saúde. Produção. Atendimento/Visita. Disponível em:<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>. Acesso em: 26 abr. 2021b.

SLATYER, S. *et al*. Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 220, 2019. DOI. 10.1186/s12913-019-4042-0. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6458630/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SMITH, G. Studying democratic innovations: an analytical framework. In: SMITH, G. **Democratic innovations: designing institutions for citizen participation.** New York, United States of America: Cambridge University Press, 2009. p. 8-29.

SOARES, C. B. *et al*. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 02, p. 335-345, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000002000020>. DOI. 10.1590/S0080-62342014000002000020. Acesso em: 28 fev. 2022.

SOUSA, C. R. S. de; SOUSA, M. do S. de. Atenção domiciliar em saúde no Brasil: visão dessa política por uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, p. 9250, 2019. DOI. 10.5020/18061230.2019.9250. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9250>. Acesso em: 03 nov. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-6, 2010. DOI. 10.1590/s1679-45082010rw1134. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=is>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SOUZA, V. de *et al*. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, p. 624-631, 2019. DOI. 10.1590/1982-0194201900087.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000600624&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SZWARCWALD, C. L. *et al*. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 141, p. 1-9, 2016. DOI. 10.1186/s12939-016-0432-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112675/>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SZLAGATYS-SIDORKIEWICZ, A. *et al*. Home enteral nutrition in children—2010 nationwide survey of the polish society for clinical nutrition of children. **European Journal of Pediatrics**, v. 171, n. 4, p. 719–723, 2012. DOI. 10.1007/s00431-011-1646-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306559/>. Acesso em: 03 nov. 2020.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. cap. 07.

TASCA, R. *et al*. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, n. 4, p.1-6, 2020. DOI. 10.26633/RPSP.2020.4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba n.25, p. 209-213, 2005. DOI. 10.1590/S0104-44782005000200017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

TAVARES, E. L. *et al*. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 643-650, 2015. DOI. 10.1590/1809-9823.2015.14249. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300643&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2021.

TEMOTEO-DA-SILVA, B.; LIMA, I. M. S. O. Análise política da atuação do Conselho Nacional de Saúde na construção da política de saúde no Brasil no período de 2014-2017. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, e210582, 2022. DOI. Disponível em: 10.1590/interface.210582. <https://doi.org/10.1590/interface.210582>. Acesso em: 02 mar. 2022.

TEIXEIRA, M. L. *et al*. Participação em saúde: Participação em saúde: do que estamos falando? do que estamos falando? do que estamos falando? **Sociologias,** n. 21, p. 218-251, 2009. DOI. 10.1590/S1517-45222009000100010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100010>. Acesso em: 06 mar. 2022.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P.; MCLNTYRE D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Org.). **Aspectos econômicos da equidade em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 5.

THIEME, R. D. *et al*. Development and implementation of responsible discharge care protocol for hospitalized elderly with chronic diseases and in need of special nutritional support. **Demetra: alimentação, nutrição e saúde**, v. 9, supl.1, p. 269-

286, 2014. DOI. 10.12957/demetra.2014.10347. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10347/9701>. Acesso em: 03 nov. 2020.

THIEME, R. D.; SCHIEFERDECKER, M. E. Terapia Nutricional na Rede de Atenção à Saúde. In: SCHIEFERDECKER, M. E. M.; THIEME, R.D. (Org). **Terapia Nutricional Domiciliar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2019. p. 11-24.

THIEME, R. D. *et al*. Home Nutritional Therapy and Food Insecurity. Abstracts / of the 41st ESPEN Congress, Krakow, Poland, 31 August–3 September, 2019. **Clinical Nutrition**, v. 38, S59–S296, 2019. DOI. 10.1016/S0261-5614(19)32287-3. Disponível em: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(19)32287-3/fulltext>. Acesso em: 13 abr. 2021.

THIEME, R. D.; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; DITTERICH, R.G. Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 06, e200157, 2020. DOI. 10.1590/1981-22562020023.200157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200157>. Acesso em: 24 fev. 2022.

THIEME, R. D.; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; DITTERICH, R. G. Políticas Públicas e o direito à saúde e à alimentação de crianças e idosos em Terapia Nutricional Enteral em Domicílio. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, v. 9, n. 2, p. 689-730, 2021. DOI. 10.25245/rdspp.v9i2.971. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v9i2.971>. Acesso em: 24 fev. 2022.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. DOI. 10.1590/S1413-81232005000300017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>. Acesso em: 28 fev. 2022.

VALLE, A. R. M da C.; ANDRADE, D. de. Habilidades e atitudes do enfermeiro na Atenção Domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 67-72, 2015. DOI. 10.5935/1415-2762.20150026. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768596>. Acesso em: 17 abr. 2021.

VAN AANHOLT, D.P.J. *et al*. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. **REVISA**, v. 10, n.1, p. 127-138, 2021. DOI. 10.36239/revisa.v10.n1.p127a138 Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/686>. Acesso em: 17 fev. 2022.

VENTURA, T. Democracia e participação. Inovações democráticas e trajetória participativa no Brasil. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 14, n. 3, p. 705-720, 2016. DOI. 10.1590/1679-395131003 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395131003>. Acesso em: 17 jun. 2022.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4,

p. 552-560, 2002. DOI. 10.1590/S0104-11692002000400013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13368.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

VIEIRA, N. F. C. et al. Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200516, 2021. DOI. 10.1590/interface.200516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200516>. Acesso em: 7 jun. 2021.

VOLKERT, D. *et al*. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: geriatrics. **Clinical Nutrition**, v. 25, n. 2, p. 330-360, 2006. DOI. 10.1016/j.clnu.2006.01.012. Disponível em: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(06)00031-8/fulltext>. Acesso em: 03 nov. 2020.

WANG, D. W. L. *et al*. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. DOI. 10.1590/0034-76121666 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2020.

WEYKAMP, J. M. *et al*., Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde. **Revista Fundamental Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1117-1121, 2019. DOI. 10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1117-1121. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6644/pdf_1>. Acesso em: 17 abr. 2021.

WONG, A. *et al*. A systematic review of the cost and economic outcomes of enteral nutrition. **Clinical Nutrition**, v. 37, n. 2, p. 429-442, 2017. DOI. 10.1016/j.clnu.2017.06.019. Disponível em: <https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(17)30230-3/fulltext#%20>. Acesso em: 03 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study**. Genebra: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, 2018.

XAVIER, G. T. de O.; NASCIMENTO, V. B. do; CARNEIRO JUNIOR, N. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, 2019. DOI. 10.1590/1981-22562019022.180151. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt_1809-9823-rbgg-22-02-e180151.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

ZAMANILLO CAMPOS, R. *et al*. Specific Quality of Life Assessment by the NutriQoL® Questionnaire Among Patients Receiving Home Enteral Nutrition. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 45, n. 3, p. 490-498, 2021. DOI. doi:10.1002/jpen.1852 Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8048598/>. Acesso em: 06 mar. 2022.

ZERMIANI, T. C. *et al*. Discurso do Sujeito Coletivo e Análise de Conteúdo na abordagem qualitativa em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e57310112098, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12098> Acesso em: 8 jul. 2021.