

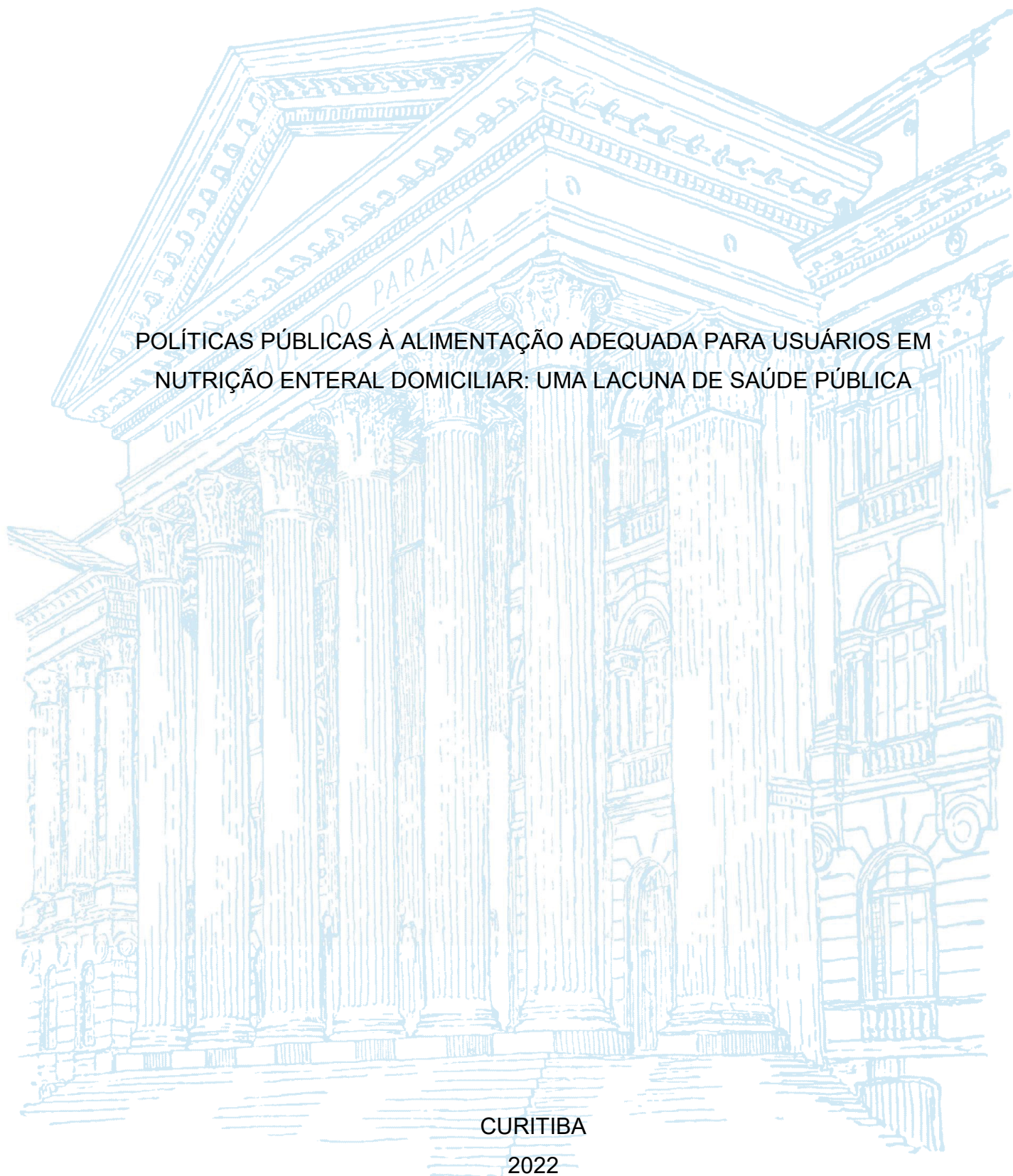
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA

POLÍTICAS PÚBLICAS À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA USUÁRIOS EM  
NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR: UMA LACUNA DE SAÚDE PÚBLICA

CURITIBA

2022



LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA

POLÍTICAS PÚBLICAS À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA USUÁRIOS EM  
NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR: UMA LACUNA DE SAÚDE PÚBLICA

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para o título de Doutora em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker

CURITIBA

2022

Sousa, Luna Rezende Machado de

Políticas públicas à alimentação adequada para usuários em nutrição enteral domiciliar [recurso eletrônico] : uma lacuna de saúde pública / Luna Rezende Machado de Sousa – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.  
Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientador: Profa. Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker

1. Nutrição enteral. 2. Assistência domiciliar. 3. Política pública. 4. Política de saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Schieferdecker, Maria Eliana Madalozzo. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 615.85482



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 **LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA** intitulada: **Políticas públicas à alimentação adequada para usuários em Nutrição enteral domiciliar: uma lacuna de saúde pública**, 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, 04 de Maio de 2022.

Assinatura Eletrônica  
09/05/2022 13:13:47.0  
RAFAEL GOMES DITTERICH  
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica  
10/05/2022 13:40:28.0  
CAROLINE FILLA ROSANELI  
Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO  
PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
09/05/2022 17:15:17.0  
SHIRLEY BOLLER  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
09/05/2022 17:51:56.0  
CÍBELE PEREIRA KOPRUSZYNSKI  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica  
09/05/2022 17:14:08.0  
ROBERTO EDUARDO BUENO  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Aos incansáveis trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que carregam o peso de prestar uma atenção à saúde universal, integral e equânime mesmo na ausência de mecanismos políticos e institucionais que protejam estes princípios.

## AGRADECIMENTOS

Ao profissional de saúde e professor que há muito dedica sua carreira na defesa do nosso SUS, com o qual tive o privilégio de compartilhar projetos e, por último, de desfrutar da sua orientação para conduzir este trabalho, obrigada por ser inspiração e luz no meu caminho Prof. Rafael. Concluo este ciclo na esperança de cruzarmos nossos caminhos nesta árdua e gratificante missão de defender uma saúde pública de qualidade e justa.

À co-orientadora que esteve presente em tantos momentos ao longo de minha formação, compartilhando seu conhecimento de maneira tão generosa, por toda sua dedicação àqueles que necessitam das políticas pública para fazer valer seu direito básico à alimentação adequada, e por todo seu interesse pelo meu aprendizado, meu profundo agradecimento à Prof. Maria Eliana.

Aos professores membros das bancas de qualificação e defesa, que gentilmente contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

Aos gestores e profissionais do SUS entrevistados, que dedicaram seu tempo para a realização desta pesquisa, minha gratidão por acreditarem na ciência e por lutarem pelo direito à saúde.

À Universidade Federal do Paraná, por mais uma vez se fazer morada, como dizem, “a boa filha à casa torna”.

À minha mãe, que sem dúvidas foi sempre a maior incentivadora dos meus estudos. Seu amor, cuidado, entusiasmo e torcida valem por um fã clube inteiro. Todo meu amor ainda é pouco para te agradecer.

Ao meu marido, que quase quatorze anos acompanha meus sonhos, enfrenta comigo meus desafios e me dá força para vencer meus medos. Ao seu lado, meu amor, tudo fica mais fácil.

A Manuela, que acompanhou todo este processo, já na barriga durante a coleta de dados, e depois com suas sonecas me permitia concluir este trabalho. Minha filha, tudo fica tão pequeno perto da sua existência, que ainda me faltam palavras para te agradecer por cada sorriso, por cada respiro que você dá.

**Public policy is whatever a government chooses to do or even not to do.**

Thomas Dye

## RESUMO

O aumento na prevalência de doenças crônicas e na expectativa de vida levou ao crescente número de indivíduos com necessidades alimentares especiais relacionadas às vias alternativas de alimentação, realizada por meio de sondas e ostomias, quando a alimentação por via oral é insuficiente ou incapaz de garantir as necessidades nutricionais do indivíduo. Em situações em que estes indivíduos apresentam estabilidade clínica, é possível a realização da Nutricional Enteral em domicílio (NED), o que pode demandar a utilização de fórmulas enterais comerciais, as quais apresentam alto custo e não possuem financiamento público, exceto em âmbito hospitalar. Diante da falta de regulamentação e de linha de financiamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) aos usuários em NED, alguns municípios têm implantado protocolos para a organização desta rede. Porém, há grande divergência nas diretrizes e funcionamento destas RAS, o que acaba por comprometer a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos usuários em NED. Diante deste quadro, esta pesquisa objetiva analisar as políticas públicas e os arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED. Trata-se de um estudo observacional do tipo quali-quantitativo, envolvendo três fases: 1) revisão integrativa e análise documental orientada pelo referencial teórico proposto por Sjöblom e adaptado por Secchi para avaliação deste problema público no contexto nacional; 2) estudo exploratório-descritivo das políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED dos municípios que compõe a 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná; 3) análise das políticas implantadas nos municípios da 2ª RS do Paraná usando o método do ciclo de políticas públicas proposto por Howlett e Ramesh a partir do modelo originado por Lasswell. Os resultados mostraram que diante da falta de uma política nacional que garanta o acesso à nutrição enteral e à assistência nutricional aos indivíduos em NED, alguns municípios e estados têm implantado protocolos locais para organizar esta RAS. No entanto, há grande divergência nas diretrizes e funcionamento destas redes, o que prejudica a atenção à saúde aos usuários em NED e contribui para o aumento da judicialização para o fornecimento de fórmulas enterais comerciais. A maioria dos municípios da 2ª RS do Paraná garante o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para suprir todas as necessidades nutricionais dos usuários em nutrição enteral domiciliar, cujo custeio se dá exclusivamente com recursos próprios municipais, sem financiamento federal. Todavia, há uma tendência da incorporação de preparações enterais elaboradas com alimentos nos protocolos municipais, e os municípios que o fizeram relataram uma redução dos custos com a atenção nutricional destes usuários, o resgate do valor social do alimento e o fortalecimento do acompanhamento nutricional.

Palavras-chave: nutrição enteral; assistência domiciliar; política pública; política de saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The increase in the prevalence of chronic diseases and life expectancy leads to a growing number of people with special dietary needs related to alternative feeding routes, performed through tubes and ostomies when oral feeding is insufficient or unable to guarantee one's nutritional needs. In situations where these individuals have clinical stability, it is possible to perform Home Enteral Nutritional (HEN), which may require the use of industrialized formulas, which are expensive and do not have public funding, except in hospitals. In view of the lack of regulation and public funding for the Health Care Network (HCN) for citizens in HEN, some municipalities have implemented protocols for the organization of this network. However, there is great divergence in the guidelines and functioning of these HCN, which ends up compromising the effectiveness of the Right to Food (RTF) to citizens in HEN. In view of this situation, this research aims to analyze public policies and institutional arrangements of the HCN aimed at guaranteeing the RTF for citizens in HEN. This is an observational study involving three phases: 1) bibliographic research guided by Sjöblom's theoretical framework adapted by Secchi, for the evaluation of the public problem in a national context; 2) exploratory-descriptive study of policies and institutional arrangements aimed at guaranteeing RTF for citizens in HEN living in the municipalities that make up the 2nd Regional of Health (RH) of Paraná State; 3) analysis of the policies implemented in these municipalities using the public policy cycle method proposed by Lasswell and adapted by Howlett and Ramesh. Results showed that due to the lack of a national policy guaranteeing the access to nutritional care to citizens in HEN, some municipalities and states have implemented local protocols to organize their HCN. However, there is great divergence in the guidelines and operation of these networks, which jeopardize the healthcare of those in HEN and contributes to the increase of judicialization for the provision of enteral diets. In addition, most of the municipalities analyzed provide enteral diets to those in HEN, whose cost is provided exclusively with municipal resources. Still, there is a trend of incorporation homemade enteral diets in the municipal protocols, and the municipalities that did that reported a reduction of costs, the protection of the social value of the food and the strengthening of the nutritional care for citizens in HEN.

Keywords: enteral nutrition; home nursing; public policy; health policy; Unified Health System.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO DESIGN DO ESTUDO .....	19
FIGURA 2 - CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	27
FIGURA 3 - MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A 2ª RS DO PARANÁ. ....	32
FIGURA 4 - MAPA DO IDHM DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ. ....	34
FIGURA 5 - ÍNDICE DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, EM 2020 .....	35
FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS .....	39
FIGURA 7 - MARCOS LEGAIS DAS POLÍTICAS VOLTADAS À GARANTIA DO DHA AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR....	48
FIGURA 8 - ÁRVORE DE PROBLEMAS: NÃO EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA AOS USUÁRIOS EM NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR.....	51
Figura 9 - CRITÉRIOS PARA FORNECIMENTO DE NUTRIÇÃO ENTERAL PARA USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ. ...	54
Figura 10 - PRINCIPAIS FRAGILIDADES DA RAS AOS USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.....	59
Figura 11 - SUGESTÕES PARA O FORTALECIMENTO DA RAS AOS USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ. ....	60
FIGURA 12 - POSIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ NO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	72
FIGURA 13. MOTIVAÇÕES DOS MUNICÍPIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO .....	82
FIGURA 14 - MUDANÇAS PERCEBIDAS APÓS A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO .....	82

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - EXEMPLO DO PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS DA FASE 2...	24
QUADRO 2 - EXEMPLO DO PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS DA FASE 3...	30
QUADRO 3 - CATEGORIA I: SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS .....	39
QUADRO 4 - CATEGORIA II: SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS .....	42
QUADRO 5 - CATEGORIA III: SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS .....	44

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - INDICADORES DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICO DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.....	33
TABELA 2 - PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	36
TABELA 3 - ARRANJOS INSTITUCIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.....	53
TABELA 4 - COMPARATIVO DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL E CUSTO DAS PREPARAÇÕES ENTERAIS PADRONIZADAS NOS PROTOCOLOS DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

2ª RS	- 2ª Regional de Saúde
DHAA	- Direito Humano à Alimentação Adequada
EMAD	- Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
ICSAP	- Índice de Interações Sensíveis à Atenção Primária
NASF	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NE	- Nutrição Enteral
NED	- Nutrição Enteral Domiciliar
PNAD	- Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
SAD	- Serviço de Atenção Domiciliar
SAN	- Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE SÍMBOLOS

© - copyright

@ - arroba

® - marca registrada



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
1.2.1 Objetivo geral .....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 DESIGN DO ESTUDO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Fase 1 .....	19
2.2.2 Fase 2 .....	21
2.2.3 Fase 3 .....	26
2.2.4 Aspectos éticos .....	31
<b>2.3 CENÁRIO DO ESTUDO.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>36</b>
<b>3 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO .....</b>	<b>50</b>
<b>3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO .....</b>	<b>51</b>
<b>4 MAPEAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADOS AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1 POLÍTICAS MUNICIPAIS VOLTADAS À GARANTIA DO DIREITO À ALIMENTAÇÃO AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR .....</b>	<b>52</b>
<b>4.2 FRAGILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR .....</b>	<b>59</b>
<b>4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO .....</b>	<b>69</b>
<b>5 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DO PARANÁ .....</b>	<b>70</b>
<b>5.1 O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>70</b>

<b>5.2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ARRANJOS INSTUCIONAIS À LUZ DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>71</b>
5.2.1 Montagem da agenda.....	72
5.2.2 Formulação da política.....	75
5.2.3 Tomada de decisão.....	76
5.2.4 Implementação.....	77
5.2.5 Avaliação.....	79
<b>5.3 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ARRANJOS INSTUCIONAIS À LUZ DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>80</b>
<b>5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO.....</b>	<b>89</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA UNIANDRADE.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA.....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS.....</b>	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Estado, reconhecido como Estado Social de Direito, deve garantir ao cidadão os direitos sociais previstos na Carta Magna. Apesar de o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) ser compreendido como direito fundamental desde 1948 pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25) (ONU, 1948), somente em 2010, por meio da Emenda Constitucional de nº 64, a alimentação foi incluída como direito social no artigo 6º da Constituição Brasileira (BRASIL, 2010):

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

A Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH, 2013) defende que este é um direito de todos os cidadãos e é dever do Estado respeitá-lo, protegê-lo e realizá-lo. Respeitar o DHAA significa não tomar quaisquer medidas que possam impedir o acesso livre e permanente à alimentação adequada. Protegê-lo diz respeito à posição ativa que o Estado deve assumir para evitar que terceiros (empresas ou indivíduos) privem as pessoas deste direito. Quanto a realizar o DHAA, significa que o Estado deve prover a alimentação às pessoas que não conseguem garanti-la de maneira autônoma e promover políticas públicas que garantam a realização deste direito para toda população.

Ainda, a inserção do DHAA na constituição reforça as condições para sua exigibilidade, definida pela capacidade dos indivíduos exigirem que sejam cumpridos seus direitos, por meios administrativos, políticos, quase judiciais ou judiciais (ABRANDH, 2013). A exigência deste direito por meios administrativos se dá quando os indivíduos procuram diretamente nos órgãos públicos (secretaria de assistência social, centros de referência de assistência social, etc.), podendo inclusive acionar as ouvidorias públicas para exigi-lo. Os meios políticos de exigir o DHAA compreendem as ações dos movimentos, organizações sociais, fóruns e redes que reivindicam seus direitos por meio da mobilização e pressão política junto aos órgãos públicos. A maneira quase-judicial é aquela que envolve o acionamento do Ministério Público e Defensoria Pública. Por último, os indivíduos podem exigir o DHAA de forma judicial, acionando o Poder Judiciário, perante um juiz ou tribunal.

Ao visar a alimentação adequada para todos, o DHAA busca a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), assim definida pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN):

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2013, p. 24).

A PNAN, cuja atualização foi publicada três anos após o reconhecimento do DHAA na Constituição, prevê desde a promoção da alimentação saudável, até o cuidado integral aos agravos relacionados à alimentação e nutrição, incluindo a garantia da SAN aos indivíduos com necessidades alimentares especiais relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral) (BRASIL, 2013). Apesar de o enfrentamento da obesidade ganhar destaque dentre as ações e programas da PNAN, o envelhecimento da população tem causado mudanças no quadro epidemiológico, como o aumento da prevalência de doenças crônicas que levam à necessidade de vias alimentares alternativas, como a Nutricional Enteral (NE) (CUTCHMA et al., 2016; BRASIL, 2013), assim definida pela PNAN:

Nutrição Enteral: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas. (BRASIL, 2013, p. 74).<sup>1</sup>

Para os indivíduos em NE que apresentam estabilidade clínica e precisarão se alimentar por meio de sondas por um longo período é indicado o uso da nutrição enteral em domicílio (NED), que pode ser realizada por meio de fórmulas industrializadas (comerciais), preparações enterais elaboradas com alimentos ou preparações mistas (BRASIL, 2015). Todavia, quando o acesso à alimentação

---

<sup>1</sup> Este conceito foi apresentado pela Resolução do Ministério da Saúde de nº 63, de 6 de julho de 2000 e endossado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição em 2013.

adequada aos indivíduos em NED demanda o uso de fórmulas enterais comerciais, estas apresentam alto custo e não possuem financiamento específico no SUS, exceto em âmbito hospitalar (BRASIL, 2009; SOUSA; WILL, 2017).

O DHAA compreende quatro pilares da alimentação: disponibilidade dos alimentos; acesso físico e econômico aos alimentos; adequação da alimentação às suas necessidades nutricionais; e estabilidade do acesso à alimentação adequada (ABRANDH, 2013). Ao adaptarmos estes conceitos para os usuários em NED, a efetivação do DHAA compreende a garantia de forma permanente da disponibilidade e do acesso destes indivíduos às fórmulas enterais (industrializadas ou elaboradas com alimentos) que sejam adequadas às suas necessidades nutricionais. Contudo, ainda não há uma política nacional que garanta o acesso às fórmulas enterais comerciais ou preparações enterais elaboradas com alimentos e à assistência nutricional para os indivíduos em NED, deste modo, o compromisso com a garantia do DHAA destes indivíduos ainda é marcado por uma ocultação social e não inserção na agenda das políticas públicas (CORRÊA, 2017).

Diante da falta de regulamentação e de linha de financiamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) aos usuários com necessidades alimentares especiais, alguns municípios têm organizado redes municipais, com a implantação de protocolos de atenção nutricional aos indivíduos em NED (JANSEN et al., 2014; SCHIEFERDECKER et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017). Porém, há grande divergência nas diretrizes e funcionamento destas redes, o que acaba por prejudicar o fortalecimento da atenção nutricional aos usuários com necessidades alimentares especiais NED (JANSEN et al., 2014; SCHIEFERDECKER et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017).

Ainda, a falta de efetivação do DHAA aos usuários em NED tem levado ao aumento expressivo das ações judiciais, contra as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), solicitando o fornecimento de fórmulas nutricionais enterais comerciais (DELDUQUE; SILVA, 2014). Este fenômeno, denominado “judicialização da saúde”, é entendido como a reivindicação da saúde como direito quando o Poder Judiciário se coloca na posição de tomador de decisões, sobrepondo-se ao arcabouço normativo do SUS (RAMOS et al., 2017). Apesar de ser uma forma legítima de exigibilidade de direitos, a judicialização constitui um problema para o Poder Público em função da alocação não planejada de recursos públicos e a sobreposição dos direitos individuais sobre os direitos coletivos, gerando o agravo



das iniquidades de acesso à saúde (DELDUQUE; SILVA, 2014). A necessidade de financiamento e protocolos que orientem o funcionamento da RAS aos usuários em NED e, quando necessário, o fornecimento de fórmulas enterais comerciais pelo Estado são demandas recorrentes em diversos espaços de pactuação, além de congressos regionais e nacionais, que contam com a presença dos gestores e do controle social do SUS (CONASEMS, 2013).

Ressalta-se que a NED vai além do fornecimento de fórmulas enterais e engloba o acompanhamento nutricional em domicílio, priorizando o cuidado aos indivíduos que requerem maior atenção, o monitoramento regular da ingestão de nutrientes, a realização de aconselhamento dietético e o provimento de apoio ao indivíduo e seus cuidadores, para que possam participar ativamente de cada etapa do tratamento dietoterápico (MAZUR et al., 2014). Este cuidado está previsto na Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), instituída em 2011 no SUS, a qual envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com a RAS (BRASIL, 2011).

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

Com o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e expectativa de vida, tem crescido o número de pessoas que precisam fazer uso de vias alimentares alternativas, como a Nutricional Enteral (NE) (BRASIL, 2013; CUTCHMA et al., 2016). A NE, realizada por meio de sondas nasais e ostomias, é necessária quando a alimentação por via oral é insuficiente ou incapaz de garantir suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2015). Em situações em que o indivíduo apresenta estabilidade clínica a NE pode ser realizada em domicílio (NED), por meio da utilização de fórmulas enterais comerciais (industrializadas), preparações enterais elaboradas com alimentos (conhecidas como dietas artesanais) ou preparações mistas (quando combinam alimentos in natura, produtos alimentícios e formulações comerciais) (BRASIL, 2015).

Nos Estados Unidos a prevalência de indivíduos em NED aumentou em 231% em um período de 21 anos, indo de 597 indivíduos por milhão de habitantes em 1992 (597/1.000.000), para 1.382 indivíduos por milhão de habitantes em 2013 (1.382/1.000.000) (MUNDI et al., 2017). Já no Reino Unido, o número de indivíduos em NED cresceu 32% em um ano, de 5.190 em 2009 para 6.851 em 2010 (SMITH,

2011). Como não se tem os registros do número de indivíduos em NED no Brasil, não é possível calcular a incidência ou prevalência deste fenômeno a nível nacional, mas estudos realizados em Brasília e Curitiba mostraram um aumento na prevalência dos casos nestas cidades (ZABAN; NOVAES, 2009; MAZUR et al., 2019). Em Curitiba, o acréscimo na prevalência de usuários em NED foi de 425% em 9 anos, de 2006 a 2015 (MAZUR et al., 2019). Paralelamente, em Brasília o aumento da prevalência de indivíduos em NED foi de 3.520% em um período de 5 anos, indo de 5 por milhão de habitantes (5/1.000.000) no ano de 2000, para 176 indivíduos por milhão de habitantes (176/1.000.000) em 2005 (ZABAN; NOVAES, 2009).

Esse cenário tem demandado ao SUS a organização da RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais em atenção domiciliar (CORRÊA, 2017). No entanto, perante a inexistência de protocolos nacional e estaduais, que orientem a assistência nutricional aos usuários em NED, ou linha de financiamento para a aquisição de formulações enterais comerciais, municípios têm implantado protocolos que preveem o acompanhamento domiciliar e a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos ou preparações mistas para estes usuários (JANSEN et al., 2014; MAZUR et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017). Por exemplo, há municípios que estabeleceram o fornecimento de fórmulas enterais comerciais em quantidade suficiente para suprir 50% das necessidades nutricionais dos usuários, devendo o restante ser custeado pelo usuário (MAZUR et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017). Outros instituíram a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos ou preparações mistas para os usuários em condição estável de saúde, com o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para usuários em situações clínicas de maior gravidade (síndrome disabsortiva grave, lesão por pressão etc.) (MAZUR et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017). Quando há a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos ou preparações mistas, o problema se encontra na falta de padronização da qualidade destas preparações, com estudos demonstrando que muitas delas apresentam baixa qualidade nutricional (SOUSA et al., 2014; BRASIL, 2016).

Apesar das experiências inovadoras de alguns municípios e estados, não há uma padronização dos critérios e diretrizes para a RAS àqueles em NED, o que contribuiu para que o Poder Público seja acionado para o cumprimento dos direitos à saúde e alimentação destes usuários (DELDUQUE; SILVA, 2014). Por exemplo, a

solicitação de fórmulas nutricionais por meio de ações judiciais contra as três esferas de gestão do SUS tem apresentado um importante crescimento (DELDUQUE; SILVA, 2014; PEREIRA et al., 2014; LIMA; MENDES, 2018). Considerando somente os processos encaminhados ao Ministério da Saúde para fornecimento de fórmulas nutricionais, de 39 processos registrados em 2007, houve um aumento para 168 em 2014, dos quais 41% foram de solicitação de fórmulas enterais comerciais (PEREIRA et al., 2014).

Portanto, faz-se necessário o estudo aprofundado das políticas públicas e arranjos institucionais que levam às diferentes formas de organização ou, até mesmo, da falta de organização da RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais nas instancias gestoras do SUS. Deste modo, a situação-problema do presente estudo consiste em indagar quais são as condições legais e institucionais que viabilizam, ou não, o processo político-jurídico de implantação da atenção nutricional e efetivação do DHAA aos usuários em NED. Para explorar esta temática em um contexto regional, selecionou-se enquanto cenário do estudo os municípios da 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, composta pela capital do estado e 28 municípios da região metropolitana.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Esta pesquisa almejou analisar as políticas e arranjos institucionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltados à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos usuários em Nutricional Enteral Domiciliar (NED) no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Explorar o histórico de construção das políticas e arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED no contexto nacional, para compreender o arcabouço legal que visa respeitar, proteger e realizar este direito.

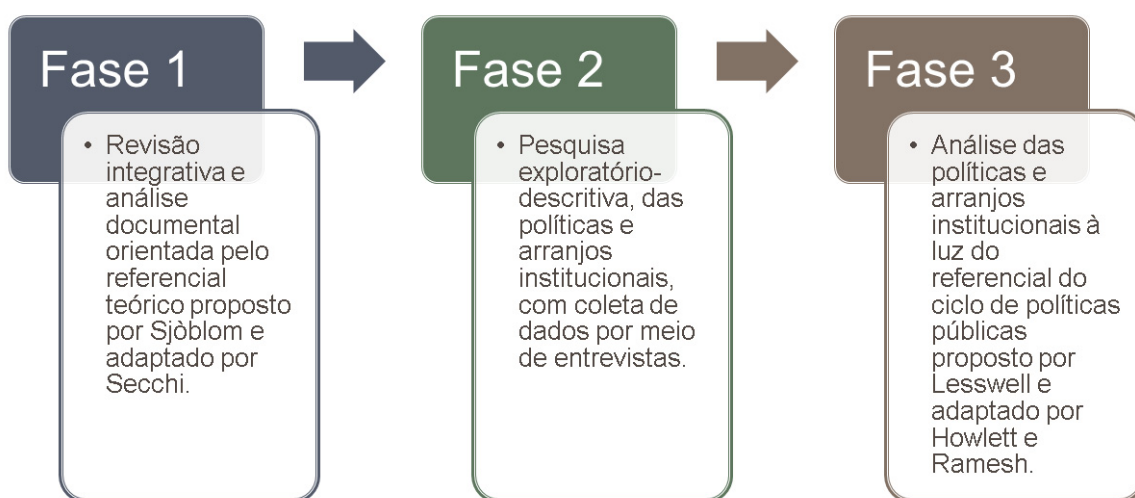
- Identificar e comparar as políticas e arranjos institucionais da RAS voltados à efetivação do DHAA aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS do Paraná.
- Analisar e avaliar as políticas e arranjos institucionais da RAS voltados à efetivação do DHAA aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS do Paraná.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 DESIGN DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional do tipo quali-quantitativo, envolvendo: pesquisa bibliográfica orientada pelo referencial teórico de Sjöblom adaptado por Secchi (2019) para a avaliação problema público; estudo exploratório-descritivo das políticas públicas e arranjos institucionais, realizado a partir de coleta de dados em campo; e análise destas políticas e arranjos institucionais utilizando a metodologia do ciclo de políticas públicas, proposto por Howlett e Ramesh a partir do modelo iniciado por Lasswell (BAPTISTA; REZENDE, 2015a; BAPTISTA; REZENDE, 2015b). As etapas do desenho deste estudo são ilustradas na Figura 1.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO DESIGN DO ESTUDO



FONTE: A autora (2022).

### 2.2 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

#### 2.2.1 Fase 1

Na primeira fase foi realizada a análise do histórico de construção das políticas públicas e organização das RAS voltadas à garantia do DHAA aos usuários em NED no contexto nacional, por meio de uma revisão integrativa e análise documental. Esta análise foi orientada pelo referencial teórico de Secchi (2019), desenvolvido a partir do que foi proposto por Gunnar Sjöblom (1984): diagnóstico do



problema, definição do problema e definição do objetivo. Nas ciências políticas, a análise de políticas públicas parte do estudo do problema, antes da elaboração, alteração ou extinção de uma política é necessária a compreensão aprofundada do problema público (SECCHI, 2019). O diagnóstico do problema precede a sua definição, e engloba a análise de seu contexto, amplitude, intensidade e tendência. Na etapa seguinte o problema público é definido enquanto: problema de escassez (e.g.: falta de empregos), problema de excesso (e.g.: excesso do uso de agrotóxicos) ou problema de risco (e.g.: risco de enchentes) (SECCHI, 2019). Por fim, é sugerido qual deve ser o objetivo de uma política pública para o enfrentamento do problema analisado, com o auxílio da construção da árvore de problemas onde são identificados a raiz (causas), o tronco (o problema em si) e os ramos (consequências) do problema (SECCHI, 2019).

A revisão integrativa é um modelo amplo de revisão bibliográfica, que permite a inclusão de diferentes tipos de estudos para uma compreensão abrangente do objeto estudado (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Nesta pesquisa, a revisão integrativa foi realizada seguindo seis fases: elaboração da pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos selecionados; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). A pergunta norteadora foi definida como: “Quais são as condições legais e institucionais que viabilizam, ou não, o processo político-jurídico de implantação da atenção nutricional e efetivação do DHAA aos usuários em NED?” A busca na literatura foi realizada por meio dos bancos de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed, SCOPUS (SciVerse Scopus), Web of Science e Google Acadêmico. Para a busca dos artigos, foi utilizada a seguinte estratégia de combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“Judicialização da Saúde” OR “Serviços de Assistência Domiciliar” OR “Segurança Alimentar e Nutricional” OR “Política Nutricional”) AND (“Nutrição Enteral”) AND (“Sistema Único de Saúde”); (“Health's Judicialization” OR “Home Care Services” OR “Food and Nutrition Security” OR “Nutrition Policy”) AND (“Enteral Nutrition”) AND (“United Health System”). O gerenciador de referências bibliográficas Mendley® foi utilizado para remover artigos duplicados e auxiliar na condução desta revisão.

Enquanto critério de inclusão, foram pré-selecionados somente os artigos completos publicados em periódicos indexados (livros, anais, dissertações, monografias e teses foram excluídos na seleção) a qualquer período (sem restrição

da data de publicação) e em qualquer idioma. Após a leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados, foram excluídos aqueles que não trataram do objeto de estudo ou que investigaram o tema em contextos internacionais. Na sequência, foram extraídos os seguintes dados dos artigos selecionados: autores, ano de publicação, objetivo, metodologia, amostra e resultados principais. Para a apresentação dos resultados desta revisão integrativa, foi realizada a leitura crítica dos artigos selecionados e discussão dos seus achados, e na sequência os estudos foram categorizados em três subgrupos, de acordo com a natureza de suas contribuições para o diagnóstico do problema público estudado: I) A falta de organização da Rede de Atenção à Saúde para a garantia do DHAA aos usuários em NED; II) Judicialização do DHAA para os usuários em NED; III) Experiências com a implantação de políticas públicas para a garantia do DHAA aos usuários em NED. Por fim, os estudos, em suas respectivas categorias, foram apresentados nos Quadros 3, 4 e 5 destacando-se o seu objetivo, o tipo de estudo e seus principais resultados segundo os autores.

Na sequência, foi realizada a análise documental, com a busca em diários oficiais e sites governamentais de publicações oficiais referentes às políticas públicas federais e estaduais nesta matéria: constituição, leis, decretos, portarias, manuais, protocolos, informes e cadernos técnicos publicados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde. A revisão integrativa, enquanto pesquisa bibliográfica, tem como natureza da fonte de pesquisa as contribuições de diferentes autores sobre determinado tema (fontes secundárias), já a análise documental busca materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, fontes primárias (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Os documentos selecionados por meio desta análise documental foram organizados em ordem cronologia (do mais antigo para o mais recente) e origem da publicação (governo federal/ministério da saúde e governos estaduais/secretarias estaduais de saúde).

### **2.2.2 Fase 2**

Na segunda fase desta pesquisa, foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória, para o mapeamento da organização e funcionamento da RAS aos usuários em NED residentes na 2ª RS do Paraná, caracterizando e comparando suas diretrizes, protocolos de atendimento e fluxos institucionais

estabelecidos pelos vinte e nove municípios que compõe a região. Essas informações foram coletadas por meio de entrevistas com os 29 municípios.

Foram entrevistados os responsáveis pela coordenação da RAS aos usuários em NED no município e, nos municípios onde esta política não contava com setor estruturado e gestor próprio, foi entrevistado o profissional indicado pelo gestor municipal de saúde. Assim, os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevistas individuais conduzidas pela própria pesquisadora e seguiram um roteiro (APÊNDICE 1) com perguntas semiestruturadas, sobre a existência de políticas públicas, arranjos institucionais e o funcionamento da RAS voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED no município.

A elaboração das questões do roteiro das entrevistas semiestruturadas baseou-se na revisão integrativa e análise documental realizada na Fase 1 desta pesquisa, com vistas a identificar diversos fatores alinhados à implantação de políticas neste âmbito: fluxo de atendimento à saúde aos usuários em NED; organização da atenção nutricional aos usuários em NED; presença de protocolo municipal para a organização desta RAS; participação do controle social; fornecimento de fórmulas enterais comerciais e prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos e/ou preparações mistas na RAS; judicialização em saúde; maiores fragilidades desta RAS e sugestões para sua melhoria. Para tal, este roteiro foi dividido em três partes: primeira contendo perguntas para a caracterização do perfil dos entrevistados; a segunda parte explorava a organização da RAS municipal aos usuários em NED, com perguntas complementares para os municípios que já dispunham de um protocolo municipal para a orientação desta RAS; a última parte tratou sobre a judicialização em saúde e a percepção dos entrevistados sobre as fragilidades desta RAS (APÊNDICE 1).

As 29 entrevistas foram realizadas entre abril e julho de 2021, por meio de plataforma virtual (Google Meet®) para garantir a segurança sanitária dos envolvidos devido à pandemia da Covid-19 (SESA-PR, 2020). Todas foram agendadas previamente por telefone, tiveram duração de 12 a 56 minutos, com média de 31 minutos, e foram gravadas com a autorização dos participantes. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2), que continha todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a

pesquisa. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados.

Após cada entrevista, as gravações audiovisuais foram transferidas para o Google drive e, na sequência, foi efetuada transcrição das respostas dos entrevistados em arquivo-texto. Para a transcrição de suas falas, os participantes foram codificados e identificados com o termo “P” seguido de numeração de 1 a 29. Foi utilizado o software gratuito otranscribe®, que possibilita, na mesma tela, visualizar o editor de texto e vídeo e controlar a velocidade das falas, para auxiliar nas transcrições. Os dados coletados nas entrevistas sofreram análises quantitativas e qualitativas.

Para a análise qualitativa foi empregada a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016), que por meio de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens visa obter indicadores que permitem a inferência de conhecimentos sobre o significado destas mensagens. Dentre o conjunto de técnicas disponíveis para a realização da análise, selecionou-se a análise categorial com investigação dos temas (análise temática) (BARDIN, 2016).

A análise temática permite a identificação de núcleos de significado que surgem em uma comunicação (BARDIN, 2016). A partir da leitura e releitura das transcrições das entrevistas, as respostas dos entrevistados foram organizadas em temas e posteriormente em categorias, de acordo com o significado dos componentes encontrados em suas falas, identificando-se também a frequência da aparição destes componentes. Esta técnica é bem detalhada por Taquette (2016):

A partir da identificação do corpo principal do texto pode-se organizá-lo por temas relevantes e a dar início ao processo de categorização. Quando se identifica um tema relevante, que pode ser, por exemplo, um dos itens do roteiro de entrevista, faz-se recorte e colagem do texto, organizando numa mesma “gaveta” ou arquivo as falas de todos os entrevistados sobre o mesmo. Neste momento se inicia outra etapa de leitura, agora do arquivo com os recortes e colagens das falas, na tentativa de entender qual a mensagem que os interlocutores estão dando sobre o tema, que significado tem para eles o assunto elencado. Pode-se neste momento criar categorias classificatórias. Para isso deve-se: observar as estruturas de relevância do texto, o que é comum nas narrativas e o que é divergente; fazer comparações entre os grupos; buscar ideias que estão por trás dos textos; ou seja, ir além das falas e dos fatos descritos; identificar e problematizar as ideias explícitas e implícitas; buscar sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos às ideias dialogar com informações de outros estudos acerca do assunto e referencial teórico da pesquisa. (TAQUETTE, 2016, p.5).

Este processo seguiu as três etapas propostas por BARDIN (2016): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- Pré-análise

Iniciou-se com a leitura flutuante do material transcrito para o aprofundamento no conteúdo, considerando as hipóteses e objetivos previamente dispostos. Na sequência procedeu-se com a constituição do *corpus*, verificando a presença dos atributos da pesquisa qualitativa no material estudado: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2016). A partir da leitura exaustiva do material transcrito procedeu-se com a identificação de dois temas relevantes para análise dos dados: 1) Fragilidades da RAS aos usuários em NED; 2) Sugestões para o fortalecimento da RAS aos usuários em NED. Por fim, procedeu-se com a determinação as unidades de registro (frases), unidade de contexto (elementos chave) provenientes das entrevistas e as unidades de significação (temas) que constituem as categorias nas quais as falas são agrupadas.

- Exploração do Material

Nesta etapa foi realizada a codificação e categorização das falas dos entrevistados para alcançar o núcleo de compreensão do texto. A determinação das categorias dos recortes de fala foi realizada de forma cautelosa, pois significa reduzir um texto a uma expressão significativa (BARDIN, 2016), conforme exemplificado abaixo:

QUADRO 1 - EXEMPLO DO PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS DA FASE 2.

Unidade de significado	Unidade de contexto	Unidade de registro
Fragilidades da RAS aos usuários em NED	<p>Dificuldade na implantação dos fluxos previstos no protocolo municipal.</p> <p>Falta de veículos para realizar acompanhamento domiciliar</p> <p>Dificuldade na implantação dos fluxos previstos no</p>	<p>“Aí eu vou ser bem sincera, eu acho que é <u>o agendamento de consulta com o nutricionista, nossa central de marcação é muito ruim</u>, então a gente às vezes precisa de um retorno com prioridade e a gente não consegue... eu acho que essa <u>gestão destes retornos é uma dificuldade</u>, porque às vezes o paciente está com uma receita vencida aí ele não consegue pegar enquanto ele não passar pelo retorno, e aí a gente vai manejando isso, mas isto é uma dificuldade. <u>Outra dificuldade é nas visitas domiciliares, carro para fazer as visitas, é sempre um problema também</u>...eu sei que é a angústia de todas nós né, <u>essas judicializações são um problema porque veja, não tem fim</u>. Nosso município fornece 100% de dieta industrializada, 100% das</p>

	protocolo municipal.	necessidades para todos os pacientes a gente fornece dieta industrializada e ainda assim não está bom. <u>A gente tem pacientes que vão judicializar porque querem a marca X, Y, Z.</u> " P04
Sugestões para o fortalecimento da RAS aos usuários em NED	<p>Implantação de um protocolo federal, estadual ou regional para a organização da RAS aos usuários em NED.</p> <p>Implantação de uma linha de financiamento federal ou estadual para custeio das fórmulas comerciais.</p> <p>Capacitação dos profissionais de saúde em nutrição enteral domiciliar.</p>	<p>"Primeiro assim eu acredito de termos mais um apoio do estado em relação a isto, porque nós não temos apoio nenhum, nem do estado e muitas vezes nem do ministério da saúde em relação a isso. Nós não temos um <u>protocolo padronizado</u>, nós <u>não temos um recurso que venha para o município para aquisição destas dietas</u>, isso dificulta muito porque é recurso livre, e isso atrasa o empenho, atrasa uma licitação. <u>Capacitação para o profissional também falta muito</u>, né, não temos um apoio, uma capacitação, um recurso para aquisição destas dietas, <u>não temos um apoio do nosso estado para estar auxiliando até no protocolo padronizado</u>. A gestão também, <u>a gestão apoiar a nutrição</u>, porque assim a gente vê muita desvalorização dos nossos gestores da questão da nutrição, da vigilância alimentar, o que importa é ter médico, é ter enfermeiro, o nutricionista muitas vezes não importa estar ali. Então, tudo isso." P03</p>

FONTE: A autora (2021).

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Os resultados obtidos na etapa anterior permitiram quantificar a frequência com que certos aspectos foram mencionados pelos entrevistados, por exemplo, quantas vezes a "falta de nutricionistas" foi citada como uma das principais fragilidades da RAS aos usuários em NED. A partir destas análises foram realizadas inferências e interpretações, apoiadas no referencial teórico levantado inicialmente (BARDIN, 2016).

Análises quantitativas foram empregadas para avaliar a composição nutricional e o custo das preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas incorporadas nos protocolos municipais da Rede de Atenção à Saúde aos usuários em nutrição enteral domiciliar. Para tal, foi solicitado que cada município compartilhasse uma formulação do tipo padrão (destinada para usuários sem restrição de ingestão de nutrientes), com cerca de 1.800 Kcal (variação de mais ou menos 100 Kcal), normocalórica (densidade calórica entre 0,9 Kcal/mL e 1,2 Kcal/mL) e normoproteica (percentual de proteínas entre 10% a 20% do valor energético total) padronizada em seu protocolo (CARDOSO; PRATES; ANASTÁCIO, 2018). A composição nutricional destas formulações foi calculada com base na

Tabela de Composição de Alimentos (USP; FORC, 2020) e nos rótulos das fórmulas enterais comerciais. Já o custo foi estimado a partir de pesquisa de preço realizada em julho de 2021 no aplicativo gratuito do Governo do Estado do Paraná denominado "Menor Preço®" (versão v3.0.9), cujos valores dos produtos comercializados nos estabelecimentos do Paraná são retirados das notas fiscais emitidas no estado. Realizou-se a média aritmética dos três menores valores dos produtos alimentícios encontrados nos estabelecimentos consultados, em seguida, foram realizados cálculos utilizando somente a quantidade empregue em cada receita. O custo das fórmulas comerciais foi estimado a partir de pesquisa de preços realizada em julho de 2021 nos estabelecimentos comercializadores desde produtos, utilizando-se o aplicativo Google Shopping®, foi então realizada a média aritmética dos três menores valores encontrados para cada produto. Por fim, foi comparado o custo das formulações enterais elaboradas com alimentos e mistas com o custo médio de uma fórmula enteral comercial com as mesmas características (padrão, normocalórica e normoproteica).

### **2.2.3 Fase 3**

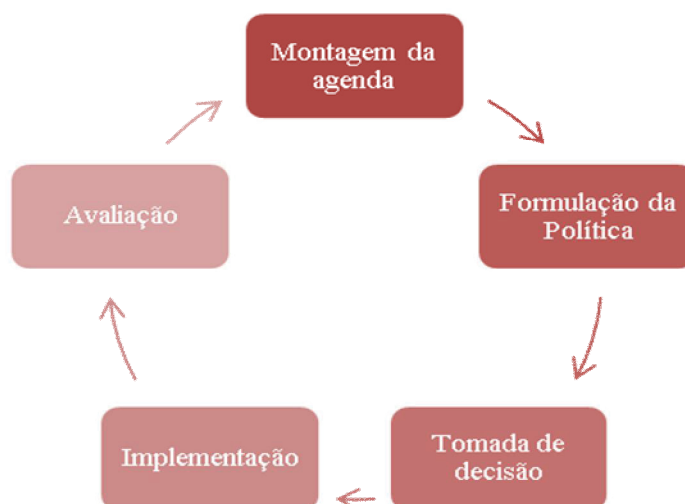
A terceira e última fase desta pesquisa utilizou dados empíricos coletados na Fase 2 para a realização da análise das políticas públicas e arranjos institucionais voltados à efetivação do DHAA aos usuários em NED implantadas nos municípios da 2ª RS do Paraná. Esta etapa foi pautada no referencial teórico do ciclo de políticas públicas, proposto por Howlett e Ramesh a partir do modelo originado por Lasswell<sup>2</sup> (BAPTISTA; REZENDE, 2015a; BAPTISTA; REZENDE, 2015b). O estudo do ciclo das políticas públicas é uma abordagem para a análise das políticas em cinco fases não lineares e interdependentes, que podem se sobrepor ou alterar a ordem: construção da agenda, formulação da política, processo decisório, implementação e avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2015a). A Figura 2 ilustra as fases do Ciclo de Políticas Públicas, que são detalhadas na sequência.

---

<sup>2</sup> LASSWELL, H.D. The Policy Orientation. In: LERNER, D. LASSWELL, H.D. (eds) The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method. Stanford: Stanford University Press, 1951.



FIGURA 2 - CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS



FONTE: Baptista e Rezende (2015a).

De acordo com os as respostas dos entrevistados às seguintes perguntas realizadas nas entrevistas da Fase 2, foram identificadas em qual fase do ciclo de políticas públicas cada um dos 29 municípios da 2ª RS se encontrava:

- O município conta com algum programa ou protocolo que orienta o fluxo para a atenção nutricional aos usuários em nutricional enteral domiciliar?
- O que motivou o município a implantar este programa ou protocolo?
- Quando este programa ou protocolo foi instituído e quando foi realizada sua última atualização?
- Este programa ou protocolo foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde?
- Na sua opinião, houve mudanças (positivas ou negativas) na gestão do serviço após a implantação deste programa ou protocolo?
- O que tem sido feito para enfrentar as dificuldades e desafios para garantir o acompanhamento nutricional e o acesso à alimentação adequada aos usuários que se alimentam por sonda em domicílio?

A fase da **Montagem da Agenda**, detalhada por Baptista e Rezende (2015a), se inicia com o reconhecimento de um problema enquanto público, o qual será o ponto de partida para a elaboração de uma política pública. O problema público é aquele que expõe carências na sociedade as quais os atores públicos julgam como problema público. Para além da identificação do problema público, a formação da agenda pública depende do cenário político, neste sentido Kingdom



diferenciou três tipos de agenda no processo político: sistêmica, institucional e decisória. A agenda sistêmica ou não-governamental é formada por problemas públicos pautados pela sociedade, mas que não despertam atenção dos formuladores de política naquele momento. A agenda institucional ou governamental é composta por problemas públicos de interesse do governo, mas que ainda não se apresentam na mesa de decisão. Por último, a agenda decisória ou política inclui os problemas que estão sendo considerados nos processos decisórios. Neste sentido, foram considerados na **Fase Montagem de Agenda** os municípios que ainda não dispunham de protocolo para a organização da RAS aos usuários em NED, mas que indicavam que este problema (ausência de política para a garantia do DHAA aos usuários em NED) tem sido discutido pela gestão municipal.

Na etapa da formulação da política são levantadas as alternativas, ou seja, as estratégias, programas e ações, para o enfrentamento do problema público inserido na agenda política, conforme propõem os autores Secchi (2013) e Baptista e Rezende (2015a). As alternativas são então comparadas quanto aos seus custos e possíveis consequências, neste momento, até a opção da manutenção do status quo pode ser uma das alternativas. Projeções, predições e conjecturas são consideradas para a avaliação das alternativas, no entanto, o dinamismo do contexto político e socioeconômico dificulta este processo. Apesar das dificuldades, é necessário chegar à etapa da tomada de decisão, onde os interesses dos atores são equalizados. Foram classificados na **Fase de Formulação da Política** os municípios que relataram estar em processo de elaboração de um protocolo municipal para a RAS aos usuários em NED.

De acordo com o cientista político John Kingdon (ZAHARIADIS, 2007), uma das formas de compreender o processo de tomada de decisão é pelo modelo dos fluxos múltiplos, este modelo explica que a formação de políticas ocorre em meio a ambiguidades e depende da confluência de problemas (fluxo de problemas), soluções (fluxo das alternativas e soluções) e um cenário político favorável (fluxo político) (ZAHARIADIS, 2007). Foram identificados na **Fase de Tomada de Decisão** os municípios que alegaram ter implantado protocolos de atenção aos usuários em NED, apesar de os mesmos não estarem aprovados pelo conselho de saúde.

Seguindo o proposto por Secchi (2013) e Baptista e Rezende (2015a), durante a implementação das políticas as intenções são convertidas em ações, e para isto é necessário visualizar os obstáculos que possam surgir neste processo.

Nesta fase é comum que a proposta a ser implantada sofra negociações, que podem levar a novas decisões e até ao reinício do ciclo da política. No entanto, não são raras as leis e programas que acabam sendo desvirtuados durante o processo de implantação, e por isto não apresentam os resultados esperados para o enfrentamento do problema escolhido. Os municípios considerados na **Fase de Implantação das Políticas** foram aqueles que tiveram seus protocolos para atenção aos usuários em NED publicados em diário oficial ou aprovados pelo conselho de saúde.

A última fase do ciclo é a avaliação da política, conforme autores Secchi (2013) e Baptista e Rezende (2015a), onde é verificado o nível de redução do problema que a gerou. A partir da avaliação de seus resultados, é comum que se proceda com adequações da política implantada, visando a melhoria de sua eficiência (relação entre os recursos empregados e os resultados alcançados) e eficácia (o nível de alcance das metas estabelecidas) (BAPTISTA; REZENDE, 2015b; SILVA et al., 2016). Foram classificados como na **Fase de Avaliação da Política** aqueles municípios cujos protocolos municipais já sofreram atualizações após sua implantação. Nos casos de municípios cujos protocolos já foram atualizados, porém nenhuma versão foi oficialmente publicada ou aprovada pelo conselho de saúde, considerou-se que o município ainda estava na Fase de Tomada de Decisão.

Como todo método no campo de análise de políticas, a análise do ciclo das políticas públicas apresenta vantagens e desvantagens. A percepção de que existem diferentes etapas no processo da construção de uma política é uma vantagem do método, pois permite conhecer as possibilidades de intervenção em cada momento do processo político (BAPTISTA; REZENDE, 2015a). Por outro lado, a fragmentação do processo em fases distintas pode gerar e errônea ideia de que as fases do processo e seus efeitos são isolados e previsíveis (BAPTISTA; REZENDE, 2015a).

Para os municípios que contavam com um protocolo implantado para a organização da RAS aos usuários em NED, foram analisados os motivos que levaram estes municípios a desenvolverem políticas municipais neste âmbito e as mudanças percebidas após sua implantação. Para tal foi aplicado o método qualitativo de Análise de Conteúdo, com a categorização das falas dos entrevistados orientada pela análise temática, (BARDIN, 2016), conforme explicado na sessão

anterior (2.2.2 Fase 2) deste capítulo. A partir da leitura do material transcrito, definiu-se como temas para esta análise de dados: 1) Motivações para a construção do protocolo municipal para organização da RAS aos usuários em NED; 2) Mudanças observadas após a construção do protocolo. O quadro 2 exemplifica este processo de categorização.

QUADRO 2 - EXEMPLO DO PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS DA FASE 3.

Unidade de significado	Unidade de contexto	Unidade de registro
Motivações para a construção do protocolo municipal para organização da RAS aos usuários em NED.	<p>Garantir o uso racional dos recursos públicos</p> <p>Garantir equidade no fornecimento de insumos aos usuários que necessitam de NED.</p> <p>Evitar as judicializações em saúde.</p>	<p>“A gente viu a necessidade de primeira coisa o <u>uso consciente do recurso público</u>, a gente utilizar o recurso público de forma correta, verificando a necessidade mesmo do paciente estar utilizando a dieta. Também a gente viu a questão <u>de adequar critérios para que todo mundo possa receber de forma a cumprir as adequações do SUS de equidade, de todo esse âmbito da legislação</u> e a gente sempre procura também a necessidade desse protocolo é <u>para que o nosso serviço corresponda de forma que evite ministério público de forma excessiva</u>, que a gente tenha embasamento científico tudo, então muitos poucos casos a gente recebe de ministério público devido a base do protocolo estar bem estabelecido.” P22</p>
Mudanças observadas após a construção do protocolo	<p>Aumento da demanda para atendimento a usuários em NED.</p> <p>Redução nos valores das fórmulas comerciais após padronização dos produtos.</p>	<p>“... às vezes quando você não fornece algo você não sabe qual é a sua real demanda, e aí quando você começa fornecer ou a instituir um programa, aí que você vai realmente ver qual que é a sua demanda. Aí neste "saber o real" é que vai ter esse aumento né, que às vezes o que o gestor não espera, mas é o aumento da demanda, né, <u>então a demanda aumentou bastante assim. Até porque talvez a gente não estava fornecendo da maneira correta, então uma parcela da população não estava sendo assistida e passou a ser assistida e aí teve esse aumento meio repentino da demanda</u>, que a gente achava que não existia né, quando a gente instituiu a gente pensou 'vamos instituir para que as pessoas que já estão recebendo sejam assistidas da maneira correta né' só que a gente não imaginava que tinha uma demanda represada lá pra trás que a gente não tinha noção, então foi meio que pego de surpresa assim... Não tinha lista nenhuma padronizada, mas a gente comprava. E assim, nos anos anteriores a gente tinha valores de licitação que eram exorbitantes assim. E aí quando a gente criou o programa, padronizou as fórmulas que seriam fornecidas, a gente esperava que este valor de licitação seria alto também, só que para nossa surpresa quando a gente elaborou o edital e fez a pesquisa de preços e a gente usou banco de preços, usou os preços das distribuidoras, fez a média, na disputa da licitação este valor caiu... <u>E aí quando a gente padronizou ficou mais fácil e o custo caiu também</u>. Antes do protocolo eram feitas compras diretas, por exemplo o paciente tinha prescrição do</p>

		Trophic®, aí a gente ia lá e fazia a compra direta daquele Trophic® para atender aquele paciente, então era muito para atender aquele paciente. <u>A gente não tinha esse controle, toda vez a gente tinha que fazer uma compra direta, então quando a gente padronizou facilitou porque a gente conseguia um volume maior de compra e o valor também caiu” P11.</u>
--	--	--

FONTE: A autora (2021).

#### 2.2.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa respeitou todos os aspectos éticos e seguiu a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, Centro Universitário José Campos Andrade - Uniandrade (Parecer nº 4.620.666) (ANEXO 1), e das instituições coparticipantes: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Parecer nº 4.654.436) (ANEXO 2) e Secretaria Municipal de São José dos Pinhais (Parecer nº 4.746.106) (ANEXO 3). As entrevistas só foram realizadas após a aprovação desta pesquisa pelos CEP das referidas instituições, bem como aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) por todos os entrevistados. Como as entrevistas foram realizadas de modo virtual, o TCLE foi encaminhado por e-mail aos entrevistados, os quais reencaminharam à pesquisadora o termo assinado e digitalizado.

#### 2.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A 2ª Regional de Saúde do Paraná, ou Região Metropolitana de Curitiba, é integrante da Macrorregional Leste do Estado do Paraná, sendo a mais populosa das regionais de saúde do Estado, correspondendo a cerca de 31% da população do estadual (PNUD, 2014). A figura 3 apresenta a disposição dos municípios nesta regional:

FIGURA 3 - MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A 2ª RS DO PARANÁ.



FONTE: SESA-PR, 2021a.

A região foi criada oficialmente em 1973, por meio da Lei Complementar Federal n.º 14/73, época em que começou a sediar grandes empresas nas áreas industriais, levando a uma super valorização da terra e moradia em Curitiba, o que induziu à ocupação das regiões periféricas por aqueles com menor poder aquisitivo (SOUSA, 2018). Deste modo, a população nas cidades da região metropolitana cresceu, em grande parte, influenciada pela sua distância da capital, por exemplo, as cidades com mais de 100.000 habitantes não se distanciam mais do que 30 Km de Curitiba (SOUSA, 2018). Na década de 90, algumas cidades receberam grandes investimentos estaduais em infraestrutura, energia, telecomunicações e incentivos fiscais, como Araucária, Campo Largo e São José dos Pinhais, outras tornaram-se cidades-dormitório (SOUSA, 2018). Atualmente, a população dos municípios da região varia largamente, por exemplo, há cidades com menos de 10.000 habitantes (Doutor Ulysses, Adrianópolis, Campo do Tenentes, Tunas do Paraná e Agudos do

Sul) e outras com mais de 200.000 mil (Colombo, São José dos Pinhais e Curitiba) (IBGE, 2021). A tabela 1 apresenta a população das cidades, sua distância da capital e o PIB per capita, indicador utilizado para medir o nível local da atividade econômica.

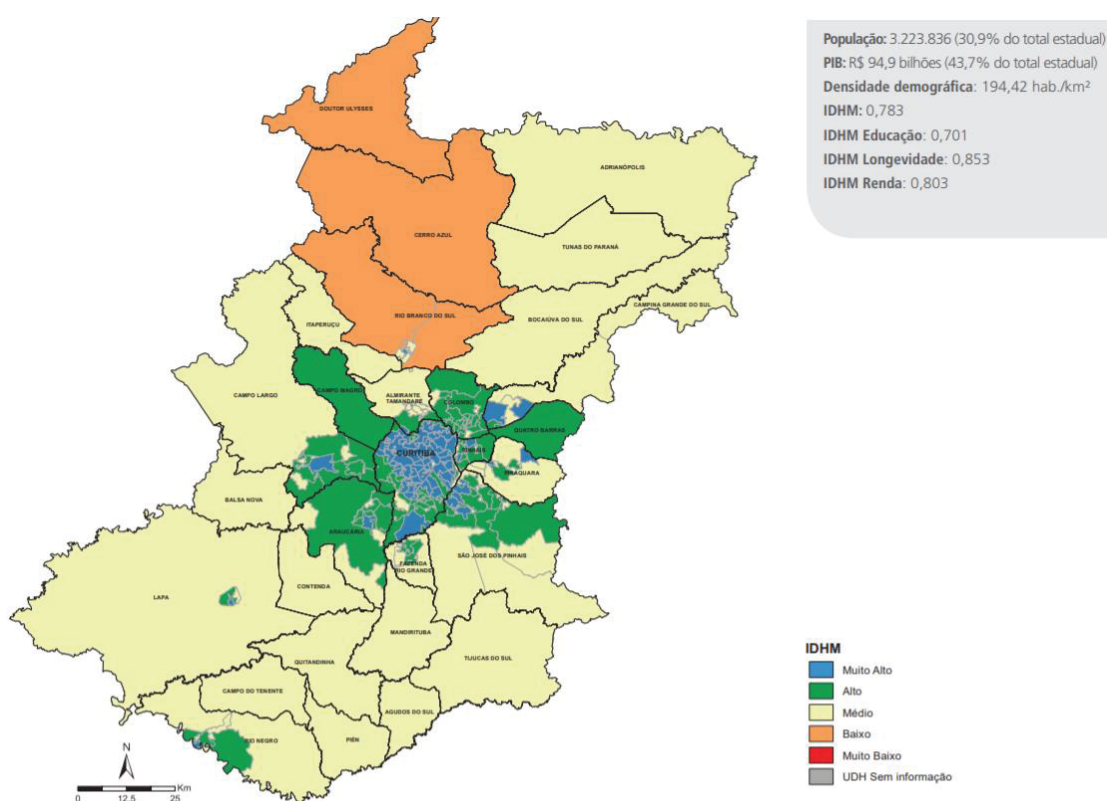
TABELA 1 - INDICADORES DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICO DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.

Município	População estimada [2020] <sup>1</sup>	Distância da capital em Km <sup>2</sup>	PIB <i>per capita</i> [2018] <sup>1</sup>
Doutor Ulysses	5.552	129	R\$ 11.111,58
Adrianópolis	5.857	137	R\$ 43.677,47
Campo do Tenente	8.045	92	R\$ 25.836,83
Tunas do Paraná	9.022	79	R\$ 12.947,67
Agudos do Sul	9.470	73	R\$ 22.087,81
Piên	12.882	93	R\$ 63.033,25
Balsa Nova	13.092	52	R\$ 53.915,82
Bocaiúva do Sul	13.129	43	R\$ 15.505,64
Tijucas do Sul	17.084	72	R\$ 19.517,42
Cerro Azul	17.833	84	R\$ 17.862,32
Contenda	18.837	41	R\$ 21.847,83
Quitandinha	19.221	66	R\$ 20.763,90
Quatro Barras	23.911	24	R\$ 66.795,52
Mandirituba	27.315	40	R\$ 23.214,18
Itaperuçu	29.070	28	R\$ 18.017,57
Campo Magro	29.740	21	R\$ 14.644,71
Rio Branco do Sul	32.517	29	R\$ 34.623,86
Rio Negro	34.411	112	R\$ 36.241,73
Campina Grande do Sul	43.685	31	R\$ 36.518,02
Lapa	48.410	71	R\$ 34.292,29
Fazenda Rio Grande	102.004	29	R\$ 25.607,26
Piraquara	114.970	22	R\$ 11.681,04
Almirante Tamandaré	120.041	15	R\$ 13.168,04
Pinhais	133.490	09	R\$ 44.773,58
Campo Largo	133.865	29	R\$ 33.304,69
Araucária	146.214	26	R\$ 116.046,97
Colombo	246.540	18	R\$ 21.682,44
São José dos Pinhais	329.058	15	R\$ 75.926,83
Curitiba	1.948.626	0	R\$ 45.458,29

FONTE: O autor (2021). <sup>1</sup>IBGE, 2021. <sup>2</sup>SOUSA, 2018.

O PIB per capita reflete a atividade econômica, mas não é capaz de medir o nível de bem-estar da população, para isto, sugere-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), uma medida composta por indicadores de longevidade, educação e renda, variando de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento (PNUD, 2014). A classificação dos municípios quanto ao IDHM é realizada de acordo com os seguintes pontos de corte: 0 a 0,499 muito baixo; 0,500 a 0,599 baixo; 0,600 a 0,699 médio; 0,700 a 0,799 alto; 0,800 e 1 muito alto desenvolvimento humano (PNUD, 2014). A distribuição do IDHM na região reflete a desigualdade socioeconômica entre seus municípios, por exemplo, a região abrange os municípios de maior e menor IDHM do Paraná: Curitiba (0,823) e Doutor Ulysses (0,546) (PNUD, 2014). A figura 4 apresenta a distribuição do IDHM na 2ª RS do Paraná, avaliado no ano de 2010.

FIGURA 4 - MAPA DO IDHM DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.



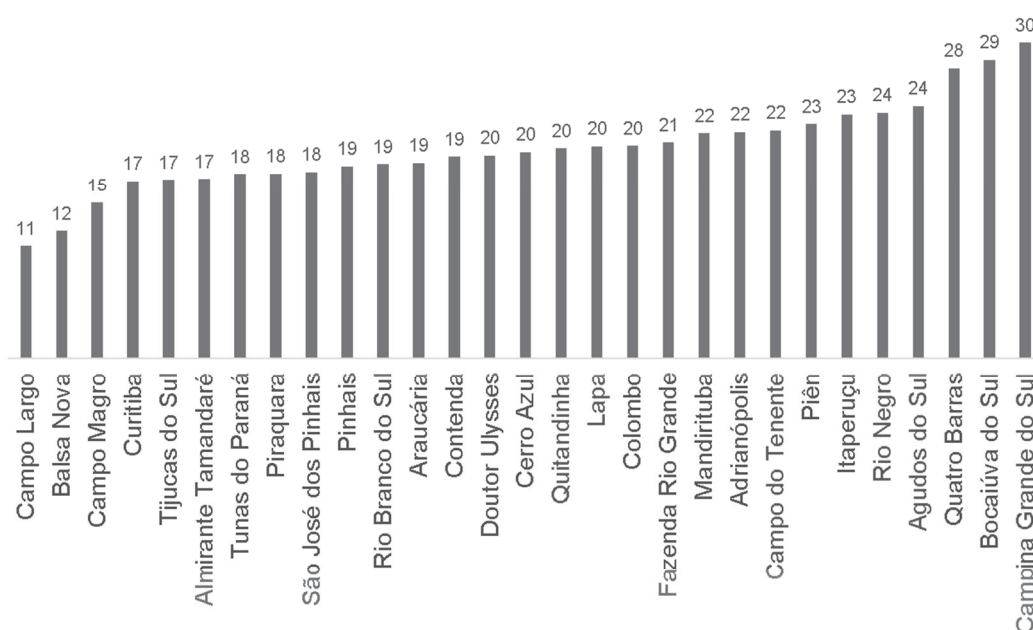
FONTE: PNUD (2014).

As disparidades socioeconômicas na região também refletem nos seus indicadores de saúde. O Índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) apresenta o percentual de internações causadas por um conjunto



de agravos de saúde que poderiam ser evitadas por ações efetivas de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento oportuno realizadas pela Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2008). Por isto, o ICSAP é utilizado para mensurar de forma indireta a qualidade da Atenção Primária. Dentre os agravos considerados neste indicador (BRASIL, 2008) estão aqueles, como gastroenterites, anemia, desidratação e deficiência nutricionais, que também podem ser causados pelo manejo incorreto da nutrição enteral domiciliar. Deste modo, o acompanhamento nutricional do usuário em NED pelos profissionais da Atenção Primária pode prevenir internações, o que também evita gastos em saúde desnecessários. A figura 5 apresenta o índice de ICSAP nos municípios da região em 2020.

FIGURA 5 - ÍNDICE DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, EM 2020



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). ELABORAÇÃO: a autora (2021).

Considerando as diferenças sociodemográficas dos municípios da região, os resultados desta pesquisa serão apresentados com estratificação por porte populacional. Utilizou-se o critério aplicado pela Secretaria Estadual de Saúde como critério para divisão por porte populacional nos boletins epidemiológicos dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná: pequeno porte (até 15 mil habitantes); médio porte (15 mil a 40 mil habitantes); grande porte (acima de 40 mil



habitantes) (SESA-PR, 2021b). Utilizando estes critérios, tem-se na região: 8 municípios de pequeno porte; 10 de médio porte e 11 de grande porte.

## 2.4 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Em cada município foi entrevistado o responsável coordenação da RAS aos usuários em NED, nos municípios onde esta política não contava com setor estruturado e gestor próprio, foi entrevistado o profissional indicado pelo gestor municipal de saúde. A Tabela 2 apresenta o perfil dos entrevistados.

TABELA 2 - PERFIL DOS ENTREVISTADOS.

Características do entrevistado	Municípios			
	Total (29)	Pequeno Porte (8)	Médio Porte (10)	Grande Porte (11)
<b>Sexo</b>				
Feminino	25	6	9	10
Masculino	4	2	1	1
<b>Grau de escolaridade</b>				
Nível médio	2	2	0	0
Ensino superior	2	1	0	1
Pós-graduação	20	4	9	7
Mestrado	4	1	1	2
Doutorado	1	0	0	1
<b>Profissão</b>				
Nutricionista	19	3	7	9
Farmacêutico	3	2	1	0
Enfermeiro	2	1	0	1
Assistente Social	3	0	2	1
Técnica de enfermagem	1	1	0	0
Socorrista	1	1	0	0
<b>Vínculo empregatício</b>				
Estatutário	24	6	9	9
Contrato temporário	2	1	1	0
Terceirizado	3	1	0	2
<b>Tempo de experiência na gestão em saúde</b>				
Menos de 1 ano	5	2	2	1
Entre 1 e 2 anos	3	1	0	2
Entre 2 e 5 anos.	6	2	4	0
Mais de 5 anos.	15	3	4	8

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n= 25), tinha pós-graduação (n=20), com formação em nutrição (n=19), vínculo estatutário (24) e experiência de mais de 5 anos na gestão em saúde (n=5). Alguns municípios (n= 8) não dispunham de nutricionista no quadro da saúde, por isto a coordenação da atenção aos usuários em nutrição enteral domiciliar era delegada para profissionais da gestão em saúde com outra formação, comumente assistente social ou farmacêutico.

### 3 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Este capítulo é destinado à apresentação dos resultados da Fase I desta pesquisa, cujo objetivo foi explorar o histórico de construção das políticas e arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED no contexto nacional. Para alcançá-lo, foi realizada uma revisão integrativa e análise documental sobre o tema, orientada pelo referencial teórico de Secchi (2019): diagnóstico do problema, definição do problema e definição do objetivo.

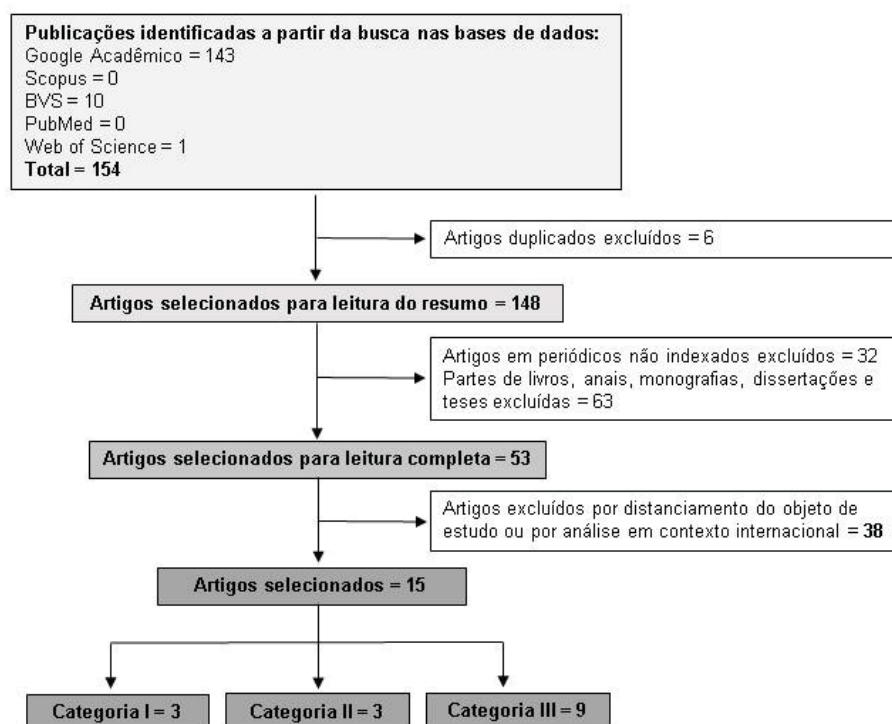
#### 3.1 DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

Nos bancos de dados foram encontradas 154 publicações, dentre as quais 53 foram selecionadas para leitura na íntegra e após análise 15 artigos foram selecionados. Os motivos mais frequentes para a exclusão foram artigos publicados em periódicos não indexados (32), encontrados no Google Acadêmico, além de partes de livros, anais, monografias, dissertações e teses (63). Os estudos selecionados foram organizados em três categorias quanto à natureza de suas contribuições para o diagnóstico do problema público estudado:

- I. A falta de organização da Rede de Atenção à Saúde para a garantia do DHAA aos usuários em NED.
- II. Judicialização do DHAA para os usuários em NED.
- III. Experiências com a implantação de políticas públicas para a garantia do DHAA aos usuários em NED.

Na **Figura 6** é apresentado o fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos, de acordo os critérios de inclusão e exclusão propostos.

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E INCLUSÃO DOS ESTUDOS.



Fonte: a autora (2022).

O fato de a maioria das publicações terem sido encontradas na base do Google Acadêmico evidencia a falta de artigos publicados em revistas científicas indexadas que abordem as políticas públicas voltadas à garantia do direito à alimentação aos usuários em NED. No Quadro 3 são apresentados os principais resultados dos estudos da Categoria I, ou seja, aqueles que exploraram o impacto da falta da organização da RAS para a garantia do DHAA aos usuários em NED:

QUADRO 3 - CATEGORIA I: SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS.

<b>Autor (Ano)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Führ e Ciachi (2019)	Avaliar a rede de atenção à saúde aos usuários em NED na rede	Pesquisa quanti-qualitativa com delineamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dentre os 12 usuários em NED, a frequência de complicações clínicas, óbitos e desnutrição foi maior entre aqueles que não tiveram acesso ao acompanhamento nutricional em domicílio.</li> <li>A maior queixa dos cuidadores foi a falta de informação sobre o manejo da NED.</li> </ul>

	pública de saúde de Foz do Iguaçu, PR.	transversal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A falta de padronização na assistência prestado pelo SUS aos usuários em NED tem acarretado o comprometimento da saúde e violação do DHAA.</li> <li>• Há necessidade de padronização da oferta dos cuidados aos usuários em NED No SUS.</li> </ul>
Libório; Fietz; Watanabe. (2016)	Conhecer as dúvidas de cuidadores em relação à NED em Dourados, MS.	Pesquisa de campo qualitativa com delineamento transversal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A aquisição das fórmulas enterais foi apresentada como a maior dificuldade vivenciada pelos cuidadores.</li> <li>• Os cuidadores apontaram o interesse de serem orientados quanto ao cálculo das formulações enterais, para poder fazer adaptações na dieta enteral sem prejuízos ao paciente.</li> </ul>
Mazur et al. (2014)	Discorrer sobre a garantia do DHAA e da segurança alimentar e nutricional aos usuários em NED.	Ensaio teórico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alguns municípios brasileiros realizam o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para usuários em NED, mas não há regulamentação dos critérios que definem a necessidade do uso de fórmulas enterais comerciais para usuários em NED.</li> <li>• Com a preocupação de seguir a prescrição da alta hospitalar, famílias com menor renda se mobilizam para adquirir as fórmulas enterais comerciais, comprometendo o orçamento familiar para a compra de alimentos.</li> <li>• Sugere-se a criação de critérios para o fornecimento de fórmulas enterais comerciais (enfermos em fase aguda ou em recuperação do estado nutricional para sequência do tratamento clínico ou cirúrgico) e prescrição de formulações enterais preparadas com alimentos ou mistas (casos crônicos que não apresentam comprometimento na digestão e absorção dos nutrientes).</li> </ul>

Fonte: a autora (2022).

A NED vai além do fornecimento de fórmulas enterais via sonda e engloba o acompanhamento nutricional em domicílio, priorizando o cuidado aos usuários que requerem maior atenção, monitorando regularmente a ingestão de nutrientes, realizando o aconselhamento dietético e provendo apoio ao usuário e aos cuidadores, para que possam participar ativamente de cada etapa do tratamento dietoterápico (MAZUR et al., 2014). A importância da implantação de políticas voltadas à organização da RAS para a garantia do DHAA aos usuários em NED fica evidente nos estudos que mostram: redução na frequência de complicações clínicas entre indivíduos em NED que recebem acompanhamento nutricional domiciliar; dificuldade dos cuidadores na aquisição das fórmulas enterais; e o impacto que estas fórmulas geram no orçamento familiar, comprometendo a segurança alimentar e nutricional de toda a família (MAZUR et al., 2014; LIBÓRIO; FIETZ; WATANABE,

2016; FÜHR; CIACHI 2019). Indivíduos que necessitam de NED, ao receberem alta para continuidade do tratamento em domicílio, veem-se desamparados pelo SUS, uma vez que em muitos municípios não lhes é garantido o recebimento de fórmulas enterais comerciais ou o acompanhamento nutricional com prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas.

Há também a crença de que as fórmulas enterais comerciais têm qualidade superior que às preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas para o uso em domicílio. Apesar de alguns profissionais de saúde, inclusive nutricionistas, defenderem esta teoria, não há evidência científica sobre a superioridade de fórmulas enterais comerciais para usuários em NED (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2009; MAZUR et al., 2019).

Um aumento da prevalência de indivíduos em NED tem sido observado redor do mundo, mostrando o potencial de magnitude deste problema público (SMITH et al., 2011; MUNDI et al., 2017). Apesar de não termos registros do número de usuários em NED no Brasil, impedindo o cálculo da incidência ou prevalência nacional, estudos realizados em Brasília e Curitiba mostraram um aumento na prevalência dos casos nestas cidades (ZABAN; NOVAES, 2009; MAZUR et al., 2019). Em Curitiba, o acréscimo na prevalência de usuários em NED foi de 425% de 2006 a 2015 (MAZUR et al., 2019), enquanto em Brasília o aumento na prevalência de indivíduos em NED foi de 3.520%, indo de 5 por um milhão de habitantes no ano de 2000, para 176 por um milhão de habitantes em 2005 (ZABAN; NOVAES, 2009).

Na falta de fatores estruturais ou conjunturais do processo econômico social que garantam determinado direito social, o Poder Público pode ser acionado para o seu cumprimento (DELDUQUE; SILVA, 2014). Como a saúde e a alimentação são direitos constitucionais, a solicitação de fórmulas nutricionais por meio de ações judiciais contra as três esferas de gestão do SUS tem apresentado um importante crescimento (DELDUQUE; SILVA, 2014).

No Quadro 4 são apresentados os principais resultados dos estudos da Categoria II, que teve como enfoque a judicialização do DHAA aos usuários em NED.

QUADRO 4 - CATEGORIA II: SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS

<b>Autor (Ano)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
Silva e Delduque (2014)	Analisar as percepções do sistema de justiça sobre a judicialização do acesso a fórmulas nutricionais.	Pesquisa quali-quantitativa, exploratória e descritiva.	<p>Por meio de entrevistas com 11 representantes do sistema de justiça observou-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O conceito de segurança alimentar e nutricional não é assimilado no processo de trabalho da justiça.</li> <li>• Há incompreensão sobre a análise técnica das fórmulas nutricionais.</li> <li>• O lobby do mercado e da indústria é a razão mais relevante para a judicialização da saúde.</li> <li>• Diálogos institucionais são a estratégia mais precisa para o enfrentamento da judicialização.</li> </ul>
Mendes e Lima (2018)	Dialogar sobre a alimentação como direito à saúde na judicialização da nutrição enteral no sistema único de saúde.	Ensaio teórico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A nutrição enteral simboliza direito à saúde, pois há uma sintonia entre boa saúde e alimentação adequada.</li> <li>• A solicitação de fórmulas nutricionais por meio de ações judiciais tem crescido, constituindo-se como um problema para o Poder Público.</li> <li>• A necessidade de financiamento e a elaboração de protocolos, diretrizes terapêuticas e fluxos são demandas recorrentes em espaços de pactuação e congressos que contam com os gestores.</li> <li>• As decisões judiciais sobre as matérias de saúde e alimentação são baseadas principalmente na prescrição e suposta urgência de obtenção do insumo, sem considerar segurança, efetividade e custo-benefício.</li> <li>• O fornecimento de insumos por ordem judicial não considera se aquele tratamento é o melhor em termos de relação custo/benefício, se o indivíduo realmente necessita do insumo pleiteado ou se este poderia ser substituído por outro disponível no SUS.</li> </ul>
Pereira et al. (2014)	Caracterizar as demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais recebidas pelo Ministério da Saúde.	Pesquisa exploratória e descritiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 2007 e 2013 as demandas judiciais para o fornecimento de fórmulas nutricionais pelo Ministério da Saúde quadruplicaram, mas apenas 40,5% das solicitações apresentavam comprovação diagnóstica.</li> <li>• Este aumento é justificado pelo desenvolvimento de novas tecnologias, a pressão da indústria farmacêutica e o maior entendimento da população quanto à exigibilidade de seus direitos.</li> <li>• Há também interesses econômicos envolvidos, principalmente por aqueles que produzem as novas tecnologias em saúde, como fórmulas nutricionais.</li> <li>• As decisões favoráveis aos solicitantes, realizadas de forma indiscriminada, podem comprometer a adequada alocação dos recursos públicos e a organização do SUS, beneficiar indivíduos que precisam menos e reforçar as desigualdades sociais na área da saúde.</li> </ul>

FONTE: A autora (2021).

Como a saúde e a alimentação são direitos constitucionais, a solicitação de fórmulas nutricionais por meio de ações judiciais contra as três esferas de gestão do

SUS tem apresentado um importante crescimento (ZABAN; NOVAES, 2009; LIMA; MENDES, 2018; SILVIA; DELDUQUE, 2020). Por exemplo, considerando somente os processos encaminhados ao Ministério da Saúde para fornecimento de fórmulas nutricionais, de 39 processos registrados em 2007, houve um aumento para 168 em 2014, dos quais 41% foram de solicitação de fórmulas enterais comerciais (PEREIRA et al., 2014).

A alocação não planejada de recursos públicos dificulta o processo político-jurídico da garantia dos direitos sociais sob as perspectivas coletiva e distributiva (PEREIRA et al., 2014; DELDUQUE; SILVA, 2014). Aqueles que conquistam o acesso aos seus direitos por via judicial, não raro são os indivíduos de menor vulnerabilidade socioeconômica que possuem meios e conhecimento para tal (PEREIRA et al., 2014; DELDUQUE; SILVA, 2014). Neste sentido, judicialização na saúde se mostra pautada nos princípios da universalidade e integralidade, mas vai contra o princípio da equidade. É menos vantajoso ao estado de direito implantar políticas públicas do que arcar com os custos da judicialização na falta destas. Por isto, a judicialização para o fornecimento de fórmulas enterais tem fomentado a discussão, entre os gestores do SUS e representantes do controle social, sobre a necessidade de elaboração de protocolos que institucionalizem a atenção nutricional para a garantia do DHAA aos usuários em NED como parte do cuidado integral na RAS (CONASEMS, 2013).

Diante da inexistência de protocolos nacional ou estaduais e linha de financiamento para a aquisição de formulações enterais comerciais, municípios têm implantado protocolos de NED com uso de preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas (JANSEN et al., 2014a; SCHIEFERDECKER et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017). No Quadro 5 são apresentados os principais resultados dos estudos da Categoria III, aqueles que apresentaram experiências com a implantação de políticas públicas para a garantia do DHAA aos usuários em NED.



QUADRO 5 - CATEGORIA III: SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS ANALISADOS

Autor (Ano)	Objetivo	Tipo de estudo	Principais resultados
Menezes e Fortes (2019)	Avaliar o estado de saúde de idosos em NED acompanhados pelo SUS em Brasília, DF.	Pesquisa observacional do tipo coorte retrospectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A Secretaria de Saúde do Distrito Federal conta com o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar, regulamentado pela Portaria número 478, de 6 de setembro de 2017.</li> <li>• A maioria dos usuários acompanhados pelo programa apresentou manutenção ou melhora do quadro clínico e nutricional</li> <li>• A NED é importante para os avanços das políticas de saúde, sendo também uma estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado no SUS.</li> </ul>
Mazur et al. (2019)	Caracterizar a situação dos indivíduos em NED em Curitiba, PR.	Pesquisa observacional retrospectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curitiba dispõe desde 2006 de um Programa de Assistência Nutricional para pessoas com necessidades alimentares especiais.</li> <li>• De 2006 a 2015, dos 1.231 usuários em NED acompanhados pelo programa, 71,6% faziam uso de preparações enterais elaboradas com alimentos.</li> <li>• O uso de preparações enterais elaboradas com alimentos não foi associado ao risco aumentado de morte na NED.</li> </ul>
Sousa e Will (2017)	Descrever a implantação de um protocolo municipal para o acompanhamento de usuários em NED em Piraquara, PR.	Relato de experiência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteriormente à implantação do protocolo os usuários em NED não recebiam acompanhamento nutricional domiciliar, mas apenas 50% de suas necessidades nutricionais por meio de fórmulas comerciais, o restante devendo ser custeado pela família.</li> <li>• O protocolo garantiu o acompanhamento nutricional domiciliar para os usuários em NED, com a prescrição de preparações enterais mistas e o fornecimento de fórmulas comerciais para enfermos em fase aguda ou em recuperação do estado nutricional para sequência do tratamento clínico ou cirúrgico.</li> <li>• Após um ano da implantação do protocolo, o custo médio por usuário atendido com fórmulas enterais comerciais caiu 48%, o que permitiu a contratação de mais nutricionistas para a realização do acompanhamento domiciliar dos usuários em NED.</li> </ul>
Dias et al. (2015)	Descrever como os usuários em NED podem ter acesso às fórmulas enterais no Estado de São Paulo.	Pesquisa descritiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 2012 o Estado de São Paulo publicou a Resolução SS54 que aprova a estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e define normas e procedimentos para solicitação de nutrição enteral e suplemento alimentar.</li> <li>• Usuários em NED que residem no Estado de São Paulo e são atendidos por instituições público ou privadas podem solicitar o fornecimento de fórmulas enterais comerciais pelo Estado de São Paulo. A solicitação pode ser realizada em site eletrônico e é analisada</li> </ul>

			<p>pela Comissão de Farmacologia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A cada quatro meses a solicitação deve ser renovada em caso de usuários em uso prolongado da NED.</li> </ul>
Jansen et al. (2014b)	Avaliar a qualidade das formulações enterais prescritas para os usuários em NED no SUS em Belo Horizonte, MG.	Pesquisa descritiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As formulações enterais preparadas com alimentos prescritas pelos nutricionistas no SUS para os usuários em NED apresentaram boa qualidade físico-química e nutricional após análises laboratoriais.</li> <li>• A inclusão de fontes alimentares variadas, como castanhas que podem ser transformadas em pó e dissolvidas, contribuem para a qualidade nutricional das preparações enterais no domicílio e aproximam a dieta dos pacientes do consumo de alimentos da família.</li> </ul>
Borelli et al. (2014)	Descrever a implantação de um protocolo de padronização de preparações enterais para usuários em NED em Campinas, SP.	Relato de experiência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um grupo de trabalho de nutricionistas foi criado para padronizar as preparações enterais para uso em NED prescritas nos hospitais e na Atenção Básica</li> <li>• Preparações enterais elaboradas com alimentos foram analisadas quanto à qualidade físico-química e nutricional, facilidade de preparo e custo, e aquelas que apresentaram melhores resultados foram selecionadas para o protocolo.</li> <li>• O protocolo visou facilitar as orientações de alta hospitalar e acompanhamento nutricional no domicílio, e garantir a segurança alimentar e nutricional aos usuários em NED.</li> </ul>
Schieferdecker et al. (2014)	Apresentar a trajetória das políticas públicas para pessoas com necessidades alimentares especiais em Curitiba, PR.	Pesquisa descritiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 2011 foi lançado o protocolo do Programa de Atenção Nutricional aos indivíduos com necessidades especiais de alimentação em Curitiba.</li> <li>• A implantação do protocolo garantiu a sustentabilidade desta Rede de Atenção à Saúde, promoveu maior envolvimento e satisfação dos profissionais envolvidos, e melhorou com a qualidade do cuidado ao cidadão em NED.</li> </ul>
Jansen et al. (2014a)	Descrever estratégias de fortalecimento da NED em Belo Horizonte, MG.	Relato de experiência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantou-se um Grupo de Trabalho em Terapia Nutricional Domiciliar de Belo Horizonte composto por profissionais de hospitais da rede pública e da secretaria municipal de saúde.</li> <li>• Este grupo apresentou como resultados: construção de um fluxo de encaminhamento assistido dos usuários de alta hospitalar para a Atenção Básica; realização de curso de atualização em NED para os nutricionistas da Atenção Básica; elaboração de uma cartilha de orientações para o cuidador do usuário em NED; análise da qualidade físico-química e nutricional das dietas enterais prescritas.</li> </ul>
Zaban e Novaes (2009)	Descrever a evolução da NED no Distrito Federal de 2000 a 2005.	Pesquisa observacional do tipo coorte retrospectiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O custo da nutrição enteral hospitalar foi em média 2,6 vezes superior à NED.</li> <li>• Em seguida à publicação do primeiro Regulamento Técnico para Fornecimento de Nutrição Enteral para Pacientes em Atendimento Domiciliar no Distrito Federal, em</li> </ul>

			<p>2004, houve um aumento do acesso à NED após a alta hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É preciso estabelecer legislações nacionais para o fortalecimento da NED.</li> </ul>
--	--	--	---

Apesar das experiências inovadoras de alguns municípios e estados, seu número é reduzido e há pouca uniformidade entre elas, destacando que ainda não há no Brasil uma padronização dos critérios e diretrizes para a RAS aos indivíduos com necessidades alimentares especiais relacionadas a vias alternativas de alimentação (MAZUR et al., 2014). Por exemplo, há municípios que instituíram a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas para os usuários em condição estável de saúde, com o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para usuários em situações clínicas de maior gravidade (síndrome disabsortiva grave, lesões por pressão etc.) (SCHIEFERDECKER et al., 2014; SOUSA; WILL, 2017). Quando há a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos, o problema se encontra na falta de padronização da qualidade destas formulações, com estudos demonstrando que muitas delas apresentam baixa qualidade nutricional (SOUSA; FERREIRA; SCHIEFERDECKER, 2014; BRASIL, 2016).

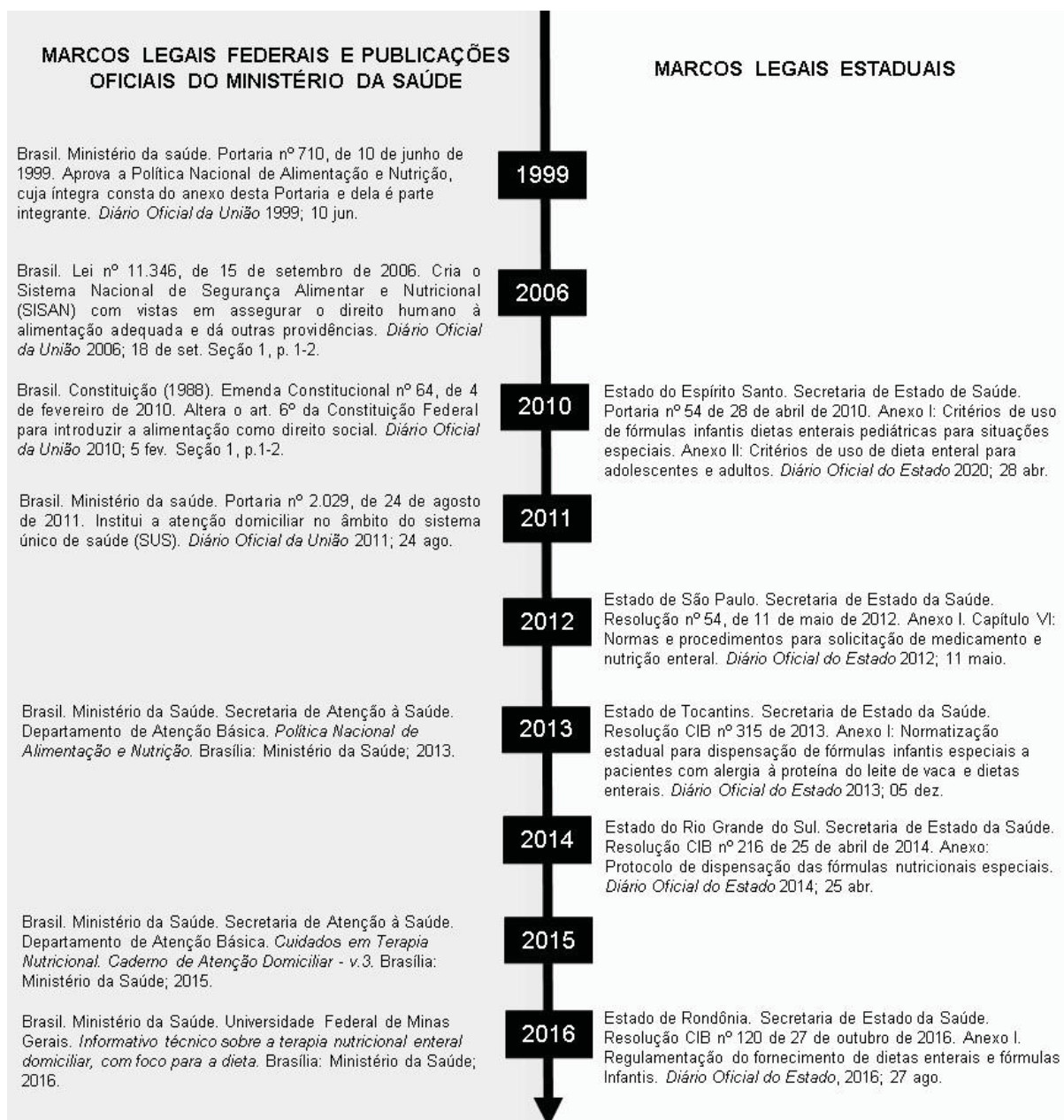
Nos municípios no qual não há o fornecimento das fórmulas enterais comerciais, ou protocolos de NED com uso de preparações enterais elaboradas com alimentos, famílias se mobilizam para adquirir esses produtos independentemente do seu custo, o que muitas vezes leva ao comprometimento da renda domiciliar, afetando a compra de alimentos e, por conseguinte, a segurança alimentar da família (MAZUR et al., 2014). Neste sentido, indivíduos que necessitam de NE, ao receberem alta para continuidade do tratamento em domicílio, veem-se desamparados pelo SUS, uma vez que em muitos municípios não lhes é garantido o recebimento de fórmulas enterais comerciais ou o acompanhamento nutricional com prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos.

Esta situação poderia ser atenuada por meio da efetivação do sistema de referência e contrarreferência da Rede de Atenção à Saúde, no qual o usuário tem suas informações de saúde compartilhadas entre os serviços responsáveis pelo seu cuidado, garantindo a continuidade do seu tratamento (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021). Para além dos usuários em nutrição enteral, que são encaminhados pelos hospitais para a continuidade do seu tratamento em domicílio, a prática de referência

e contrarreferência é crucial para a integralidade do cuidado, prevista como um dos princípios do SUS (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

A análise documental resultou em marcos legais de implantação de protocolos estaduais para o fornecimento de fórmulas enterais comerciais aos usuários em NED, publicações técnicas do Ministério da Saúde e políticas nacionais que preveem a garantia do direito à alimentação aos indivíduos com necessidades alimentares especiais em atenção domiciliar. No entanto, a análise documental apresentou como limitação o acesso a essas fontes, pois nem todos os documentos são de domínio público ou estão disponíveis na internet para pesquisa em sites de busca ou sites governamentais. Devido ao baixo número de publicações oficiais referentes às políticas públicas federais e estaduais voltadas aos usuários em NED, todos os documentos encontrados nesta busca foram incluídos na análise. A Figura 7 apresenta os resultados da análise documental em ordem cronológica de suas publicações.

FIGURA 7 - MARCOS LEGAIS DAS POLÍTICAS VOLTADAS À GARANTIA DO DHAA AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR.



FONTE: A autora (2022).

Nas duas últimas décadas, o reconhecimento da alimentação como direito social fundamental ao ser humano tem ganhado evidência e subsidiado a implantação de políticas públicas com o foco na garantia do DHAA. Enquanto marcos legais deste processo estão a publicação da PNAN em 1999 e sua atualização em 2013 (BRASIL, 2013), a promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN em 2006 (BRASIL, 2006) e o reconhecimento do DHAA na constituição brasileira em 2010 (BRASIL, 2010).

A instituição da atenção domiciliar no SUS em 2011 foi um marco para a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011; PROCÓPIO, 2019). Esta portaria foi reformulada em 2013 (BRASIL, 2013) e 2016 (BRASIL, 2016) com o objetivo de atualizar as regras para implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o qual pode ser implantado nos municípios com mais de 20 mil habitantes por meio de diferentes modalidades de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD). Importante salientar que a existência do SAD no município não é um requisito para a realização do acompanhamento domiciliar pela Atenção Básica (BRASIL, 2016). O acompanhamento em domicílio dos usuários que assim necessitam (como os acamados ou aqueles com dificuldade de locomoção) deve ser realizado pelas equipes da Atenção Básica como é previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Em suma, a garantia do DHAA aos usuários em NED é condição para o cumprimento da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional e efetivação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no âmbito da Política Nacional de Atenção Domiciliar. No entanto, esta análise temporal mostra que nos últimos anos não tivemos avanço na instituição de arranjos legais voltados à promoção, proteção e efetivação do DHAA aos usuários em NED nas instâncias estaduais e federal, apontando para um retrocesso neste campo.

### **3.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

Os estudos analisados revelam a não uniformização da organização da RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais em cuidado domiciliar, devido à falta de um protocolo nacional, estadual ou regional, o que tem culminado na grande utilização da judicialização como instrumento para a garantia do DHAA aos usuários em NED. Considerando o exposto, a não efetivação do DHAA aos usuários em NED deve ser tratado como um problema público, uma vez que atende aos requisitos propostos por Sjöblom (1984): é percebido por aqueles afetados, pode ser delimitado e tem possibilidade de resolução por meio de política pública. Trata-se de um problema público de escassez, originado pela falta de mecanismos político-institucionais que garantam a concretização da RAS aos NED com vistas à

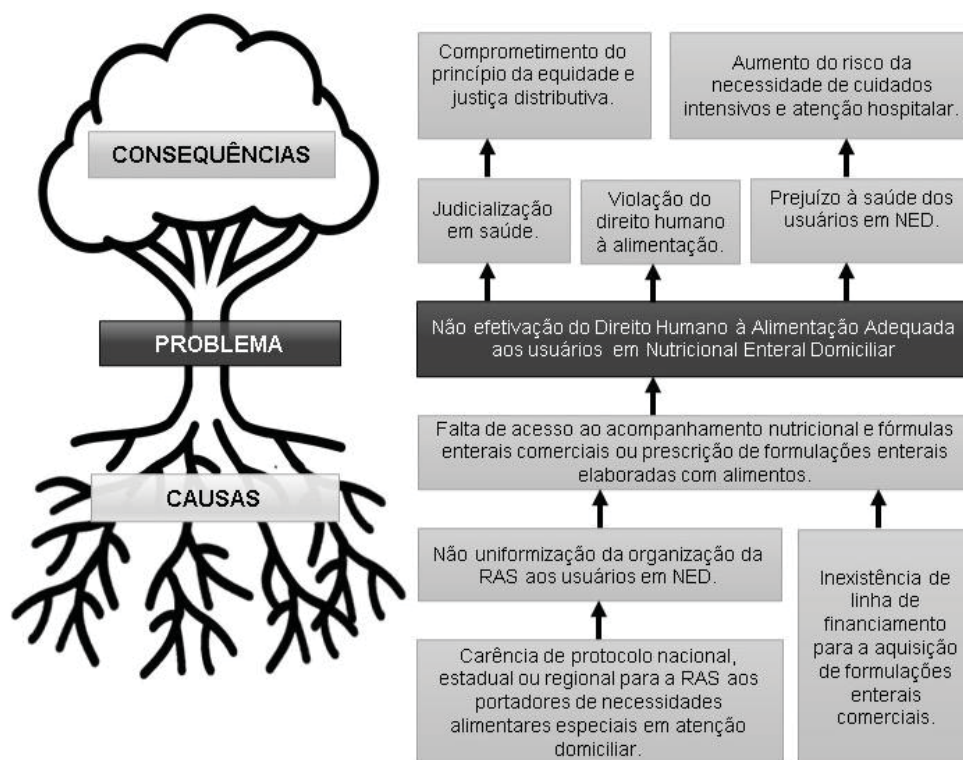


realização do seu DHAA. Ainda, se analisar os critérios apresentados por Leavell (LEAVELL, 1976, p. 666-677, apud COSTA; VICTORA, 2006, p. 145), quanto à natureza, extensão, severidade e significância do problema, ele também pode ser considerado um problema de saúde pública, haja vista o expressivo aumento de indivíduos em NED, a carência de políticas públicas que garantam seu DHAA e as repercussões disto na saúde do indivíduo.

### **3.3 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO**

Os dados levantados pela revisão integrativa e análise documental permitiram a definição do problema público e construção da árvore do problema, os quais serviram de embasamento para a orientação de qual deve ser o objetivo de uma política pública voltada à garantia do DHAA aos cidadãos em NED. Na árvore de problemas (SECCHI, 2019) apresentada na Figura 8, foram identificadas as principais causas do problema da falta de efetivação do DHAA aos usuários em NED e os efeitos decorrentes desse problema. Quão mais profundo é o objetivo de uma política pública, ou seja, focada na raiz do problema, mais eficaz e complexa ela será (SECCHI, 2019). Deste modo, fica evidente que o estabelecimento de protocolo nacional, estadual, regional ou municipal para a uniformização da RAS aos usuários em NED, com a previsão do acompanhamento nutricional, é premissa para efetivar o seu direito à alimentação adequada, garantir a proteção de sua saúde e evitar o processo de judicialização.

FIGURA 8 - ÁRVORE DE PROBLEMAS: NÃO EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA AOS USUÁRIOS EM NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR.



FONTE: A autora (2022).

### 3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Apesar de muitos estudos demonstrarem a importância da NED para a manutenção e recuperação da saúde quando a alimentação por via oral é inviável ou insuficiente, pouco se fala da dificuldade de acesso às fórmulas enterais para aqueles que a têm como única forma de alimentação. Apesar da iniciativa do Ministério da Saúde em subsidiar as discussões sobre os protocolos de atenção nutricional para os indivíduos em NED e de experiências exitosas em alguns estados e municípios do Brasil, pouco se avançou em termos da concretização da atenção nutricional aos usuários com necessidades alimentares especiais relacionadas às vias alternativas como parte do cuidado integral na RAS. Como consequência da ausência de eficácia social das políticas públicas para garantia do DHAA aos usuários em NED, as ações judiciais continuam sendo um dos principais meios para a realização deste direito. É urgente a necessidade de implantação de políticas voltadas à garantia do DHAA a esta população, norteadas pelo princípio da equidade e justiça distributiva.



## **4 MAPEAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADOS AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

Este capítulo é destinado à apresentação dos resultados da Fase II desta pesquisa, cujo objetivo foi identificar e comparar as políticas públicas de saúde e arranjos institucionais voltados aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS do Paraná. Para alcançá-lo, foi realizada uma pesquisa exploratória-descritiva, sobre a organização e funcionamento desta RAS, caracterizando e comparando suas diretrizes, protocolos de atendimento e fluxos institucionais estabelecidos pelos vinte e nove municípios que compõe a região. Essas informações foram coletadas por meio de entrevistas com os responsáveis pela coordenação da RAS aos usuários em NED no município e, nos municípios onde esta política não contava com setor estruturado e gestor próprio, foi entrevistado o profissional indicado pelo gestor municipal de saúde.

### **4.1 POLÍTICAS MUNICIPAIS VOLTADAS À GARANTIA DO DIETETO À ALIMENTAÇÃO AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR**

Diante da falta de uma regulamentação nacional ou estadual da RAS aos usuários em NED, os 29 municípios que compõe a 2ª RS do Paraná implantaram políticas municipais e arranjos institucionais para garantir a atenção à saúde destes usuários. A média de usuários em NED atendidos mensalmente pelos municípios da região foi de 44, com variações de acordo com o porte do município: 5 em municípios de pequeno porte (até 15 mil habitantes); 10 em municípios de médio porte (15 mil a 40 mil habitantes); 54 em municípios de grande porte (acima de 40 mil habitantes). Ressalta-se que para cálculo da média dos municípios de grande porte foi excluído o número de usuários atendidos na capital (n= 580), por variar grandemente dos demais municípios.

Todos os 29 municípios avaliados realizavam o fornecimento de dietas enterais comerciais para usuários em NED, no entanto, apenas 21 garantiam o acompanhamento nutricional destes usuários e somente 17 dispunham de um protocolo municipal prevendo o acompanhamento destes usuários e fornecimento de nutrição enteral. Ademais, dos 17 municípios que dispunham deste protocolo, em apenas 10 municípios o protocolo foi apresentado e aprovado pelo Conselho

Municipal de Saúde. A Tabela 2 detalha os arranjos institucionais da RAS aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS.

TABELA 3 - ARRANJOS INSTITUCIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.

Parâmetros analisados	Total	Pequeno Porte Até 15 mil hab.	Médio Porte 15 a 40 mil hab.	Grande Porte Acima de 40 mil hab.
Municípios avaliados	29	8	10	11
Municípios que fornecem fórmulas enterais comerciais para usuários em NED.	29	8	10	11
Municípios que realizam prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas para usuários em NED.	10	2	4	4
Municípios que garantem o acompanhamento nutricional aos usuários em NED.	21	3	7	11
Municípios que possuem protocolo municipal para a RAS aos usuários em NED.	17	8	6	9
Municípios cujo protocolo foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.	10	1	3	6

Apesar de todos os municípios fornecerem fórmulas enterais comerciais para usuários em NED, os critérios para este fornecimento variaram na região, sendo que 10 municípios realizam a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas. A partir dos relatos, os municípios foram classificados em 5 grupos de acordo com os critérios aplicados para o fornecimento destas dietas:

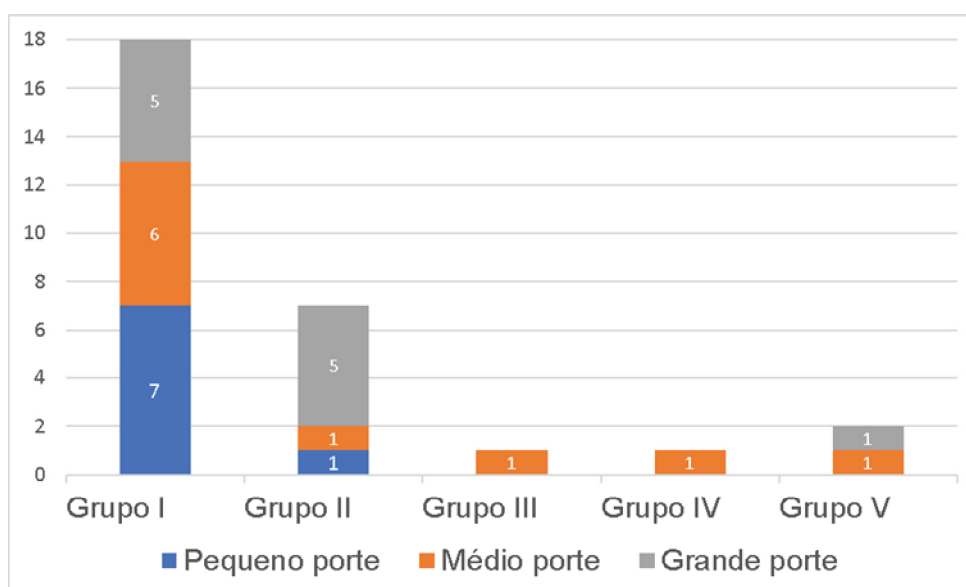
- **Grupo I:** Fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula enteral comercial para todos os usuários em NED.
- **Grupo II:** Fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula enteral comercial para menores de 10 anos, usuários com alta vulnerabilidade social ou para aqueles com contraindicação clínica para uso das preparações elaboradas com alimentos, para as demais situações, prescreve preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas.
- **Grupo III:** Fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula enteral comercial para menores de 18 anos e usuários em alta vulnerabilidade social, nas demais situações fornece 50% das

necessidades em fórmula comercial e prescreve preparações enterais mistas.

- **Grupo IV:** Fornece 50% das necessidades nutricionais em fórmula enteral comercial para todos os usuários em NED.
- **Grupo V:** Prevê o percentual de fornecimento de fórmula enteral comercial de acordo com a condição socioeconômica (renda familiar) do usuário.

A Figura 9 apresenta o total de municípios, estratificados por porte populacional, classificados em cada grupo detalhado acima.

Figura 9 - CRITÉRIOS PARA FORNECIMENTO DE NUTRIÇÃO ENTERAL PARA USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.



FONTE: A autora (2022).

Observa-se e que a maioria dos municípios de pequeno porte (7/8) realiza o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para atendimento de 100% das necessidades nutricionais de todos os usuários em NED, o que é compreensível haja vista que a média de usuários atendidos por mês nestes municípios é de apenas 4. Já os municípios mais populosos, acima de 40 mil habitantes, têm alterado os seus critérios de fornecimento de fórmulas enterais comerciais, por meio da inclusão de preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas em seus protocolos municipais. Nestes municípios, que atendem em média 54 usuários em NED ao mês, são prescritas preparações elaboradas com alimentos

ou mistas para a maior parte dos usuários em NED, e todos recebem acompanhamento nutricional.

Segundo os entrevistados, a introdução das preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas nos protocolos municipais foi necessária para reduzir os custos desta Rede de Atenção à Saúde, haja vista que ela não dispõe de linha de financiamento federal ou estadual. No entanto, para além da redução dos custos, alguns municípios citaram outras vantagens da incorporação de preparações elaboradas com alimentos e mistas, como o resgate do valor social do alimento e fortalecimento do acompanhamento nutricional. O trecho abaixo é de um município do Grupo II, que antes de incorporar as preparações enterais mistas em seu protocolo, tinha como preconizado o fornecimento de fórmula comercial para atendimento de somente 50% das necessidades nutricionais do usuário, sendo o que o restante custeado pelo usuário:

“Então para nutrição foi muito bom ter isso, essa garantia, porque antes a gente fornecia e a gente não sabia o que o paciente poderia fazer ou não, se ele ia diluir a dieta, se ele ia estender aquilo que a gente dava ou se ele ia complementar como a gente recomendava, então agora a gente sabe que aquele cálculo está previsto e o paciente que realmente segue as orientações, faz a dieta, a gente vê que só tem benefício do estado nutricional, da evolução do paciente, e o paciente percebe isso também porque a dieta industrializada, comercial, ela fica muito como "o leite", e quando a gente associa com o alimento, até essa visão do paciente ela muda, é o alimento, é a comida, tanto que eles perguntam assim "você vai me dar o pó, mas você vai me dar o alimento, a comida também?". A gente fala que "os alimentos você vai adquirir, são os que você tem em casa", mas eu acho legal esta relação dele fazer com o alimento então não fica parecendo só "é o leite", é o alimento mesmo do paciente.” P21

A literatura mostra que a utilização de preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas para indivíduos clinicamente e nutricionalmente estáveis, como doentes crônicos ou em tratamento paliativo, não traz prejuízo à saúde e estado nutricional (MITNE, 2006; AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2009). Considerando que estas preparações agregam o valor social do alimento e representam um custo muito menor do que as fórmulas comerciais, preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas apresentam-se como uma boa alternativa para nutrição enteral de indivíduos que não possuem disfunções absorptivas ou doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes (BRASIL, 2016) No entanto, no que tange à incorporação destas preparações nos protocolos de atendimento aos usuários em NED, ainda há preocupação sobre a sua

composição nutricional pois são escassos os estudos que propõem preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas que sejam completas nutricionalmente, de baixo custo, com adequada estabilidade e osmolaridade (BRASIL, 2016).

Todos os 10 municípios da região que prescrevem preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas aos usuários em NED dispõem de protocolo com a definição dos critérios para esta prescrição e garantem o acompanhamento nutricional destes usuários. Dentre os critérios utilizados para a prescrição destas preparações, foram citados: estabilidade clínica do usuário; não comprometimento de sua capacidade absorptiva de nutrientes; disponibilidade de utensílios e infraestrutura para o preparo das dietas (energia elétrica, água encanada, liquidificador, fogão).

Ao serem questionados sobre a definição da composição das preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas, a maioria destes municípios (n= 9) relatou a padronização destas preparações em protocolo. Segundo os entrevistados, a preocupação com a padronização das preparações enterais foi a garantia da sua qualidade físico-química e composição nutricional, apesar de nenhuma destas preparações ter sido analisada em laboratório, sua composição foi baseada em preparações previamente testadas, como a preparação enteral mista divulgada no informe técnico publicado pelo Ministério da Saúde em 2016 (BRASIL, 2016).

Dentre as preparações enterais elaboradas com alimentos padronizadas nos protocolos dos municípios da 2ª RS foram selecionadas de cada município 1 preparação do tipo padrão, com cerca de 1.800 Kcal. Alguns municípios utilizavam as mesmas preparações enterais, por isto, dentre os 9 municípios que padronizaram preparações enterais elaboradas com alimentos, foram encontradas 7 preparações distintas com os critérios mencionados. Todas as preparações enterais selecionadas tiveram seu custo diário e composição nutricional estimada calculada. A Tabela 3 apresenta o comparativo da composição de macronutrientes e custo das preparações enterais elaboradas com alimentos padronizadas nos municípios da região e de fórmula enteral comercial.

TABELA 4 - COMPARATIVO DA COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL E CUSTO DAS PREPARAÇÕES ENTERAIS PADRONIZADAS NOS PROTOCOLOS DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.

Ingredientes	Preparações enterais elaboradas com alimentos							Fórmula enteral comercial <sup>1</sup>
	A	B	C	D	E	F	G	
Leite integral	500ml	1000ml	500ml	1000ml	400ml	400ml	1000ml	
Leite desnatado	500ml		500ml					
Farinha de trigo torrada	120g	100g	120g	100g				
Batata cozida	280g	140g	280g	140g			300g	
Óleo de soja	39ml	10ml	39ml	10ml	20ml	20ml	20ml	
Açúcar	30g	30g	30g	30g	80g	80g		
Sal	5g	5g	5g	5g	1g	1g		
Fórmula enteral comercial em pó <sup>1</sup>	52g	108g	99g	110g	14g		46g	400g
Ovo inteiro					45g	45g	45g	
Clara de ovo					30g	30g		
Cenoura crua					100g	100g		
Carne bovina magra picada crua					150g	150g		
Batata crua					60g	60g		
Arroz branco cru					75g	75g		
Leite em pó integral					100g	100g		
Carne cozida (frango, boi ou peixe)							100g	
Cenoura cozida							120g	
Arroz cozido							75g	
Suco de laranja (para preparo de suco) <sup>2</sup>		60mL						
Água (para preparo de suco) <sup>2</sup>		180mL						
Custo diário médio	R\$ 8,33	R\$ 12,58	R\$ 11,91	R\$ 12,19	R\$ 14,58	R\$ 12,89	R\$ 17,36	R\$ 29,00
Kcal	1.791	1.895	2.002	1.777	2.126	2.075	1.488	1.800
% de proteínas	12,4%	13,3%	12,7%	13,50%	21,8%	22,10%	17,7%	14,8%
% de carboidratos	54,0%	56,8%	53,9%	55,80%	43,3%	42,80%	43,0%	53,7%
% de lipídeos	33,6%	29,9%	33,4%	30,70%	34,8%	35,10%	39,4%	31,4%

<sup>1</sup>Utilizou-se a média da composição nutricional e do custo das fórmulas enterais comerciais padrão, normocalórica e normoproteica mais utilizadas nos municípios: Nutren 1.0®; Trophic Basic®; Nutrison Soy®. <sup>2</sup> O suco está previsto no plano alimentar enteral padronizado nestes municípios, de modo que seu conteúdo nutricional é contabilizado para o alcance das necessidades nutricionais do usuário.

As preparações enterais A, B, C e D são similares, fruto da troca de experiências entre os municípios da região, inclusive a preparação A foi padronizada em 3 dos 9 municípios analisados. Cinco das sete preparações elaboradas com alimentos incluíam em suas formulações uma determinada quantidade de fórmula

enteral comercial enquanto ingrediente da formulação (preparações enterais mistas), com o objetivo de facilitar o alcance dos macro e micronutrientes.

Considerando a composição nutricional calculada, as preparações C, E e F ultrapassaram o valor energético diário previsto (1.700 a 1.800 Kcal) e as preparações E e F ultrapassaram o parâmetro estipulados para o percentual de proteínas (de 10% a 20% para dietas normoproteicas). No entanto, preparações enterais elaboradas com alimentos tendem a sofrer perdas nutricionais pós-peneiração, principalmente aquelas que incluem alimentos formadores de resíduos (carnes e vegetais), sendo assim, para analisar o conteúdo nutricional destas preparações o ideal seria realizar uma análise laboratorial (bromatológica) de sua composição (SOUSA; FERREIRA; SCHIEFERDECKER, 2014; JANSEN et al., 2014b). A preparação G apresentou baixo conteúdo energético estimado (1.488 Kcal), e somando-se à possibilidade de perdas nutricionais pós-peneiração, esta preparação não seria capaz de atender às necessidades nutricionais de indivíduos com gasto energético diário em torno de 1.800 Kcal.

O custo diário estimado das preparações enterais elaboradas com alimentos variou de R\$ 8,33 (A) a R\$ 17,36 (G), sendo o custo médio de R\$ 12,84. No entanto, os municípios que padronizaram preparações que têm como ingrediente uma certa quantia de fórmula enteral comercial (preparações A, B, C, D, E e G), realizam o fornecimento do quantitativo de fórmula comercial necessário para elaboração da preparação enteral mista prescrita. Nestes casos, o custo médio diário estimado para o usuário (descontando o valor da fórmula comercial que é fornecida pelo município) seria de R\$ 6,74. Já para garantir o mesmo conteúdo nutricional (cerca de 1.700 Kcal) por meio de fórmula enteral comercial o custo diário seria de R\$ 29,00.

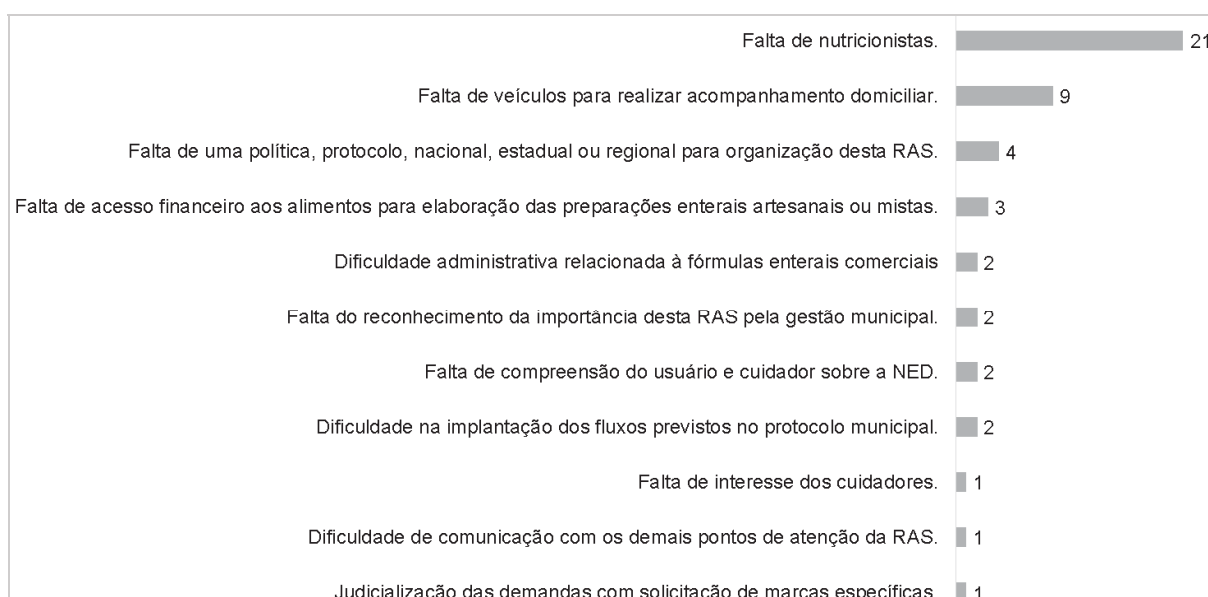
A prescrição de preparações enterais elaborados com alimentos demanda a garantia do acompanhamento nutricional para estes indivíduos, sendo assim, municípios que não dispõem de nutricionista na RAS, fornecem apenas fórmulas enterais comerciais. Em 2017 o município de Piraquara, que também compõe a 2ª RS do Paraná, publicou o relato de sua experiência com a incorporação de preparações enterais mistas em seu protocolo municipal, que teve como objetivo a redução dos custos desta RAS e a garantia de que o usuário em NED tivesse acesso a 100% de suas necessidades nutricionais, (SOUSA; WILL, 2017). Anteriormente à incorporação das preparações mistas Piraquara realizava o

fornecimento de 50% das necessidades nutricionais do usuário por meio de fórmulas comerciais, devendo o restante ser custeado pelo usuário (SOUSA; WILL, 2017). Um ano após a incorporação das preparações mistas no protocolo, o custo médio por usuário em NED atendido no município reduziu 48%, o que permitiu a contratação de mais nutricionistas para atuação na Atenção Básica (SOUSA; WILL, 2017). Municípios de outros estados, como Belo Horizonte e Campinas, também já publicaram relatos de experiências com a incorporação de preparações elaboradas com alimentos e mistas nos protocolos de atenção nutricional os usuários em NED (ZABAN; NOVAES, 2009; JANSEN et al., 2014a).

#### 4.2 FRAGILIDADES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

Os entrevistados foram questionados sobre quais eram as maiores fragilidades da RAS aos usuários em NED em seus municípios. A Figura 10 apresenta o número de vezes que cada aspecto, considerado uma fragilidade da RAS aos usuários em NED, foi citado nas entrevistas com os 29 municípios da 2ª RS do Paraná.

Figura 10 - PRINCIPAIS FRAGILIDADES DA RAS AOS USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ

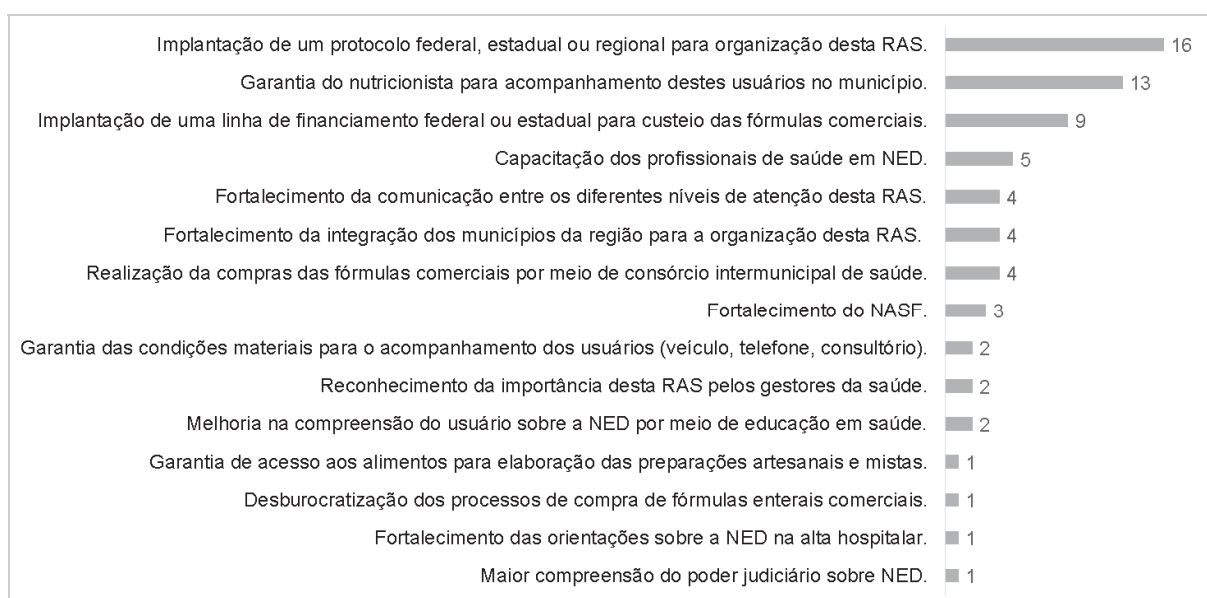


Fonte: A autora (2022).



A partir do relato sobre as maiores dificuldades para a garantia da atenção nutricional e acesso à alimentação adequada aos usuários em NED, os entrevistados foram questionados sobre o que poderia contribuir para o fortalecimento desta RAS. A Figura 11 apresenta o número de vezes que cada sugestão para a melhoria desta RAS foi citada nas entrevistas com os 29 municípios da região.

Figura 11 - SUGESTÕES PARA O FORTALECIMENTO DA RAS AOS USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ.



Fonte: A autora (2022).

A principal queixa, citada por 21 municípios, foi a falta do nutricionista para realizar o acompanhamento nutricional dos usuários em NED, e a presença do nutricionista foi citada por 13 municípios como a principal estratégia para a melhoria desta RAS. Dos 29 municípios da região, 8 (5 municípios de pequeno porte e 3 municípios de médio porte) não dispunham de nutricionista no SUS municipal.

“Eu acho assim, no momento pra gente o mais difícil é que nós não temos o profissional nutricionista, então tipo ele seria crucial. Tanto uma discussão que a gente faz agora é que, o que que está acontecendo, a gente tem um protocolo estabelecido, a gente está fornecendo a fórmula, mas a gente não tem como acompanhar qual que é o resultado deste programa. Então simplesmente dizer que a gente está fornecendo uma fórmula, e que ela tá tendo resultado, que ela tá refletindo na qualidade de vida do paciente a gente não tem como dizer, porque a gente não tem minimamente esta avaliação do nutricionista. E por mais que os outros profissionais possam fazer uma avaliação mínima, ela não será a mesma do nutricionista. Então eu acho que essa é a nossa maior dificuldade, é não ter o profissional.” P11

Nestes locais, quando há complicações em relação ao fornecimento da fórmula enteral prescrita (município não dispõe do produto ou da marca prescrita) ou ao manejo da NED (usuário não tolera bem a dieta) o responsável pelo fornecimento das fórmulas enterais no município (comumente um farmacêutico ou assistente social) entra em contato com o nutricionista prescritor para solicitar apoio. No entanto, segundo os entrevistados, é comum ter dificuldades para contactar o nutricionista prescritor, pois na prescrição há apenas o contato do serviço de origem (ambulatório ou hospital), no qual nem sempre o nutricionista está disponível para responder à chamada no momento oportuno. Mesmo em municípios no qual há a presença do nutricionista na RAS, muitos entrevistados se queixaram do baixo quantitativo de profissionais, pois é comum em municípios de pequeno e médio porte a presença de apenas um nutricionista, o qual é responsável por coordenar as ações de alimentação e nutrição (por exemplo, coordenar o fornecimento de fórmulas infantis e enterais, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro) e realizar a atenção nutricional de toda a população adscrita.

“...eu acredito que tendo mais um profissional para auxiliar vai ajudar muito porque só uma nutricionista para ver todos os casos do município é bem complicado, porque não tem só a dieta enteral, tem as crianças, a questão de fórmula, tem meus pacientes que eu atendo no consultório em consulta convencional, né, então é tudo para uma nutricionista só da saúde.” P07

“...e eu acredito até que é possível uma implementação de uma política pública que exigisse um mínimo de nutricionistas por população, eu acho que a gente conseguiria fortalecer um pouco mais sabe, a gente poderia exigir, porque infelizmente nem todos os municípios na gestão vão entender a necessidade até que a gente prove ou tenha uma lei que obrigue eles a contratar estes profissionais, a gente no atendimento que vê realmente na pele essa necessidade.” P09

Diante destes relatos, observa-se que muitos gestores municipais não consideram o acompanhamento nutricional dos usuários em NED como condição essencial para o sucesso deste tratamento. A atenção nutricional aos usuários em NED vai além do fornecimento de insumos (frascos, equipos, fórmulas enterais), sendo o seu acompanhamento por nutricionista uma peça-chave do cuidado à saúde. Cabe destacar que o Conselho Federal de Nutricionistas, em sua Resolução nº 600 de 2018 (CFN, 2018), prevê as atribuições do nutricionista na assistência em

domicílio, onde se incluem: realização do diagnóstico nutricional, prescrição dietética, monitoramento da evolução da terapia nutricional, e orientação dos cuidados quanto ao preparo e manejo da dieta.

Outro aspecto, que tem relação com a garantia de nutricionistas para o atendimento aos usuários em NED, é a presença do nutricionista no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Alguns municípios (n= 3) citaram a importância do fortalecimento do NASF enquanto estratégia para fortalecimento do acompanhamento nutricional destes usuários.

“Eu vejo claramente aqui a piora da situação durante a pandemia devido ao enfraquecimento do NASF, tá. Porque o que acontece, quando a gente tem uma equipe multiprofissional atendendo na ponta, a gente consegue reduzir o número de pacientes que chegam a receber dieta enteral, entendeu. Porque a gente consegue antes do paciente desenvolver um problema, por exemplo, paciente tem uma diabetes descompensada, [...] ele tem o atendimento nutricional e acesso a um grupo de atividade física, ele já consegue reverter uma situação [...]. Então eu acho que só isso daí, a longo prazo a gente já tem e a curto prazo também, porque o paciente muitas das vezes é passado sonda no hospital e em duas semanas o município vai lá e faz a visita domiciliar, entendeu, então isso daí ele já reduz muitas complicações. Às vezes a família tem medo, então a gente chega e fala, ‘não, ele precisa, ele não consegue comer e tudo mais’, o nutricionista na ponta tendo acompanhamento, ele consegue propor estratégias pra, por exemplo, ‘ah vamos fazer uma transição para iniciar um processo de alimentação’. Então vai a fonoaudióloga, ela avalia, está deglutindo, já começa a introduzir a alimentação, vai reduzindo a dieta enteral. Então para mim o que falta de política pública é um apoio para o nutricionista na ponta, eu vejo porque eu fui profissional NASF, eu vejo que profissional NASF é essencial. Então políticas de apoio ao NASF para mim é número um”. P09

“...a ausência do NASF eu acho que também interfere, porque ter só nutricionistas na gestão e não ter no NASF impossibilita muita coisa, principalmente em entender a problemática da residência, de qual é a dificuldade que aquele paciente tem num âmbito mais geral em relação a saúde, não somente a questão alimentar”. P22

Apesar do NASF ainda estar previsto na Política Nacional da Atenção Básica, após a publicação da Portaria 2.979 de 12 de novembro 2019, que extinguiu o incentivo de custeio federal às equipes do NASF, há uma preocupação quanto à manutenção destas equipes e garantia do cuidado multiprofissional na Atenção Básica (PAULINO et al., 2021). Por exemplo, um dos municípios entrevistados, citou a experiência com a desconstrução desta equipe após a extinção do repasse federal.

“O NASF foi destituído por esta gestão, eu estava nele, fui eu quem ajudei a montar [...] A perda do NASF, que foi geral para todos os municípios, não foi só o meu município que perdeu, mas perdeu esta força em muitas regiões. Isto também trouxe um impacto, mas se a gente conseguisse fortalecer o benefício da nutrição no geral, quem sabe a gente tire esta ideia da alopatia tão forte e que a prevenção seja mais forte.” P23.

Além o NASF, o nutricionista também tem um importante papel nas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar, que compõem o Serviço de Atenção Domiciliar previsto na Política Nacional de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2016). Este serviço tem o objetivo de substituir a atenção hospitalar ou complementar o atendimento realizada pela Atenção Básica (BRASIL, 2016). Usuários em NED se beneficiariam do atendimento desta equipe, no entanto este serviço só pode ser implantado em municípios com mais de 20.000 habitantes, que dispõem de hospital municipal ou regional e que tenham a cobertura do SAMU (BRASIL, 2016). Dos 29 municípios analisados, somente dois tinham o Serviço de Atenção Domiciliar implantado, porém ele não foi citado durante as entrevistas.

No entanto, o fortalecimento da atenção nutricional vai além da presença do nutricionista, por exemplo, a falta de conhecimento e atualização do profissional sobre a nutrição enteral domiciliar é um impeditivo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Apesar do Ministério da Saúde ter publicado o caderno sobre Cuidados em Terapia Nutricional na Atenção Domiciliar (BRASIL, 2015), é preciso investir em estratégias de educação permanente sobre NED para profissionais de saúde. A educação permanente em saúde, prevista enquanto política nacional do SUS, é um mecanismo de aprendizagem significativa que promove a reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão e permite a transformação das práticas institucionais (BRASIL, 2009). Ela difere da educação continuada, que adota estratégias descontinuadas de capacitação para promover a aquisição cumulativa de informações técnico-científicas. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, a Educação Permanente é uma das competências que deve ser desenvolvida nos graduandos de nutrição, relacionando-se à capacidade de aprender continuamente tanto na sua formação quanto na sua prática (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001). A necessidade da qualificação dos profissionais de saúde acerca da NED foi apontada por 4 municípios.

“Não temos mão de obra suficiente e até mesmo, às vezes, qualificada porque muitos profissionais às vezes pararam no tempo, né, nós temos aí nutricionistas formadas, mas não sabem administrar uma dieta enteral.” P18

“Talvez também investir mais na formação das equipes né, porque as equipes de saúde não sabem também orientar muita coisa sobre dieta enteral por não ter esse contato tão próximo quanto um hospital né, então muitas vezes o paciente está no domicílio e a equipe também não sabe muito bem como orientar.” P17

A falta de veículos para realizar o acompanhamento domiciliar dos usuários em NED foi citada como uma das principais fragilidades desta RAS por 9 dos 29 municípios entrevistados. Muitos alegaram que estas visitas não são vistas como prioridade e por isto há dificuldade de agendamento de carro para esta finalidade. Enquanto forma de contornar esta situação, alguns municípios alegaram que solicitam que o cuidador do usuário em NED (quando o usuário está acamado ou debilitado) compareça ao ambulatório ou secretaria de saúde para receber as orientações do nutricionista ou realizam contato telefônico com o usuário e cuidadores na impossibilidade de realizar a visita.

A falta de um protocolo com diretrizes nacionais, estaduais ou regionais para a organização desta RAS foi citada por 4 municípios como uma das principais fragilidades desta rede e para 16 municípios a implantação deste protocolo seria uma das principais estratégias para o seu fortalecimento. Na ausência desta regulamentação, cada município apresenta um processo diferente de organização da atenção à saúde, no entanto, os usuários se deslocam frequentemente entre os municípios da região e a falta de padronização desta rede prejudica a continuidade do tratamento.

“Outra questão que eu vejo muito difícil é que às vezes a gente tem muita, principalmente estes pacientes que são especiais, que precisam da nutrição via sonda, alguns deles eles meio que são volantes. Então ora eles estão no mesmo município, ora eles estão em outro município que é vizinho ou vão para uma região um pouco mais desenvolvida... aí não se conversam, o que eu forneço aqui, não é que o se fornece lá. A gente não tem uma padronização neste sentido no âmbito regional, aí dificulta porque às vezes o paciente vem pra cá e ele tem que fazer o meu processo, eu avalio o processo, libero para ele, e aí quando ele vai para o outro município é totalmente diferente, o fluxo totalmente diferente, então não tem essa integração entre os municípios quanto ao fornecimento destas dietas ou esse programa, não tem uma rede assim onde todo mundo fala igual. É diferente de medicamentos, onde pelo menos uma lista básica é igual entre todos os municípios, já para fórmulas não é, às vezes nem o mesmo o critério utilizado para fornecer é o mesmo, tem município que utiliza puramente o critério renda, ‘ah você tem uma renda que é compatível que você compre esta fórmula’, diferente do nosso município, que a gente faz

essa avaliação da renda mas a gente está preocupado com a patologia, se é um paciente que precisa da nutrição para melhorar a condição de saúde a gente vai fornecer, não vai levar puramente o critério renda. Seria importante um protocolo regional.” P11

“...uma luta minha é a questão do protocolo que eu acredito que é fundamental em relação a alimentação... Um protocolo ele organiza melhor o serviço né, um serviço mais bem estruturado ele consegue atender maior número de pessoas com maior qualidade, e entra na questão da equidade também no serviço de saúde.” P07

“A ideia de uma padronização de um protocolo entre os municípios eu acho fundamental porque justamente a gente tem um critério né, porque hoje em dia infelizmente quando você tenta implementar alguma situação você tem a rejeição, quando você tem uma política que todos os municípios vão fazer a mesma coisa não tem muito como rebater né.” P09

“Eu acredito na questão da implantação de protocolo acho que funciona muito bem nesse sentido principalmente quando a gente vê aquela discussão entre serviços né, no caso hospitais, ambulatórios e atenção básica né, como é difícil essa comunicação até porque muitas vezes cada município trabalha de uma forma, um município o gestor é nutricionista já no outro é farmacêutico ou assistente social...além disso a gente pensar em âmbito metropolitano ou em nível de governo mesmo no Paraná de algo mais padronizado, e de repente instituído é muito mais fácil para um hospital ou serviço ambulatorial fazer um encaminhamento mais correto e já saber de que forma a gente vai fazer a assistência desse usuário dentro do serviço.” (P22)

Aliada à implantação de um protocolo, a criação de uma linha de financiamento federal ou estadual para auxiliar os municípios na compra de fórmulas enterais comerciais, como já existe para compra de medicamentos, foi citada por 9 municípios como estratégia fundamental para a melhoria da RAS.

“Então, hoje um dos problemas é o custo disso tudo, né, então o custo de dietas e os materiais utilizados, porque não é só a dieta, nós temos frascos, equipes, extensores, as sondas, enfim, e hoje a gente não tem um recurso, por exemplo, vindo para cada município. O município ele tem que adquirir com o próprio recurso, nós não temos programas que nos enviem recurso financeiro para que a gente possa adquirir todos estes materiais.” P18.

“Eu acho que deveria reservar, dispensar uma quantia da arrecadação para este protocolo, para este tema. Eu acho que tem que existir um recurso para isso, acho que também deveríamos ter contrapartida da União para auxiliar os estados e municípios porque hoje eu falo da realidade de um município grande, mas eu imagino a dificuldade de um município pequeno atendendo essa necessidade sem recursos de outras esferas, então eu acho que é bem importante o município ter contrapartida financeira, seja federal ou estadual”. P14

“Creio que a destinação de uma verba para isto ... e esta verba teria que vir do ministério mesmo... antes o que era eventual está se tornando frequente, e com base nesse número que a gente já tem, e no número de habitantes

naturalmente, creio que seria possível destinar uma verba para isto. Porque hoje não existe verba destinada para este tipo de serviço.” P06

Apesar da incorporação de preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas nos protocolos municipais ser considerada uma boa alternativa para nutrição enteral de indivíduos que não possuem contraindicação para tal, há a preocupação de que o usuário tenha acesso financeiro aos alimentos para o preparo da dieta. Esta fragilidade foi citada por 3 municípios, ademais, a condição de alta vulnerabilidade social é prevista como um dos critérios para fornecimento de fórmulas enterais comerciais nos municípios que incorporaram as preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas em seus protocolos. Sendo assim, os municípios acabam fornecendo fórmulas enterais comerciais para usuários que poderiam fazer uso de preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas, quando detectam que o usuário não tem condições mínimas de acesso aos alimentos ou meios de preparo (como liquidificador).

“A gente tem paciente no município que muitas vezes não tem condição de todo dia gastar uma caixa de leite [para preparar a dieta elaborada com alimentos], infelizmente não tem, aí a gente acaba fornecendo 100% de dieta industrializada.” P03

Neste sentido, garantir o acesso dos usuários aos alimentos para elaboração das preparações enterais foi apontado por um município como uma das principais ações para o fortalecimento desta rede.

“Eu acho que uma coisa que ajudaria é o acesso aos alimentos. Curitiba tem um Armazém da Família que tem um preço melhor, tem um sacolão que tem um preço fixo [...] aqui a gente não tem nenhum programa que auxilie o cidadão a ter acesso aos alimentos mais em conta para ele poder fazer a dieta enteral artesanal. Porque a gente tem famílias em situação de vulnerabilidade que não têm condição de comprar o alimento que a gente precisaria para fazer a dieta ou, às vezes, não têm nem acesso a um liquidificador, não têm acesso a luz direito. Então eu acho que teria que ter estas questões também para a gente poder garantir que ele tenha um acesso melhor aos alimentos. Eu acho que nesse sentido assim de ter um auxílio talvez financeiro ou talvez de acesso mesmo, de locais para compra de alimentos.” P17

Dificuldades logísticas relacionadas à compra e fornecimento dos insumos, bem como a falta do reconhecimento da importância da RAS aos usuários em NED, foram citadas por 2 municípios como uma das principais fragilidades da rede. As dificuldades administrativas com os processos de compra, que dependem de



licitação, algumas vezes levam os municípios ao desabastecimento de produtos. Quando a gestão municipal não prioriza a compra destes insumos esta realidade pode ser mais frequente. Estratégias para auxiliar os municípios com a compra de fórmulas enterais comerciais também foram citadas para o fortalecimento desta RAS, como a realização da compra por meio de Consórcio Intermunicipal de Saúde, com vistas a padronizar os produtos adquiridos pelos municípios na região e buscar um menor preço (n = 4), e a desburocratização dos processos de compra pública (n =1).

O impacto da não efetivação do sistema de referência e contrarreferência foi destacado na fala de um município, ao citar a “dificuldade de comunicação com os demais pontos de atenção da RAS” enquanto uma das principais fragilidades desta rede. Alinhada a esta percepção, quatro municípios citaram que o “fortalecimento da comunicação entre os diferentes níveis de atenção das RAS” como uma importante estratégia para a melhoria do cuidado aos usuários em NED.

“Hoje nós temos o Hospital XXXX, ele tem uma equipe de alta hospitalar, então tem uma equipe né que conversa com a família, que faz o treinamento, que entra em contato com o município, deixa tudo amarradinho com relatórios enfim, todo o acompanhamento, consultas agendadas. Já outros municípios às vezes, ou outros hospitais, já não têm esta prerrogativa, não tem uma alta adequada, é simplesmente dá lá uma carta, "procura lá o seu serviço e tchau", então assim não é feito por aí né, daí fica só a questão do assistencialismo mesmo, só do fornecimento, sendo que o paciente não está sendo bem assistido em questão de saúde mesmo.” P18

A falta de um sistema informatizado interligado que permita que as informações de saúde (prontuário) do usuário sejam acessadas pelos diferentes níveis de atenção e em diferentes municípios dificulta este processo, mas algumas estratégias podem ser adotadas para contornar esta dificuldade. Por exemplo, o preenchimento de um formulário que consolide as informações relevantes do usuário durante seu período de internação, permitiria que os profissionais da unidade que o referenciou compreendessem as condutas que foram adotadas durante este período de seu tratamento, favorecendo a continuidade da assistência e integralidade do cuidado (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Apesar de no contexto nacional (DELDUQUE; SILVA, 2014; PEREIRA et al., 2014; LIMA; MENDES, 2018) a judicialização em saúde ser apontada como um problema crescente na atenção aos usuários em NED, ela foi citada como uma importante fragilidade da rede por apenas 1 município durante as entrevistas. Em



consonância, apenas 1 município pontuou a necessidade de que o judiciário tenha maior conhecimento sobre o tema. Curiosamente, o único município que citou a judicialização do fornecimento de nutrição enteral como um dos maiores desafios desta rede, é também um município que fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula comercial para todos os usuários em NED.

“Bom, o que que eu acho assim, que eu sei que é a angústia de todas nós né, essas judicializações são um problema, porque veja, não tem fim. Nosso município fornece 100% de dieta industrializada, 100% das necessidades para todos os pacientes a gente fornece dieta industrializada e ainda assim não está bom. A gente tem pacientes que vão judicializar porque querem a marca X, Y, Z. Então este é um ponto, que assim, a gente precisa, eu penso que o judiciário precisa ter respaldo técnico, eles precisam compreender as coisas antes de judicializarem as demandas, então este é um ponto... Então, eu acho que o ponto principal é isso, assim, eu acho que não tem fim, não importa quanto este protocolo contemple, você sempre vai estar judicializado uma parte que quer algo específico né.” P04.

Quanto aos municípios que adotaram a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas, os entrevistados citaram que isto não impactou em um aumento de solicitações judiciais para fornecimento de fórmulas comerciais, uma vez que o acompanhamento nutricional destes usuários foi fortalecido. Abaixo são apresentados trechos das entrevistas com dois municípios que nos últimos anos reformularam seus protocolos de atenção aos usuários em NED, incluindo a prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas, e garantindo o acompanhamento nutricional mais frequente.

“...a organização e a formulação do protocolo, do fluxo, reduziram as demandas judiciais, hoje até vem alguns questionamentos, mas não a imposição de que tem que ser dieta comercial, mas questionando por que não é fornecido a quantidade prescrita. Então vem mais como uma pergunta e a gente responde como que funciona o fluxo, que existe uma normativa, uma organização, então a gente consegue responder. Se a gente não tivesse essa organização a gente teria que fornecer, só fornecer.” P21.

“Hoje, com esta reestruturação, com o nutricionista na ponta fazendo esse acompanhamento, eles entendem que o paciente não está desassistido, pelo contrário, ele está tendo um acompanhamento contínuo do serviço além de estar recebendo uma dieta que é feita com qualidade, com todos os critérios avaliados, então eu não tenho nenhuma dificuldade tanto em recusa ou algum paciente não estar aceitando, se ele não aceita a gente faz uma avaliação do porque não aceita, muitos acabam por conta querendo comprar, mas a gente sempre faz uma avaliação que existe alguns critérios, mas via ministério público acaba não vindo solicitação.” P22.

### 4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Não há uma homogeneidade no funcionamento das Rede de Atenção à Saúde aos usuários em nutrição enteral domiciliar em Curitiba e região metropolitana (2ª Regional de Saúde do Paraná), como consequência da falta de uma política federal ou estadual voltada a estes usuários. A maioria dos municípios da região realiza o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para suprir todas as necessidades nutricionais dos usuários em nutrição enteral domiciliar, cujo custeio se dá exclusivamente com recursos municipais. No entanto, há uma tendência da incorporação de preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas nos protocolos municipais, e os municípios que o fizeram relataram uma redução dos custos com a atenção nutricional destes usuários, o resgate do valor social do alimento e o fortalecimento do acompanhamento nutricional.

A prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas exige a presença do nutricionista para o acompanhamento destes usuários, considerando que alguns municípios não contam com nutricionista no SUS municipal, esta alternativa não seria viável em toda a região. Há também a preocupação quanto a composição nutricional destas preparações enterais e faltam estudos que apresentem preparações enterais elaboradas com alimentos e mistas nutricionalmente completas, com adequada viscosidade e osmolaridade. Parcerias entre prefeituras e instituições de ensino podem auxiliar no processo de seleção de preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas para serem incorporadas nos protocolos municipais, por meio da análise laboratorial destas formulações, para garantir sua qualidade nutricional.

A falta de nutricionistas para realizar o acompanhamento dos usuários em nutrição enteral domiciliar é vista como a principal fragilidade desta RAS pelos municípios da região e implantação de um protocolo nacional, estadual ou regional para padronizar o funcionamento desta rede foi apontada como a principal estratégia para garantir a atenção à saúde adequada e estes usuários. A necessidade de uma linha de financiamento federal ou estadual para auxiliar os municípios na compra das fórmulas comerciais e insumos necessários à alimentação enteral domiciliar (sondas, equipos, frascos) também foi apontada por muitos municípios.

## **5 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DO PARANÁ**

Este capítulo é destinado à apresentação dos resultados da Fase 3 desta pesquisa, e tem o objetivo de analisar as políticas públicas e arranjos institucionais da RAS voltados à efetivação do DHAA aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS do Paraná. Para alcançá-lo, utilizou-se o referencial teórico do ciclo de políticas públicas, a partir do modelo proposto por Lasswell e adaptado por Howlett e Ramesh (BAPTISTA; REZENDE, 2015a; BAPTISTA; REZENDE, 2015b), para analisar os dados empíricos coletados na Fase 2.

### **5.1 O CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Iniciou-se nos séculos XIX e XX as pesquisas no campo da ciência política, em busca da racionalização do entendimento do processo político e a identificação de suas fases. Mattos e Baptista no livro “Caminhos para análise das políticas de saúde” aprofundam o processo de construção da ciência política (BAPTISTA; REZENDE, 2015a). Esta área da ciência recebeu destaque após a segunda guerra mundial, em especial nos Estados Unidos e Inglaterra, com o objetivo de compreender as necessidades e interesses da sociedade e o processo de implantação das políticas para seu alcance. Foi neste período, entre 1930 e 1940, que o cientista social Harold Lasswell propôs uma abordagem do processo político que envolvia diferentes fases da formulação e desenvolvimento da política pública. Em seu livro publicado em 1951, Lasswell apresenta a seguinte divisão do processo de implantação das políticas no âmbito governamental: 1) informação; 2) promoção; 3) prescrição; 4) invocação; 5) aplicação; 6) término; 7) avaliação.

Este modelo sofreu críticas de muitos pesquisadores, dentre elas: a análise considera somente políticas construídas dentro do aparelho estatal; é demasiado racional, como se a construção de políticas fosse um processo unicamente administrativo funcional; a linearidade do ciclo, uma vez que o processo decisório é interativo e não apresenta início ou fim e sofre modificações durante seu curso (BAPTISTA; REZENDE, 2015a). No entanto, mais importante que a sequência das fases, o modelo de Lasswell defende que a implantação de uma política pública é

composta por estágios com características distintas (RAEDER, 2014). E, apesar das críticas, este modelo segue sendo referência neste campo da ciência e vários analistas políticos o utilizaram para desenvolver seus estudos e propor novos modelos, adaptando a ideia original de Lasswell, mas mantendo o entendimento da existência de um ciclo de construção das políticas públicas com diferentes fases.

Quase quarenta anos após a publicação do modelo de Lasswell, Howlett e Ramesh apresentaram sua versão adaptada, onde as sete fases originalmente propostas foram condensadas em cinco: 1) montagem da agenda; 2) formulação da política; 3) tomada de decisão; 4) implementação; 5) avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2015a). Apesar de mais sucinto, o modelo adaptado por Howlett e Ramesh engloba todo o processo identificado por Lasswell e destaca fases que não haviam sido consideradas originalmente. Segundo Mattos e Baptista, no modelo adaptado por Howlett e Ramesh:

...prevalece a ideia de que uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política. Esta é a ideia de ciclo da política que até os dias atuais é bastante divulgada e trabalhada nos estudos de política. (BAPTISTA; REZENDE, 2015a, p. 227).

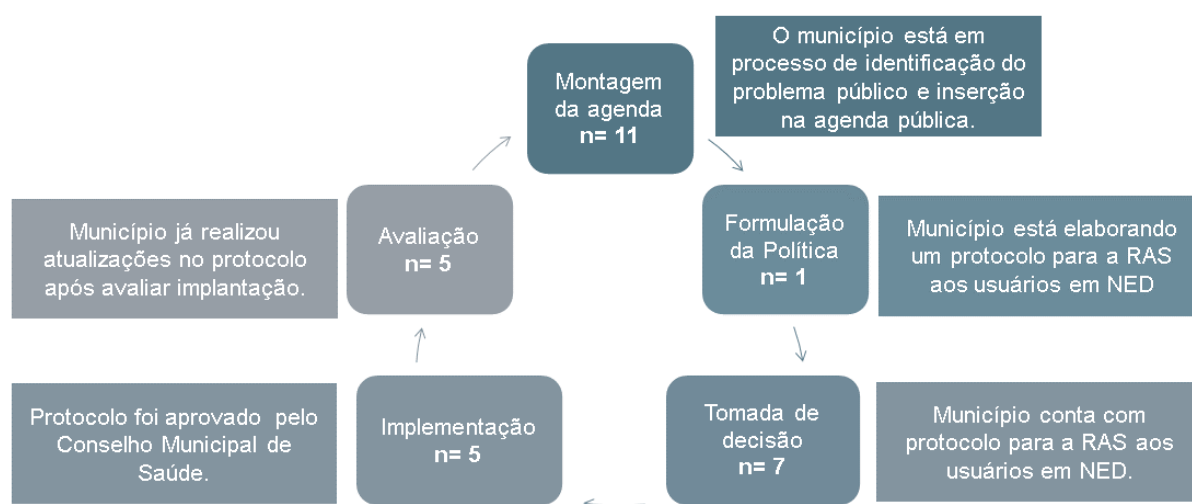
Embora o ciclo de políticas públicas tenha sofrido críticas ao longo dos anos, a percepção de que o processo de construção das políticas ocorre em diferentes fases, cada qual com suas especificidades, amplia o conhecimento e a possibilidade de intervenção no processo político. Considerando a relevância do modelo adaptado por Howlett e Ramesh no estudo das políticas públicas atualmente, este trabalho teve como base este modelo.

## **5.2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ARRANJOS INSTITUCIONAIS À LUZ DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Durante as entrevistas com os gestores municipais, realizadas na Fase 2 deste trabalho, os participantes responderam perguntas (APÊNDICE 1) sobre o que tem sido feito para fortalecer a RAS voltada aos usuários em NED, se há um programa ou protocolo municipal que oriente o funcionamento desta rede, sua data de implantação e última atualização e se foi aprovado pelo conselho municipal de

saúde. A partir de suas respostas, que serviram como *proxys*<sup>3</sup>, cada município foi classificado em uma das fases do ciclo de políticas públicas. A Figura 12 apresenta o total de municípios analisados inseridos em cada fase do ciclo de políticas em relação às suas políticas e arranjos institucionais que visam a garantia do DHAA aos usuários em NED. Os nomes dos municípios não foram expostos em respeito às condições de confidencialidade garantidas no TCLE.

FIGURA 12 - POSIÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ NO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS



FONTE: A autora (2022).

### 5.2.1 Montagem da agenda

Dos 29 municípios analisados, onze foram considerados na etapa da Montagem da Agenda, pois estavam em processo de reconhecimento do problema público ou de sua inserção na agenda pública. Destes onze municípios, sete ainda não tinham concluído o reconhecimento do problema público, ou seja, os gestores ainda não identificavam a necessidade de implantar uma política municipal voltada à garantia do DHAA aos usuários em NED. Dentre estes sete, apenas dois municípios contavam com nutricionista na RAS e cinco eram municípios de pequeno porte, que dispunham de poucos ou nenhum usuário em NED, o que explica porque a gestão municipal não via a necessidade de uma política voltada a estes indivíduos.

<sup>3</sup> Proxy é uma variável utilizada no lugar da real variável de interesse, a qual não pode estar disponível, ser muito cara, difícil ou muito demorada de medir.”

Quando uma situação passa a ser reconhecida como problema público, a fase seguinte seria sua inclusão na agenda, seja ela agenda política ou formal (SECCHI, 2013). Dos onze municípios identificados nesta fase, quatro (três de médio porte e um de pequeno porte) estavam em um momento de inserção do problema na agenda pública. Estes municípios não dispunham de política ou protocolo municipal voltado à garantia do DHAA aos usuários em NED, no entanto, durante as entrevistas foi possível identificar que reconheciam esta lacuna enquanto problema público e o tinham inserido na agenda municipal, pelo seguinte: dois municípios alegaram estar estudando a elaboração de um protocolo municipal para a organização da RAS aos usuários em NED, um município estava em processo de contratação de nutricionista para acompanhamento destes usuários e um município estava em processo de negociação da contratação de um nutricionista para esta demanda.

“Eu estava estudando, procurando informação, até cheguei a pesquisar alguns protocolos de outros municípios, estava até pesquisando sobre isto, para implantar um protocolo no município (voltado à RAS aos usuários em NED)”. P13

“Na atenção básica, a coordenadora vem cobrando a contratação do nutricionista, pois é uma necessidade, é um profissional que tem um papel importante, não só na questão da dieta. Então vem sendo conversado com a secretária de saúde para disponibilizar este profissional pro município.” P02

O movimento da gestão municipal em prol da contratação de um nutricionista para a RAS aos usuários em NED mostra a preocupação em garantir o cuidado nutricional destes indivíduos, o que indica que o problema público já foi inserido na agenda municipal e este seria um passo inicial para seu enfrentamento. Em um momento mais avançado, estão os municípios em processo de estudar e aprofundar os conhecimentos sobre do tema para embasar a elaboração de uma política municipal (protocolo) para a garantia do DHAA aos usuários em NED, o que também indica que o problema da inexistência de uma política neste campo já está inserido na agenda do município.

A agenda política, ou sistêmica, é formada por um conjunto de problemas que a comunidade política entende que são prioritários e necessitam de intervenção pública (SECCHI, 2013). Já a agenda formal, ou institucional, é onde os problemas que o poder público já decidiu enfrentar estão elencados (SECCHI, 2013). Há

também a agenda da mídia, composta por problemas que recebem grande destaque dos meios de comunicação, o que acaba por influenciar a formação das demais agendas (SECCHI, 2013).

Segundo Secchi (2013), para que um problema seja inserido na agenda, ele deve atender aos requisitos: atenção, resolatividade e competência. Atenção significa que o problema é enxergado por diferentes atores da sociedade, como cidadãos, mídia e grupos de interesse (comerciantes, empresários, categorias profissionais, etc.). O problema também precisa ser passível de resolução e deve ser de competência do poder público. Durante as entrevistas, alguns gestores explanaram o processo de identificação deste problema público e sua inserção na agenda:

“Quando eu iniciei com esse programa eu tinha muita essa visão de que 'não, fórmula, nutrição, não é responsabilidade do município'. Só que daí quando eu entrei no programa e comecei a calcular custos, e aí o mesmo cálculo que eu fazia para medicamentos, eu fiz para as fórmulas né. E aí como aqui no nosso município a renda per capita é muito baixa, então aí o mesmo cálculo que eu fazia para medicamentos, quando pensava assim 'nós não podemos ter falta de medicamentos porque isso vai ter um impacto muito grande no orçamento das famílias' então eu pensava assim, basicamente como se eu fosse um paciente que ganhasse um salário-mínimo... Daí eu levei este cálculo para as fórmulas, geralmente estas famílias nem tem renda, ou se é um paciente que já está usando fórmula não tem nem condição de trabalhar, ou está vivendo de algum benefício do governo. Então quando a gente coloca a conta na ponta do lápis, o custo que tem para o município fornecer estas fórmulas é mínimo se a gente for pensar, do que a gente jogar este custo pro paciente. Então, ah, vamos pensar numa fórmula que seja minimamente barata, uma fórmula padrão, que uma lata vai custar 40 reais, só que o paciente não vai usar uma única lata, então vamos jogar 4 latas, mesma coisa, eu não posso jogar um custo de quase 20% da renda do paciente para ele adquirir um tratamento de saúde que é previsto na constituição. A fórmula não está prevista na constituição, mas a assistência está prevista. Então eu tive muito essa mudança assim, quando eu entrei na gestão do serviço eu pensava muito no custo, isso vai custar tanto e a gente vai atender tanto, só que daí depois eu pensei a ter um outro olhar, a gente não pode só se basear na questão do custo, a gente tem de pensar nos benefícios que isso vai trazer tanto pra população, quanto pra gestão. Acho que a implantação tanto deste protocolo, seja de fornecimento de fórmula, seja com fornecimento de medicamentos, é pensando no bem coletivo sim, né, e que ele traz um impacto muito grande para gente. Então se eu deixo de fornecer, sei lá uma fórmula, ou um medicamento, o impacto que isso vai ter para mim daqui dois, três ou quatro anos é muito grande. Então eu acho que eu tive essa mudança de visão a partir da gestão destes programas.” P11

Uma vez inseridos na agenda, os problemas públicos também precisam ser ordenados por prioridade, o que pode ser a etapa mais difícil para os governantes (SECCHI, 2013). Esta lista de prioridades é dinâmica, os problemas ganham e

perdem prioridade no curso do tempo devido a episódios marcantes (epidemias, desastres naturais, guerras), sazonalidade (enchentes frequentes no verão e períodos de seca) ou quando uma situação retoma progressivamente à normalidade (após conflitos violentos e problemas de segurança nacional). A permanência de um problema público na agenda também não é garantida, mesmo diante de sua não resolução, os problemas entram e saem da agenda por diferentes motivos, como limitação de recursos humanos e financeiros, falta de tempo, interesse político ou falta de pressão popular.

### **5.2.2 Formulação da política**

Esta etapa, também chamada de formulação das alternativas, consiste na construção de soluções para o problema identificado e inserido na agenda (SECCHI, 2013). Inicia-se com a definição do objetivo, o que se espera com a implantação da política. Na sequência, é preciso analisar as consequências do problema, seus custos e possibilidades de resolução, cada alternativa deve ser estudada com cautela. Esta fase precisa ser conduzida por especialistas no tema, eles que delinearão as possíveis soluções para o problema e apresentarão para os tomadores de decisão, como o gestor municipal de saúde e prefeito.

Dos municípios entrevistados, apenas um mostrou estar nesta fase do ciclo, ao relatar que estava elaborando um protocolo municipal voltado à organização da RAS aos usuários em NED, com vistas à garantia do seu DHAA.

“Estamos em processo de elaboração, já foi entregue um esboço deste protocolo, mas ainda está passando por análise na secretaria de saúde.”  
P07

Neste município, classificado como de grande parte, o entrevistado era o nutricionista responsável pela atenção nutricional na secretaria de saúde. Vê-se, pela fala do entrevistado, que não basta a avaliação do problema e formulação da política pelo especialista, há também uma negociação da solução proposta pelo especialista junto aos tomadores de decisão, ou seja, a implantação de uma política envolve a vontade política.

É esperado que em breve mais municípios entrem nesta fase do ciclo, pois foi citado nas entrevistas a criação de um Grupo de Trabalho formado pelos



nutricionistas que atuam nos municípios da 2ª RS, voltado a compartilhar experiências e fortalecer a RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais. Um dos objetivos deste grupo é tentar padronizar o funcionamento desta rede nos municípios da região, o que tem levado alguns municípios a iniciarem a elaboração de protocolos municipais ou atualizá-los de modo a padronizar os critérios de fornecimento de insumos e a atenção nutricional aos usuários em NED.

### **5.2.3 Tomada de decisão**

Uma vez que as alternativas para o enfrentamento do problema já foram estudadas na etapa anterior, é chegado o momento da tomada de decisão, quando os atores envolvidos equalizam seus interesses e decidem pela implantação (ou não) de uma política. O meio acadêmico traz diferentes modelos teóricos que explicam a tomada de decisão, desde os modelos racionalistas (nos quais a decisão vai de encontro aos objetivos e alternativas estudadas, respeitando os limites institucionais) àqueles que compreendem que as decisões são fruto de uma construção de consensos entre atores com diferentes interesses, onde o elemento político é mais importante do que o componente técnico (SECCHI, 2013).

Kingdon propõe o modelo dos fluxos múltiplos para a compreensão da tomada de decisão (ZAHARIADIS, 2007). Segundo este modelo, os fluxos que fluem pelo sistema são independentes, apesar de existirem paralelamente, cada fluxo tem vida própria: fluxo dos problemas; fluxo de alternativas e soluções; e fluxo político. O fluxo de problemas envolve as condições que os usuários e os formuladores de políticas desejam mudar, sendo que estes últimos descobrem os problemas por meio de indicadores, eventos e feedback de ações governamentais. O fluxo das alternativas é composto pelas propostas de políticas públicas geradas por governantes, legisladores, acadêmicos, sociedade civil e pesquisadores, que aguardam o surgimento de oportunidades para expor suas soluções para os problemas. Enfim, o fluxo político consiste em três elementos: o clima nacional, campanhas de grupos de pressão e rotatividade administrativa e legislativa. Sendo assim, foram identificados na Fase de Tomada de Decisão os municípios que implantaram protocolos de atenção aos usuários em NED, mas que ainda não tinham sido aprovados pelo conselho de saúde.

Dentre municípios pesquisados, sete (um pequeno porte, três médio porte, três grande porte) encontravam-se na fase da tomada de decisão pois alegaram dispor de um protocolo municipal que orienta a RAS em prol da garantia do DHAA aos usuários em NED, mas que ainda não recebeu a chancela do conselho de saúde. O número médio de usuários em NED atendidos por estes municípios variou de três a setenta usuários ao mês. Os entrevistados indicaram que pretendem encaminhar o protocolo para análise e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, no entanto três destes municípios já dispunham do protocolo há mais de cinco anos, como é o caso de um município de grande porte que implantou o protocolo em 2007, realizou uma alteração em 2021, mas ainda não o encaminhou para análise e aprovação do conselho municipal de saúde.

“Nós nutricionistas elaboramos um protocolo, que é o protocolo que a gente segue, o protocolo que a gente orienta nas unidades de saúde, mas ele não foi validado, então ele não virou um programa municipal até o momento, ele não passou por aprovação do conselho...Não tem nem a divulgação de que existe este protocolo, então o usuário não tem acesso ao protocolo.” P04

O SUS prevê a participação de todos os seguimentos da sociedade no processo de tomada de decisão e controle sobre a execução das ações e serviços de saúde, e esta participação acontece por meio dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, formados por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários (BRASIL, 1990). A Lei nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre o controle social no SUS, coloca que os conselhos atuam na formulação e controle das políticas públicas de saúde, e a Resolução do Ministério da Saúde nº 333 de 2003 (BRASIL, 2003) inclui, dentre suas responsabilidades, a deliberação sobre programas de saúde. Portanto, para que uma política de saúde tenha legitimidade e visibilidade, precisa passar pelo processo de análise e aprovação pelo conselho de saúde. Transpondo este entendimento para o objeto desta pesquisa, os protocolos municipais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED precisam ser legitimados por meio de aprovação pelo Conselho de Saúde.

#### **5.2.4 Implementação**

Nesta fase, o governo realiza sua função de executor das políticas, utilizando-se de instrumentos da política pública para enfrentar o problema público anteriormente identificado. São vários os instrumentos da política pública, como arcabouços legais regulamentários, incentivos fiscais, transferência de renda, prestação de serviços, etc. (SECCHI, 2013). Nesta pesquisa, a implementação de uma política municipal, como um protocolo, aos usuários em NED pode ser considerada um instrumento do tipo prestação de serviços públicos de saúde.

Mesmo quando o problema publicado está evidente, o objetivo da política bem definido e suas alternativas bastante estudadas, é comum (e frustrante) que políticas públicas não se concretizem conforme o planejado. Isto pode acontecer por diferentes fatores, como falta de habilidade administrativa-organizacional, presença de interesses políticos contrários ou falta de legitimidade (SECCHI, 2013). Considerando que a legitimidade é uma das condições para o sucesso de uma política, foram considerados como na Fase de Implementação os municípios que tiveram seus protocolos municipais para os usuários em NED aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Dos municípios entrevistados, cinco (um pequeno porte, três médio porte, um grande porte) foram categorizados nesta fase. A média de usuários em NED atendidos por estes municípios variou de 7 a 30 usuários ao mês. Todos os municípios relataram que não tiveram dificuldades para a aprovação do protocolo pelo conselho de saúde. No entanto, muitas vezes a atuação do Conselho Municipal de Saúde se restringe a uma prática burocratizada, que não garante o efetivo controle social no âmbito das políticas de saúde (LANDERDHALI et al., 2010).

O estudo conduzido por Landerdhall et al. (2010) revela que nem sempre a aprovação pelo conselho de saúde garante que a política proposta tenha sido analisada detalhadamente pelos conselheiros, e também não significa que a aprovação trouxe a visibilidade destas ações para a população geral. Alinhado a este achado, ao serem questionados se as informações sobre o protocolo estavam disponíveis para o público, todos os municípios negaram e quando interrogados sobre como o usuário poderia ter acesso ao protocolo, disseram que poderia ser solicitado na Unidade de Saúde, Secretaria de Saúde ou ouvidoria.

“Ele pode ter acesso, mas ele não tem o conhecimento na verdade, a Unidade Básica que teria que informa-lo a respeito, ele tem um lugar, como no site oficial da prefeitura, em que ele esteja exposto”. P10

“Nunca foi solicitado o acesso ao protocolo, mas se solicitassem não teria problema nenhum em fornecer as informações, o usuário poderia solicitar aqui na secretaria de saúde.” P17

### **5.2.5 Avaliação**

A avaliação é a fase na qual os resultados da política serão analisados, para averiguar se houve (e quanto houve) redução do problema público (SECCHI, 2013). Nesta etapa é preciso definir critérios que forneçam parâmetros para o avaliador julgar o desempenho de uma política (SECCHI, 2013). A partir da avaliação, os atores políticos podem decidir por manter a política do jeito que está, reestruturá-la para enfrentar adversidades advindas em sua implementação ou extingui-la caso o problema público tenha sido sanado ou quando os problemas em sua implementação não são superáveis (SECCHI, 2013).

Segundo Secchi (2013), apesar de essencial, a avaliação dificilmente é realizada a rigor, com o monitoramento de indicadores de input e output, que representam respectivamente as entradas no sistema (recursos financeiros, humanos e materiais) e as saídas (produtividade de serviços e produtos). Há também os indicadores de resultado, que são relacionados à capacidade da política em resolver ou mitigar o problema identificado. A dificuldade em monitorar tais indicadores está na necessidade da constante produção e manutenção de dados, o que exige um esforço organizacional e administrativo. Outras vezes a dificuldade na avaliação da política está na falta de clareza do seu objetivo ou no tempo necessário para a sua maturação. Há pesquisadores que defendem que os efeitos de uma política levam cerca de dez anos para serem passíveis de avaliação. Por fim, a apresentação dos resultados também é um obstáculo, comumente as apresentações são pouco claras, com excesso de dados e linguagem pouco acessível.

Dos municípios avaliados, cinco se encontravam na Fase de Avaliação, caracterizada por municípios que dispunham de um protocolo municipal para usuários em NED aprovado pelo conselho de saúde e que já passou por pelo menos uma atualização. Todos os municípios que faziam parte desta categoria eram de grande porte e atendiam entre 65 e 580 usuários em NED mensalmente. Para chegar na fase de avaliação, entende-se que as outras etapas já foram percorridas, ou seja, é esperado que os municípios que estejam nesta fase apresentem uma maior maturidade sobre o tema. Sendo assim, o fato de todos os municípios desta

fase serem cidades de grande porte (acima de 40 mil habitantes) indica que o tamanho das cidades tem relação com uma maior capacidade político-administrativa da gestão da saúde, culminando em um processo mais adiantado de implantação de políticas de saúde.

O fato de o protocolo já ter sido atualizado em algum momento foi considerado decisório para classificar o município na Fase de Avaliação, pois se considera que o ato de atualizar uma política é precedido da avaliação de seus resultados. Por exemplo, não há razões para realizar alterações em uma política se não forem identificadas necessidades de melhoria ou correções por meio de um processo avaliativo. No entanto, não significa que esta avaliação foi realizada com toda a complexidade desejada, com indicadores e parâmetros que permitam avaliar com imparcialidade os resultados alcançados.

“O protocolo foi instituído a primeira vez em 2013, teve uma atualização em 2015 e uma reestruturação dele novamente, e a gente tenta em no município pelo menos de dois em dois ou três em três anos fazer uma releitura deste protocolo, daí em 2018 a gente teve alguns apontamentos de alteração e agora em 2020 com a entrada da residência da federal, a gente pediu que elas lessem este protocolo e reestruturassem alguns apontamentos, tivemos a contribuição da professora da federal que fez uma leitura do protocolo e fez alguns apontamentos e a gente fez algumas alterações. Este protocolo sempre é aprovado no conselho de saúde, agora quando a gente terminar as alterações ele vai ser apresentado de novo para o conselho para apresentar as alterações e ter a aprovação do conselho.”  
P22

O tempo médio percorrido entre a implantação do protocolo municipal e sua última atualização foi de cinco anos nos municípios identificados nesta fase. As atualizações foram motivadas, majoritariamente, pela necessidade de alterar os critérios de fornecimento de fórmulas enterais comerciais para usuários em NED e a inclusão de formulações enterais elaboradas com alimentos visando maior economicidade (razão de custo-benefício da política).

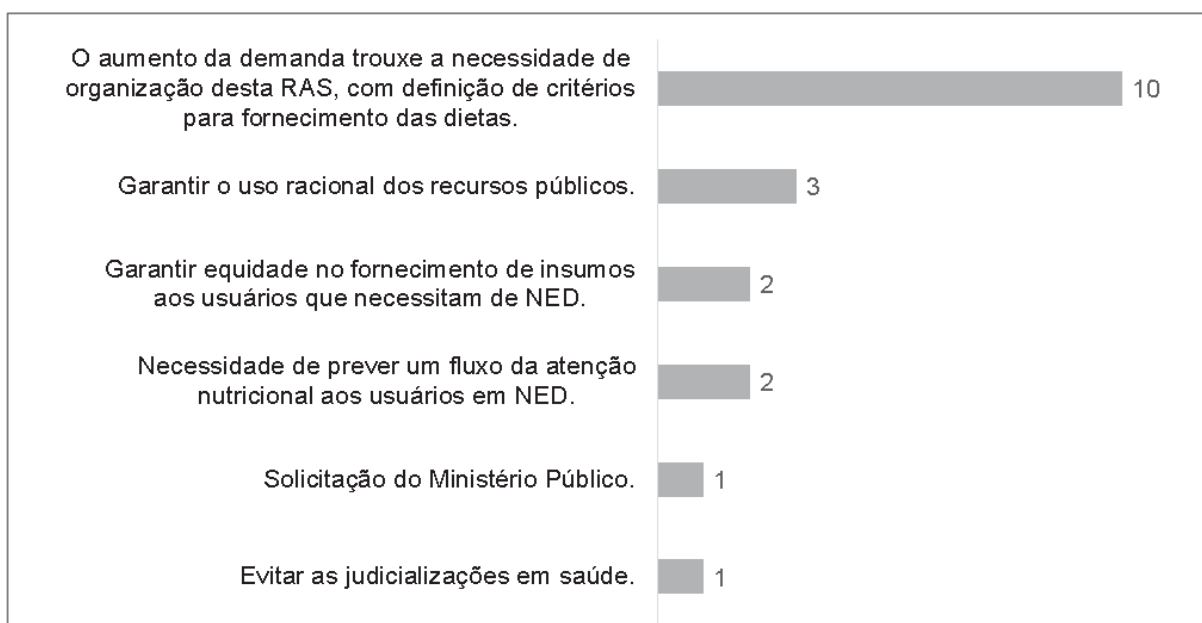
“A gente atendeu por muito tempo no município com dieta industrializada parcial, isto antes da atualização do protocolo, então acho que faz três anos que incluímos a dieta semiartesanal no protocolo... e daí garantimos 100% das calorias do paciente.” P21

### **5.3 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E ARRANJOS INSTITUCIONAIS À LUZ DO CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

A avaliação das políticas públicas depende da definição clara de seus objetivos, que podem ser concretos, como reduzir o percentual da mortalidade infantil, ou mais subjetivos, como melhorar a qualidade da assistência à saúde (SECCHI, 2013). Objetivos mais concretos facilitam a avaliação da eficácia das políticas públicas, mas dependem de uma fonte segura de dados, sua coleta e monitoramento constante. No entanto, nem sempre o estabelecimento de metas é vantajoso, pois o seu não alcance pode ser frustrante e enfraquecer uma política pública apesar de ela ter trazido resultados positivos para além do alcance da meta proposta. Ademais, nem sempre é possível definir objetivos concretos e quantitativos para uma política pública, mas nem por isto a sua avaliação deve deixar de ser feita.

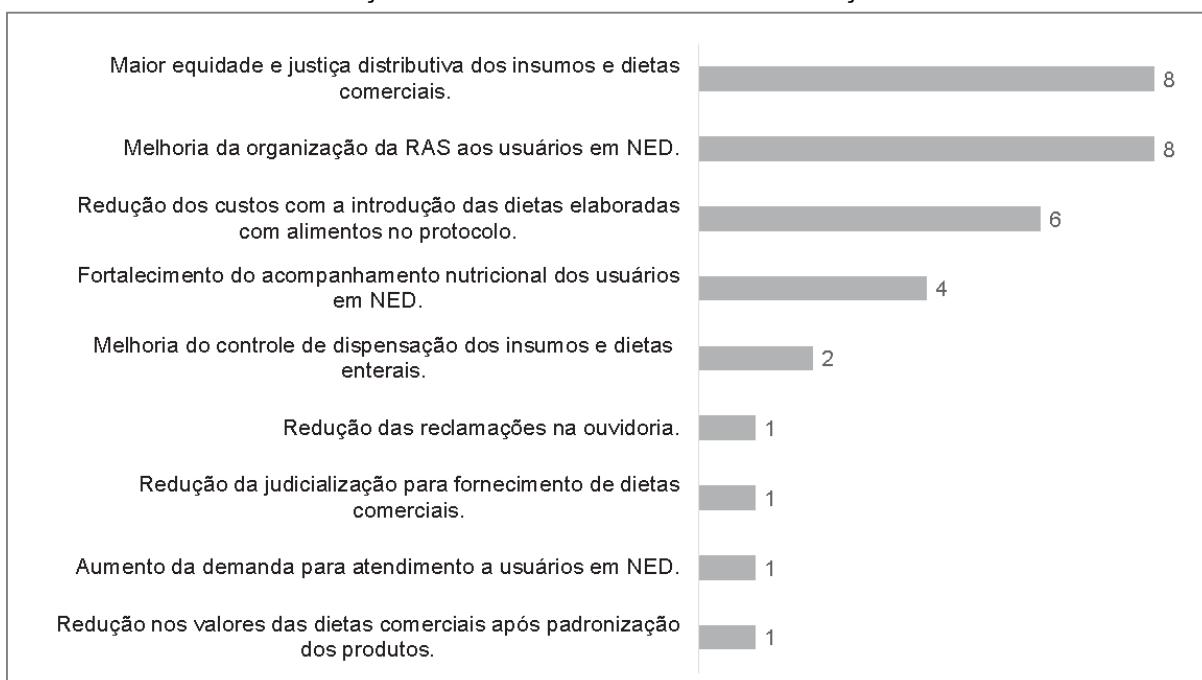
Dos 29 municípios avaliados nesta pesquisa, 17 construíram políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED. Avaliar os resultados destes 17 protocolos foi um grande desafio, haja vista que eles não compartilhavam dos mesmos objetivos e os municípios não dispunham de indicadores de monitoramento coletados de forma sistemática desde sua implementação (como total gasto com estes usuários, avaliação nutricional dos usuários antes e após implantação do protocolo, pesquisa de satisfação, etc.). Deste modo, procedeu-se com uma avaliação qualitativa dos resultados alcançados com a elaboração dos protocolos municipais, analisando quais foram suas motivações e as mudanças percebidas após sua construção. A Figura 13 apresenta a frequência que cada motivação foi citada pelos municípios que construíram seus protocolos para os usuários em NED, e a Figura 14 apresenta quantas vezes cada mudança foi citada pelos municípios.

FIGURA 13. MOTIVAÇÕES DOS MUNICÍPIOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO



Fonte: A autora (2022).

FIGURA 14 - MUDANÇAS PERCEBIDAS APÓS A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO



Fonte: A autora (2022).

A motivação mais citada (n=10) pelos municípios foi o aumento da demanda de usuários em NED, exigindo maior organização da RAS para garantir o DHAA a estes usuários. Este aumento de usuários em NED é esperado em todo o mundo, devido à crescente longevidade da população e aparecimento de doenças crônicas

não transmissíveis que podem gerar sequelas como a incapacidade de se alimentar por via oral.

“...chegou um dado momento que começou uma demanda muito grande e o fluxo era totalmente diferente. Então, havia uma demanda, eles abriram um processo em um departamento que se chamava assessoria ao cidadão, e lá mandava-se alguns dados para uma nutricionista que ficava dentro da gestão, da secretaria de saúde, ela analisava remotamente se aquele paciente deveria ou não receber ... Então, começou a ficar inviável, a gente teve o apoio da gestão então para elaborar um protocolo e organizar este fluxo né.” P04

“... já existia uma demanda de pacientes necessitando deste atendimento só que não existia nada formalizado ou regulamentado no SUS, então até hoje né todos os municípios funcionam com um funcionamento municipal desta atenção né, não tem alguma coisa federal, que veio do federal pro estadual e daí se implantou no municipal, a demanda veio local mesmo que era do município. E com a demanda, que não era um único paciente exclusivo, eram vários pedidos que começaram a surgir, precisou se criar uma organização né, um fluxo, uma normatização de como atender este usuário.” P21

Alinhado a esta motivação, dois municípios citaram a necessidade de prever um fluxo para a atenção nutricional dos usuários em NED. O estabelecimento de fluxos de atendimento permite que profissionais de diferentes níveis de atenção (atenção básica, especializada e hospitalar) atuem de forma ordenada, e garante que o processo de trabalho tenha continuidade apesar da rotatividade de profissionais.

“Essa parte de terapia nutricional ficava um pouco a desejar no meu ponto de vista assim, então ficava muito solto né, eu não conseguia criar fluxo, as unidades básicas não se envolviam... o meu pensamento do protocolo era criar fluxo e poder orientar e acompanhar as pessoas de uma maneira mais organizada. Para que eu também não me perdesse e conseguisse organizar o meu trabalho, até nessa questão que uma hora eu estava, outra hora eu não estava, então pelo menos quem viesse após conseguisse também seguir aí no trabalho.” P10

A principal motivação para construção de políticas é a percepção de um problema público (mas há também outras motivações, como a política), neste caso, o aumento da demanda de usuários em NED e a necessidade de organizar a atenção nutricional foram identificados como problemas passíveis de resolução ou redução por meio de uma política municipal. Como não há uma legislação federal ou estadual no Paraná que oriente o funcionamento desta rede, somente os municípios que construíram seus protocolos, caracterizados nesta pesquisa como um arranjo institucional e política municipal, têm seu funcionamento estabelecido, o que permite



organizar fluxos de atendimento e dispensação de insumos, fortalecendo a atenção à saúde destes usuários.

Como previsto, após construção do protocolo, oito municípios observaram uma melhoria da organização da RAS aos usuários em NED, e quatro identificaram o fortalecimento do acompanhamento nutricional destes usuários. E como esperado, estas mudanças tiveram impacto na satisfação dos usuários, como observado por um município por meio da redução do número de reclamações na ouvidoria registradas por usuários em NED e seus familiares.

“Eu acho que isso de sistematizar de ter fluxo de ter a dieta e padronizar isso foi maravilhoso porque eu acho que segue os princípios do SUS né, que a gente consegue seguir realmente, de forma integral, com equidade, então a gente consegue atender todo mundo, universalidade.” P21

“Eu acredito que com a implantação nós tivemos vários pontos positivos, como a contratação de mais nutricionistas no serviço, o acompanhamento mais próximo ao paciente, mais contínuo, o acompanhamento, avaliação domiciliar do paciente para ver toda a questão tanto de medidas antropométricas como avaliação qualitativa e quantitativa da dieta, e assim eu acredito que a tendência da utilização do protocolo ela torna o atendimento muito mais completo, mais qualificado.” P22

A garantia do uso racional dos recursos públicos foi citada por três municípios como sendo uma motivação para a realização do protocolo. Considerando que os recursos da saúde são escassos, a necessidade de otimizar sua utilização é uma constante e faz parte do princípio da eficiência da administração pública: “reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário” (CAMARGO; GUIMARÃES, 2013, p. 134). Desde modo, a redução dos custos com as ações e serviços de saúde é um importante motivador para a implantação de políticas e arranjos institucionais que regulem o acesso a medicamentos e insumos dispensados para os usuários. Isto não significa prejudicar o atendimento ao usuário, pelo contrário, garante que aqueles que necessitam não fiquem desamparados, evitando que os recursos sejam dispendidos para aqueles que não têm a necessidade. No contexto da NED, podemos entender esta problemática quando municípios adotam a prescrição de formulações enterais elaboradas com alimentos para os usuários em NED que não apresentam contraindicações para seu uso, garantindo assim recursos para a compra de fórmulas enterais comerciais para aqueles que precisam deste insumo (como

usuários com condições de saúde que exigem fórmulas especializadas, como doenças renal, hepática ou disabsortiva, ou aqueles que não têm condições socioeconômicas para elaborar as formulações caseiras).

“A ideia principalmente de utilizar as dietas moduladas para pacientes que usam alimentação via sonda era por conta do custo elevado que estava representando para o município, o recurso que estava sendo investido no fornecimento de dieta 100% industrializada. Então como o fornecimento ele é financiamento só com verba municipal, eles determinaram um teto, um limite de gastos na época, e ia ter que se virar com aquilo. Então como não era um valor suficiente, aí foi se estudar essa possibilidade de usar dieta modulada... E aí acabou culminando neste protocolo com as dietas enterais por conta do recurso” P12

“A gente viu a necessidade de primeira coisa o uso consciente do recurso público, a gente utilizar o recurso público de forma correta, verificando a necessidade mesmo do paciente estar utilizando a dieta.” P22

Após construção dos protocolos municipais, seis municípios perceberam redução dos custos a partir da inclusão de formulações enterais elaboradas com alimentos na atenção nutricional dos usuários em NED, dois municípios relataram melhoria no controle de dispensação dos insumos e fórmulas enterais e um município observou redução no custo com as fórmulas enterais comerciais após a padronização dos produtos. Nos municípios que não dispõem de um protocolo para organização da RAS aos usuários em NED, é comum adquirir os insumos prescritos por meio de compra direta, uma vez que não há padronização dos produtos e previsão anual de compra para subsidiar a realização de uma licitação. A compra direta pode culminar em preço mais alto do produto, haja vista que é realizada em situações emergenciais, onde a necessidade do produto permite a dispensa da licitação (desde que o gasto seja inferior a R\$50.000,00) (BRASIL, 2021). Deste modo, a implantação de protocolos pode auxiliar na redução do custo com insumos e materiais por meio da padronização dos produtos e compra por licitação. Todos estes resultados atendem ao objetivo da política de garantir o uso racional dos recursos públicos citado por três municípios.

“O protocolo também foi uma medida para diminuir o custo né, até mesmo para a gente poder estar fazendo uma triagem destes pacientes, mas o protocolo veio sim para somar e diminuir o custo... Mudou também até a questão de administração destas dietas né, mudou até a padronização, ser algo padronizado no município...Ter um controle também de dispensação, enfim” P03

“Eu acredito que agora o custo é um problema menor porque a gente tem conseguido se manter dentro do teto estipulado e o valor que ultrapassa o teto ele não é ocasionado pelo fornecimento das fórmulas comerciais da dieta enteral, mas pelas fórmulas infantis de APLV (alergia à proteína do leite de vaca) ... e o teto que eles colocam para nós ele é um teto que engloba tudo.” P12

“Não tinha lista nenhuma padronizada, mas a gente comprava. E assim, nos anos anteriores a gente tinha valores de licitação que eram exorbitantes assim. E aí quando a gente criou o programa, padronizou as fórmulas que seriam fornecidas, a gente esperava que este valor de licitação seria alto também, só que para nossa surpresa quando a gente elaborou o edital e fez a pesquisa de preços e a gente usou banco de preços, usou os preços das distribuidoras, fez a média, na disputa da licitação este valor caiu... E aí quando a gente padronizou ficou mais fácil e o custo caiu também. Antes do protocolo eram feitas compras diretas, por exemplo o paciente tinha prescrição do Trophic®, aí a gente ia lá e fazia a compra direta daquele Trophic® para atender aquele paciente... A gente não tinha esse controle, toda vez a gente tinha que fazer uma compra direta, então quando a gente padronizou facilitou porque a gente conseguia um volume maior de compra e o valor também caiu.” P11

O princípio de equidade, que significa atender de forma desigual aos desiguais para promover igualdade de acesso e oportunidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), foi identificado no relato de dois municípios. Esta noção vai de encontro à motivação anteriormente citada, do uso racional do dinheiro público, haja vista que ele deve ser orientado pelo princípio da equidade. Quando se implanta um protocolo que prevê critérios para o fornecimento de determinado insumo (como as fórmulas enterais comerciais) de acordo com a real necessidade do usuário, evita-se que o fornecimento seja orientado por motivações como influência política e até mesmo os casos de judicialização. Como já citado, a judicialização por muitas vezes pauta sua decisão no princípio da universalidade e integralidade em detrimento da equidade, ou seja, exigindo o fornecimento do insumo para todos que o demandam, sem analisar se atendem aos critérios de distribuição pautados na equidade. Não obstante, evitar a judicialização em saúde foi citado por um município como motivação para construção do protocolo.

“Também a gente viu a questão de adequar critérios para que todo mundo possa receber de forma a cumprir as adequações do SUS de equidade, de todo esse âmbito da legislação... A necessidade desse protocolo também é para que o nosso serviço corresponda de forma que evite ministério público de forma excessiva, que a gente tenha embasamento científico tudo, então muitos poucos casos a gente recebe de ministério público devido a base do protocolo estar bem estabelecido.” P22

Positivamente, oito municípios citaram que os protocolos garantiram maior equidade e justiça distributiva dos insumos e dietas enterais. Diferente do conceito de justiça absoluta, que considera a igualdade absoluta na distribuição de bens (pode-se aqui fazer alusão à universalidade), a justiça distributiva prevê a igualdade proporcional baseando-se no mérito ou necessidade do indivíduo (assemelhando-se ao conceito de equidade) (SAMPAIO; CAMINO; ROAZZI, 2009).

“No tocante à organização desta RAS, com a padronização do fluxo de atendimento, garantia de maior equidade e justiça distributiva. Porque sem protocolo você fica sem parâmetro pra distribuição, então acaba dando suplemento que às vezes não precisa ou não fazendo avaliação necessária, então com certeza o protocolo ajudou muito nessa manutenção de gastos, nesta estimativa que a gente consegue ter. Anteriormente os pacientes eram atendidos com dieta comercial para apenas 50% de suas necessidades, agora eles são acompanhados e recebem orientação de dieta mista para atendimento de 100% de suas necessidades. Isto resgatou a questão do valor social do alimento na alimentação enteral, o usuário não recebe somente um pó, ele sente que está recebendo comida. P21

“Teve mudanças positivas... a gente conseguiu otimizar melhor os recursos, no sentido de a gente conseguir direcionar os insumos, eu digo as dietas enterais, mas também a parte de suplementação e fórmula infantil, para os pacientes que realmente tenham uma justificativa técnica nutricional, entende.” P04

Garantir a equidade e justiça distributiva dos insumos também demanda a compreensão por parte dos usuários de que os recursos são finitos e por isto é preciso estabelecer critérios que priorizem aqueles que mais necessitam. O estabelecimento de protocolos parece ter auxiliado esta compreensão dos usuários, como citado abaixo:

“... mudou também em relação ao paciente ele saber que ele tem uma obrigatoriedade também para ele solicitar algo né, que o SUS sim ele é universal, mas ele também tem que saber que tem limitações, que tem que ter regras, que tem que ter compreensão também em relação a que a gente não pode estar fornecendo tudo porque nem tudo é possível.” P03.

Para além dos usuários, é preciso que o poder judiciário também compreenda que o fornecimento de insumos para os usuários em NED deve ser orientado por parâmetros clínicos e critérios socioeconômicos. O estabelecimento destas condições para fornecimento de insumos por meio de protocolos parece contribuir para o entendimento de juízes e promotores, como relatado pelo município:

“A organização e a formulação do protocolo, do fluxo, reduziram as demandas judiciais, hoje até vem alguns questionamentos, mas não a imposição de que tem que ser dieta comercial, mas questionando por que que não é fornecido a quantidade prescrita. Então vem mais como uma pergunta e a gente responde como que funciona o fluxo, que existe uma normativa, uma organização, então a gente consegue responder. Se a gente não tivesse essa organização a gente teria que fornecer, só fornecer.”  
P21

Curiosamente, um município disse que a motivação para a elaboração do protocolo foi uma solicitação realizada pelo Ministério Público. Verifica-se, assim, o entendimento dos promotores sobre a necessidade do estabelecimento de políticas e arranjos institucionais para o fortalecimento da atenção à saúde.

“Na verdade, quando eu entrei aqui não tinha um protocolo, não tinha um fluxo, e foi um pedido da nossa promotoria, do Ministério Público do município que determinou que o município teria que providenciar um protocolo, elaborar um protocolo.” P03

Quando se inicia um novo serviço de saúde é comum que a grande procura por parte dos usuários surpreenda os trabalhadores e gestores, porque a falta de um serviço não significa a inexistência da necessidade para tal, podendo haver uma demanda reprimida desconhecida pelos gestores e profissionais do SUS. Então, apesar de a implantação de um protocolo contribuir para o uso racional do dinheiro público e possível redução dos custos com determinado serviço de saúde, pode também levar a um aumento da demanda, levando até ao aumento do gasto com o serviço de saúde em questão. Neste sentido, quando o município não possui uma política municipal que preveja os critérios para fornecimento de fórmulas enterais comerciais e o acompanhamento nutricional dos usuários em NED, não é de conhecimento dos usuários que exista este serviço pois não há um fluxo instituído. Uma vez que o município decide por implantar um protocolo para ordenar esta RAS, a demanda reprimida pode ocasionar em uma grande procura pelo serviço e com isto um aumento do gasto com estes atendimentos. Esta situação foi observada por um dos municípios:

“... às vezes quando você não fornece algo, você não sabe qual é a sua real demanda, e aí quando você começa fornecer ou a instituir um programa, aí que você vai realmente ver qual que é a sua demanda. Aí neste "saber o real" é que vai ter esse aumento né, que às vezes o que o gestor não espera, mas é o aumento da demanda, né, então a demanda aumentou bastante assim. Até porque talvez a gente não estava fornecendo da

maneira correta, então uma parcela da população não estava sendo assistida e passou a ser assistida e aí teve esse aumento meio repentino da demanda, que a gente achava que não existia né, quando a gente instituiu a gente pensou 'vamos instituir para que as pessoas que já estão recebendo sejam assistidas da maneira correta né' só que a gente não imaginava que tinha uma demanda represada lá pra trás que a gente não tinha noção, então foi meio que pego de surpresa assim." P11

A análise das motivações e impactos da construção das políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED nos municípios apresentou indícios de sua eficácia, ou seja, que produziu o efeito esperado. A falta de indicadores mensuráveis dificulta a avaliação aprofundada dos protocolos municipais analisados, mas a análise das entrevistas permitiu a identificação de muitos aspectos positivos observados pelos gestores após sua implantação.

#### **5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO**

O modelo do ciclo de políticas públicas, apresentado por Lasswell e posteriormente adaptado por vários pesquisadores, como Howlett e Ramesh, possibilita a compreensão das fases que compõem o processo de implantação das políticas. Apesar das críticas a este modelo, que apontam para um excesso de racionalidade, ele tem sido amplamente aplicado no campo das ciências políticas como ferramenta para a compreensão das características distintas de cada estágio do processo de construção das políticas públicas.

Para analisar as políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS do Paraná à luz do ciclo de políticas públicas, os gestores de saúde dos municípios foram questionados sobre a identificação do problema público e a existência de um programa ou protocolo municipal para o seu enfrentamento. Por meio do método qualitativo da análise de conteúdo proposto por Bardin (2016), as respostas dos entrevistados foram usadas como *proxys* para identificar em qual etapa do ciclo de políticas cada município se encontrava.

Esta análise destacou a heterogeneidade da região, apesar de localizados em uma mesma regional de saúde, que compartilha características sociodemográficas e indicadores de saúde, os 29 municípios apresentaram grandes discrepâncias no tocante à sua posição dentro deste ciclo. Enquanto sete municípios ainda não tinham passado pelo processo de identificação do problema público, e por

isto ainda não estavam inseridos no ciclo da política, cinco municípios já apresentavam maior maturidade neste campo e se encontravam na fase de avaliação da política implantada.

Apesar de 17 municípios demonstrarem ter um protocolo voltado à organização da RAS para a garantia do DHAA aos usuários em NED, somente dez deles tinham legitimado a implantação desta política por meio da aprovação do Conselho de Saúde e apenas cinco já tinham realizado uma avaliação dos resultados da sua implantação. O fato de elaborar um protocolo municipal e utilizá-lo para reorientar o funcionamento da RAS não garante a implantação de uma política pública, é preciso que ele seja avaliado e aprovado pelo Conselho de Saúde (representando o controle social), condição essencial para a implantação das políticas de saúde.

A avaliação das políticas públicas depende da clareza de seus objetivos e se beneficia com a definição de indicadores mensuráveis coletados sistematicamente. Nesta pesquisa, não foi possível realizar uma avaliação quantitativa do impacto das políticas construídas nos 17 dos 29 municípios entrevistados, devido à carência de objetivos concretos e indicadores de monitoramento. Nestes casos, a avaliação da política pode ser realizada de forma subjetiva, com vistas a compreender se seus resultados vão ao encontro de seus objetivos. Comparando as motivações para a construção das políticas municipais voltadas à garantia do DHAA aos usuários em NED, com as mudanças observadas após sua elaboração, concluiu-se que estas políticas produziram o seu efeito esperado. Em suma, foram observados pelos gestores municipais os seguintes resultados: fortalecimento da RAS aos usuários em NED, com garantia de maior equidade e justiça distributiva dos insumos e fórmulas enterais, redução de custos com os atendimentos, diminuição da judicialização em saúde e maior satisfação do usuário.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA

Esta pesquisa utilizou diferentes abordagens, incluindo revisão integrativa, análise documental, estudo exploratório-descritivo com coleta de dados por meio de entrevistas e tratamento dos dados pelo método da análise de conteúdo, demonstrando que a triangulação de métodos foi uma estratégia possível para explorar as políticas e arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED no SUS. A primeira etapa deste estudo foi realizada no plano macro, analisando a temática no contexto nacional, e as etapas posteriores utilizaram amostra de 29 municípios, que compõem a 2ª RS do Paraná.

Nas últimas décadas tem sido observado o aumento na prevalência de indivíduos em NED ao redor do mundo, inclusive no Brasil, o que é justificado pela crescente longevidade da população e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis que podem trazer sequelas como a incapacidade de se alimentar por via oral de forma suficiente para garantir suas necessidades nutricionais. Para os indivíduos que apresentam estabilidade clínica, a NED tem se mostrado como alternativa segura, de menor custo (em relação à internação hospitalar) e que traz maior conforto e qualidade de vida para o indivíduo, uma vez que se encontra em ambiente familiar.

O sucesso da NED depende do acompanhamento nutricional, responsável pela avaliação do estado nutricional, prescrição da nutrição enteral, que pode ser realizada por meio de fórmulas comerciais ou formulações elaboradas com alimentos, e monitoramento da evolução do indivíduo. No entanto, diferentemente de quando o usuário se encontra em internamento hospitalar, quando a nutrição enteral é realizada em domicílio não há uma política de saúde nacional que garanta o acompanhamento nutricional e o fornecimento de fórmulas enterais comerciais ou a prescrição de formulações enterais elaboradas com alimentos para estes usuários<sup>4</sup>.

Diante da inexistência de uma política federal específica, alguns municípios e estados brasileiros têm implantado políticas locais para organizar a RAS aos

---

<sup>4</sup> Apesar da Política Nacional de Atenção Domiciliar prever o Serviço de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2016), que pode ser implantado em municípios com mais de 20.000 habitantes que tenham hospital de referência e cobertura do SAMU, a presença do nutricionista não é obrigatória nas equipes de atenção domiciliar. Além disto, a presença do nutricionista nas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar não garante o fornecimento de fórmulas enterais comerciais ou prescrição de formulações enterais elaboradas com alimentos para os usuários em NED.



usuários em NED, e mais recentemente o Ministério da Saúde publicou informativos para subsidiar as discussões sobre os protocolos de atenção nutricional para estes usuários. Todavia, pouco avanço foi observado na concretização da atenção nutricional aos usuários com necessidades alimentares especiais relacionadas às vias alternativas de alimentação como parte do cuidado integral na RAS. Como consequência, as ações judiciais continuam sendo um dos principais meios para a realização deste direito, fomentando a judicialização da saúde.

Esta pesquisa analisou esta situação com mais profundidade nos 29 municípios que compõem a 2ª RS do Paraná, composta por Curitiba e Região Metropolitana. Por meio de entrevistas com os gestores municipais foram identificadas as políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED. Os resultados mostraram que não há homogeneidade no funcionamento da RAS aos usuários em NED na região, devido à inexistência de uma política federal ou estadual voltada a estes usuários.

Apesar de não haver financiamento federal ou estadual para a compra de fórmulas enterais comerciais para usuários em NED, a maioria dos municípios avaliados custeia com recursos próprios o fornecimento de fórmulas enterais comerciais para suprir todas as necessidades nutricionais dos usuários em NED. Diante da dificuldade em arcar com os custos do fornecimento destas fórmulas, alguns municípios, principalmente os mais populosos, incorporaram preparações enterais elaboradas com alimentos nos protocolos municipais, e os municípios que o fizeram relataram uma redução dos custos com a atenção nutricional destes usuários, o resgate do valor social do alimento e o fortalecimento do acompanhamento nutricional. Nestes municípios, as preparações enterais elaboradas com alimentos são destinadas aos usuários que não apresentam contraindicações para seu uso, garantindo assim recursos para a compra de fórmulas enterais comerciais para aqueles que precisam deste insumo (como usuários com condições de saúde que exigem fórmulas especializadas, como doenças renal, hepática ou disabsortiva, e aqueles que não têm condições socioeconômicas para elaborar as formulações caseiras).

Comumente a nutrição enteral em domicílio é usada para manutenção da vida de indivíduos com sequelas de doenças crônicas não transmissíveis, sendo o uso de preparações enterais elaboradas com alimentos ou mistas uma alternativa de bom custo-benefício. A preocupação quanto à composição nutricional destas

preparações levou os municípios a compartilharem suas prescrições e buscarem o apoio de universidades para testar a qualidade físico-química e nutricional de preparações enterais elaboradas com alimentos. Este movimento de aproximação dos municípios da região contribuiu para a criação de um Grupo de Trabalho composto por nutricionistas que atuam nestes municípios, voltado ao compartilhamento de experiências e fortalecimento da comunicação entre os diferentes pontos da RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais.

Nas entrevistas, os municípios identificaram que a falta de nutricionistas para realizar o acompanhamento dos usuários em NED é a principal fragilidade desta RAS e a implantação de um protocolo nacional, estadual ou regional para padronizar o funcionamento desta rede foi apontada como a principal estratégia para garantir a atenção à saúde adequada a estes usuários. Os gestores também apontaram para a necessidade da criação de uma linha de financiamento federal ou estadual para auxiliar os municípios na compra das fórmulas enterais comerciais e insumos necessários à alimentação enteral domiciliar (sondas, equipos, frascos).

Para analisar o processo de implantação de políticas municipais voltadas à garantia do DHAA aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS, utilizou-se o referencial teórico do ciclo de políticas públicas. Os resultados evidenciaram as discrepâncias no tocante à posição dos municípios dentro deste ciclo. Enquanto sete municípios ainda não tinham passado pelo processo de identificação do problema público, cinco municípios já se encontravam na fase de avaliação da política implantada. Apesar de criticado por sua racionalidade, o modelo do ciclo de políticas públicas possibilita a compreensão das características de cada fase que compõe o processo de implantação das políticas públicas.

A avaliação das políticas implantadas nos municípios analisados foi baseada na comparação dos fatores que levaram à sua construção (objetivos) e as mudanças percebidas após sua implantação (resultados). A análise mostrou que as políticas implantadas nos municípios avaliados produziram o seu resultado desejado, como o fortalecimento da RAS aos usuários em NED, com garantia de maior equidade e justiça distributiva dos insumos e fórmulas enterais, redução de custos com o programa e diminuição da judicialização, buscando maior satisfação do usuário.

As limitações desta pesquisa estão relacionadas à carência de estudos sobre a temática, composição da amostra selecionada e as fragilidades do método de análise de conteúdo a partir de dados coletados em entrevistas. A falta de

estudos avaliando políticas municipais ou estaduais voltadas aos usuários em NED, impossibilitou a comparação das políticas encontradas nos municípios da 2ª RS do Paraná com aquelas implantadas em outras regiões. Apesar de pertencerem a uma mesma região de saúde, a heterogeneidade sociodemográfica e econômica dos municípios analisados prejudica a comparação do processo de construção de suas políticas de saúde. Não foi possível realizar uma avaliação quantitativa do impacto das políticas implantadas nos municípios analisados, devido à carência de objetivos concretos e indicadores de monitoramento. Há também as limitações do método qualitativo da análise de conteúdo, que busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, pois está sujeita à influência dos pré-conceitos do pesquisador devido à sua proximidade com o fenômeno estudado. Para além, por se tratar de dados coletados em entrevistas, a qualidade da pesquisa também depende da capacidade do entrevistador em conduzir a entrevista de modo imparcial e de extrair o máximo de subjetividade das falas dos entrevistados. O próprio referencial teórico do ciclo de políticas públicas apresenta limitações, como a fragmentação do processo em fases distintas que pode gerar e errônea ideia de que as fases do processo e seus efeitos são isolados e previsíveis.

Apesar das limitações, esta pesquisa foi capaz de examinar as políticas voltadas à garantia do DHAA aos usuários em NED no contexto nacional e analisar o processo de construção destas políticas e organização da RAS aos usuários em NED nos municípios da 2ª RS do Paraná. Ficou evidente a necessidade de implantação de uma política de saúde nacional voltada aos usuários em NED, norteada pelo princípio da equidade e justiça distributiva, para a uniformização do acesso à assistência nutricional e aos insumos necessários à garantia de alimentação adequada para estes indivíduos em todo território nacional. A incorporação de preparações enterais elaboradas com alimentos e preparações mistas nos protocolos de atenção nutricional aos usuários em NED tem trazido economicidade e resgate do valor social do alimento, deste modo, parcerias entre as instâncias gestoras do SUS e instituições de ensino superior, por meio da integração ensino-serviço-comunidade e educação permanente, podem viabilizar a realização de análises da qualidade físico-química e nutricional destas preparações.

Observou-se a falta de participação do controle social, representado pelos Conselhos Municipais de Saúde, no processo de discussão de políticas voltadas aos usuários em NED nos municípios avaliados. A maioria dos municípios que

construíram protocolos de atenção à saúde voltados à garantia do direito à alimentação a estes usuários, não os tinha discutido junto ao conselho de saúde, e por isto estes protocolos não gozavam da legitimidade de uma política de saúde, que é conferida pela aprovação deste conselho. Este cenário faz destas políticas municipais políticas de governo, ao invés de políticas de estado, uma vez que políticas de governo dependem da permanência do grupo político que as implantou, enquanto políticas de estado têm legitimidade e por isto maior probabilidade de sobreviverem às trocas de gestão (governo).

Considerando a vantajosidade da terapia enteral em domicílio, em comparação à manutenção do internamento para a continuidade da terapia, a falta de uma política nacional que garanta as condições adequadas para a sua realização aponta para o desinteresse do governo federal sobre esta população. Por conseguinte, com o aumento do número de usuários em nutrição enteral domiciliar os municípios se veem compelidos a implantar políticas locais para organizar esta Rede de Atenção à Saúde, arcando com todos seus custos e levando a uma atenção à saúde fragmentada, uma vez que o funcionamento destas redes difere grandemente entre os municípios.

Esta realidade também mostra que este problema carece de inserção nas agendas públicas, e também cabe ao controle social trazê-lo para discussão onde são pactuadas as políticas de saúde, como os conselhos de saúde. Apesar de todas suas atribuições conferidas pela legislação do SUS, é comum que os conselhos de saúde tenham sua atuação voltada para atos burocráticos e administrativos, e que a maioria dos problemas de saúde e políticas lá discutidas sejam trazidos pelos conselheiros representantes da gestão. Uma vez que os usuários ocupam metade das vagas nestes conselhos, e que os profissionais de saúde também têm seus espaços reservados em sua composição, é de se esperar que o problema público da não garantia do DHAA aos usuários em NED seja levado para discussão por estes atores políticos (usuários e trabalhadores do SUS). Deste modo, também se espera que os nutricionistas que atuam no SUS levem este problema público à luz dos conselhos de saúde, fomentando a sua inserção na agenda pública.

Enfim, este estudo evidenciou que a inexistência de uma política diz muito sobre o interesse do poder público em relação a determinado problema ou população vulnerável. Parafraseando Thomas Dye (DYE, 1984 apud SOUZA, 2006, p. 24): política pública é tudo aquilo que o governo escolhe fazer ou não fazer.

## REFERÊNCIAS

ABRANDH. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional** / organizadora, Marília Leão. Brasília:

ABRANDH; 2013. p. 263.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: nutrient supplementation. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 109, n. 12, p. 2073-2085, 2009.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida; 2015a. p. 221-71.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida; 2015b. p. 285-318.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2016.

BORELLI, Marina et al. Padronização de dietas enterais não industrializadas para uso domiciliar: a experiência de Campinas. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 771-782, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). 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. 2010.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 25, 05 fev. 2021. Seção 1, p.1-2.

BRASIL. Lei nº 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, 28 dez., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informativo técnico sobre a terapia nutricional enteral domiciliar, com foco para a dieta** / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 24 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jun. 1999.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abril 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em Terapia Nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar; v.3**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 120 de 14 de abril de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 abr. 2009. Seção 1, p.72-74.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017.

CAMARGO, F. O.; GUIMARÃES, K. M. S. O princípio da eficiência na gestão pública. **Revista CEPPG**, v. 28, p. 133-145, 2013.

CARDOSO, M. G. C.; PRATES, S. M. S.; ANASTÁCIO, L. R. Fórmulas para nutrição enteral padrão e modificada disponíveis no Brasil: Levantamento e classificação. **BRASPEN J**, v. 33, n. 4, p. 402-17, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência,

por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Carta de Brasília: XXIX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília, DF: CONASEMS, 2013.

CORRÊA, L. **Direito a alimentação, políticas públicas e restrições alimentares: entre a invisibilidade e o reconhecimento**. Juiz de Fora, MG: Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.

COSTA, J. S. D. da; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 144-146, 2006.

CUTCHMA, G. et al. Fórmulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v.36, n.2, p. 45-54, 2016.

DELDUQUE, M. C.; DA SILVA, A. B. O Direito fundamental à alimentação nos tribunais. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 393-408, 2014.

DIAS, A. M. G. et al. Acesso à dieta enteral via SUS no estado de São Paulo. **Lecturas: Educación física y deportes**, n. 211, p. 13, 2015.

ESTADO DE RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 120 de 27 de outubro de 2016. Anexo I. Regulamentação do fornecimento de dietas enterais e fórmulas Infantis. **Diário Oficial do Estado**, Porto Velho, RO, 27 ago. 2016.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 54, de 11 de maio de 2012. Anexo I. Capítulo VI: Normas e procedimentos para solicitação de medicamento e nutrição enteral. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, SP, 11 maio 2012.

ESTADO DE TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 315 de 05 de dezembro de 2013. Anexo I: Normatização estadual para dispensação de fórmulas infantis especiais a pacientes com alergia à proteína do leite de vaca e dietas enterais. **Diário Oficial do Estado**, Tocantins, TO, 05 dez. 2013.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 54 de 28 de abril de 2010. Anexo I: Critérios de uso de fórmulas infantis dietas enterais pediátricas para situações especiais. Anexo II: Critérios de uso de dieta enteral para adolescentes e adultos. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, ES, 28 abr. 2010.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução CIB nº 216 de 25 de abril de 2014. Anexo: Protocolo de dispensação das fórmulas nutricionais especiais. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, RS, 25 abr. 2014.

FÜHR, Aline Luiza. Possibilidades e limitações da terapia nutricional enteral na compreensão de cuidadores e profissionais de uma rede pública de saúde em região de fronteira. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 14, p. 1-22, 2019.



IBGE. **Cidades @**, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LANDERDHAL, M. C. et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2431-2436, 2010.

JANSEN, A. K. et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar: promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 233-247, 2014a.

JANSEN, A. K. et al. Avaliação química de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais utilizadas em terapia nutricional domiciliar no sistema único de saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 249-267, 2014b.

LIBÓRIO, É. L.; FIETZ, V. R. Vivências dos cuidadores em relação à terapia nutricional enteral domiciliar. **Revista Labore em Ensino de Ciências**, v. 1, 2016.

LIMA, V. F.; MENDES, R. C. Direito à saúde e participação democrática: atuação popular nos processos de tomada de decisões estatais de saúde. **Revista de Direitos Sociais**, v.4, n.2, p. 79-96, 2018.

MAZUR, C. E.; SCHMIDT, S. T.; RIGON, S. A.; SCHIEFERDECKER, M. E. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v.9, n.3, p.757-69, 2014.

MAZUR, C. E.; ZAGO, R. C.; SCHIEFERDECKER, M. E.; MALUF, E. M. Home enteral nutrition: clinical-nutritional analysis and outcomes of 10 years of public policy. **Nutrición Hospitalaria**, v.36, n.4, p.758-63, 2019.

MENDES, R. C. P. R.; LIMA, V. F. P. Direito à saúde e participação democrática: atuação popular nos processos de tomada de decisões estatais de saúde. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, v. 4, n. 2, p. 79-96, 2018.

MENEZES, C. S.; FORTES, R. C. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 5/2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial da União. 9 nov. 2001. Seção 1:39.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**: Informações de Saúde (TABNET), 2021. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 17 de fev. 2021.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Governo Federal**, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em: 20, junho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009.

MITNE, C. Preparações não industrializadas para nutrição enteral. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 629-657.

MUNDI, M. S. et al. Prevalence of home parenteral and enteral nutrition in the United States. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 32, n. 6, p. 799-805, 2017.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. de. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 10 dez., 1948.

PAULINO, K. C. et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 5362-5372, 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 & Saúde**, v. 9, p. 199-214, 2014.

PIERANTONI, C. R.; VIANNA, A. L.. Avaliação de processo na implementação de políticas públicas: a Implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no contexto das reformas setoriais. **Physis**, v. 13, n. 1, p. 59-92, 2003.

PNUD. **Altas do desenvolvimento humano nas regiões metropolitanas brasileiras**. Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014. 126p. Disponível em: <<https://secid.ma.gov.br/files/2015/04/Atlas-do-Desenvolvimento-Humanonas-Regi%25C3%25B5es-Metropolitanas.pdf>>. Acesso em: 13 de ago. de 2021.

PROCÓPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 592-604, 2019.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

RAMOS, R. S. et al. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 18-38, 2017.

RAEDER, S. T. O. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em políticas públicas**, v. 7, n. 13, p. 121-146, 2014.

SAMPAIO, L. R.; CAMINO, C. P. S.; ROAZZI, A. Justiça distributiva: uma revisão da literatura psicossocial e desenvolvimentista. **Psicologia em Estudo**, v. 14, p. 631-640, 2009.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

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 & Saúde**, v. 9, p. 287-296, 2014.

SECCHI, L. **Análise de Políticas Públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

SECCHI, L. Ciclo de políticas públicas. *In*: \_\_\_\_\_ (org.). **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p. 33-60.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (SESA -PR). **2ª Regional de Saúde - Metropolitana (Curitiba)**, 2021a. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/2a-Regional-de-Saude-Metropolitana-Curitiba>>. Acesso em: 17 de fev. de 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (SESA -PR). 2ª Regional de Saúde do Paraná. Seção de Vigilância Epidemiológica Divisão de Vigilância Em Saúde **Boletim Epidemiológico da 2ª Regional de Saúde do Paraná**. 2021b.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. COE - Centro de Operações em Emergências. **Plano de Contingência do Paraná COVID-19**. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 24 de setembro de 2020. 51p. Disponível em: <[https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-10/Plano%20FINAL%2001.10.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-10/Plano%20FINAL%2001.10.pdf)> Acesso em: 17 de fev. 2021.

SILVA, C. C.; DELDUQUE, M. C. Acesso a fórmulas nutricionais no Sistema Único de Saúde. **Revista De Direito Sanitário**, v. 20, n. 2, p. 155-176, 2020.

SILVA, M. C.; SILVA, R. de A.; SILVA, J. D. G. Análise e avaliação de políticas públicas: aspectos conceituais. **Boletim Governnet de Administração Pública e Gestão Municipal**, v. 61, p. 1434-1444, 2016.

SJÖBLOM, Gunnar. Problemi e soluzioni in política. **Rivista Italiana de Scienza Política**, v. XIV, n. I, p.41-85, 1984.

SMITH, T. et al. **Annual BANS Report, 2011**. Worcestershire, UK: British Association of Parenteral and Enteral Nutrition, 2011.

SOUSA, L. R. M.; FERREIRA, S. M. R.; SCHIEFERDECKER, M. E. M. Physicochemical and nutritional characteristics of handmade enteral diets. **Nutrición Hospitalaria**, v. 29, n. 3, p.568-574, 2014.

SOUSA, L. R. M.; WILL, K. L. Fortalecendo a rede de atenção às necessidades alimentares especiais: uma experiência com fórmulas enterais semiartesaniais, em Piraquara - PR. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 12, n. 3, p. 767-779, 2017.

SOUSA, S. A. **Desenvolvimento da Região Metropolitana de Curitiba no período de 2000 e 2010: uma análise pelo método Shift-Share**. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, p. 65. 2018. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/63397>>. Acesso em: 11 de ago. de 2021.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, p. 20-45, 2006.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

TAQUETTE, S. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. **CIAIQ2016**, v. 2, 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP); FOOD RESEARCH CENTER (FORC). **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TBCA)**. Versão 7.1. São Paulo, 2020. Disponível em: <http://www.fcf.usp.br/tbca>. Acesso em: 11 de ago. de 2021.

VICTORIA, C. G. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.1, p.104-12, 2011.

ZABAN, A. L. R. S.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no Distrito Federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2009.

ZAHARIADIS, N. **The Multiple Streams Framework: structure, limitations, prospects**. In: SABATIER, P. (ed.) *Theories of the Policy Process*. Cambridge: Westview Press, 2007.

## APÊNDICE 1 – ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DA ENTREVISTA

### DATA DA ENTREVISTA:

Meu nome é Luna Rezende Machado de Sousa, sou docente e pesquisadora no Centro Universitário Campos de Andrade (Uniandrade). Agradeço sua colaboração que é muito importante para esta pesquisa. Não existem respostas certas ou erradas, somente o que diz respeito à sua opinião. Seu anonimato é garantido em todo o processo de pesquisa. Sua participação está condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você foi escolhido(a) por representar um dos vinte e nove municípios que compõe a 2ª Regional de Saúde do Paraná, enquanto responsável por coordenar a maioria de ações e programas de alimentação e nutrição na área da saúde no município, ou enquanto gestor(a) da saúde, ou profissional indicado(a) pelo(a) gestor(a) [explicar em qual destas funções o entrevistado se enquadra]. Vamos dar início à pesquisa

### DADOS DO ENTREVISTADO:

a. Nome completo:

b. Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

c. Sexo: Feminino Masculino

d. Maior grau de escolaridade:

Fundamental incompleto; Fundamental completo;

Ensino médio incompleto; Fundamental completo;

Superior incompleto; Superior completo. Em qual área?

Pós-graduação incompleta; Pós-graduação completa. Em qual área?

Mestrado incompleto; Mestrado completo. Em qual área?

Doutorado incompleto; Doutorado completo. Em qual área?

Pós-doutorado incompleto; Pós-doutorado completo. Em qual área?

e. Profissão:

f. Cargo/ Ocupação:

g. Vínculo empregatício:

Estatutário; Comissionado; Contratado; Outros:

j. Mês e ano em que assumiu o cargo atual:

k. Você já teve outras experiências na gestão de serviços e programas de saúde? Se sim, onde e por qual programa/ação você era responsável?

### PERGUNTAS

1. Sobre a Rede de Atenção à Saúde aos usuários em terapia nutricional enteral domiciliar: quando um usuário residente neste município recebe uma prescrição para fazer uso de alimentação por sonda em domicílio, como ele deve proceder para solicitar assistência nutricional ao município?

2. O município conta com algum programa ou protocolo que orienta este fluxo para a atenção nutricional aos usuários em terapia nutricional enteral domiciliar? Sim Não

#### Para municípios onde NÃO HÁ programa/protocolo implantado:

a. Os usuários em terapia nutricional enteral domiciliar são acompanhados por nutricionista no domicílio? Sim Não

i. Se sim, com qual periodicidade?

ii. Se sim, o nutricionista que realiza este acompanhamento atua em qual setor, como NASF, Programa Melhor em Casa etc.?

b. O município fornece dietas enterais comerciais (industrializadas) para os usuários que se alimentam por sonda em domicílio? Sim Não

i. Se sim, em quais situações é realizado o fornecimento das dietas enterais comerciais?

ii. Se sim, como é realizada a compra destas dietas enterais comerciais?

c. O município orienta a utilização de fórmulas enterais elaboradas com alimentos (artesanais ou mistas) aos usuários em terapia enteral domiciliar?

Sim Não

i. Se sim, em quais situações as dietas enterais artesanais ou mistas são prescritas?

ii. Se sim, como são ou foram definidas as formulações destas dietas enterais artesanais ou mistas?

d. Saberá informar, aproximadamente, quantos usuários em terapia enteral domiciliar são atendidos em média por mês ou por ano pelo município?

e. O custeio das fórmulas enterais comerciais para estes usuários é um problema para o município (apresentam impacto importante das despesas em saúde)? Sim Não

i. O município tem adotado alguma medida para reduzir os custos com o atendimento aos usuários em terapia enteral domiciliar?

Para municípios onde HÁ programa ou protocolo implantado:

f. Quem é o responsável por coordenar este programa/protocolo no município e qual é a formação deste profissional?

g. Quando este programa/protocolo foi instituído e quando foi realizada sua última atualização?

h. O que motivou o município a implantar este programa/protocolo?

i. Este programa/protocolo prevê o acompanhamento destes usuários por nutricionista em domicílio? Sim Não

i. Se sim, com qual periodicidade?

ii. Se sim, o nutricionista que realiza este acompanhamento atua em qual setor, como NASF, Programa Melhor em Casa etc.?

j. Este programa/protocolo prevê o fornecimento de dietas enterais comerciais (industrializadas)? Sim Não

i. Se sim, em quais situações é previsto o fornecimento de dietas enterais comerciais?

ii. Se sim, como é realizada a compra destas dietas enterais comerciais pelo município?

k. Este programa/protocolo prevê a prescrição de dietas enterais elaboradas com alimentos (artesanais ou mistas)? Sim Não

i. Se sim, em quais situações é prevista a prescrição de dietas enterais artesanais ou mistas?

ii. Se sim, como são ou foram definidas as formulações destas dietas enterais artesanais ou mistas?

- iii. Posso ter acesso às formulações das dietas enterais artesanais ou mistas previstas neste programa/protocolo?
- iv. O município teria interesse de que estas formulações artesanais ou mistas passassem por avaliação dos aspectos físico-químicos e composição nutricional em laboratório?
- l. Este programa/protocolo foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde? Sim Não
  - i. Se sim, houve alguma dificuldade na sua aprovação pelo Conselho de Saúde?
- m. Na sua opinião, houve mudanças (positivas ou negativas) na gestão do serviço após a implantação deste programa/protocolo? Sim Não
  - i. Se sim, quais foram estas mudanças?
- n. Saberá informar, aproximadamente, quantos usuários em terapia enteral domiciliar são atendidos em média por mês ou por ano pelo município?
- o. O custeio das fórmulas enterais comerciais para estes usuários é um problema para o município (apresentam impacto importante das despesas em saúde)? Sim Não
- p. O município tem adotado alguma medida para reduzir os custos com o atendimento aos usuários em terapia enteral domiciliar?
- q. As informações sobre este programa, por exemplo seu protocolo, estão disponíveis ao público? Sim Não
  - i. Se sim, como o usuário pode ter acesso?
- r. Posso ter acesso às informações sobre este programa, como seu protocolo, e utilizá-las para complementar as informações coletadas nesta entrevista? Sim Não

Para TODOS os municípios

- 3. O município já recebeu demanda do Ministério Público ou da Justiça para o fornecimento de dietas enterais comerciais para usuários em terapia enteral domiciliar? Sim Não
  - a. Se sim, cerca de quantas vezes ao ano o município recebe este tipo de demanda pelo Ministério Público ou Justiça? Menos de 5; entre 5 e 10; entre 11 e 20; mais de 20 vezes ao ano.

4. Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades/desafios para garantir o acompanhamento nutricional e o acesso à alimentação adequada aos usuários que se alimentam por sonda em domicílio?

5. O que tem sido feito para enfrentar estas dificuldades/desafios?

6. A partir da sua formação e experiência profissional, o quê ou quais ferramentas/instrumentos você considera que poderiam auxiliar a enfrentar estes desafios/dificuldades citados?

7. Algum comentário adicional?

Agradeço enormemente pela sua participação, assim que a pesquisa for concluída os resultados foram apresentados para o município e cópia do relatório final desta pesquisa será enviado.



## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof.<sup>a</sup> Ma. Luna Rezende Machado de Sousa, docente e pesquisadora do Centro Universitário Campos Andrade (Uniandrade), Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich e Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker docentes e pesquisadores da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando o(a) Senhor(a) \_\_\_\_\_, a participar de um estudo intitulado “Políticas públicas à alimentação adequada para usuários em terapia enteral domiciliar: um problema de saúde pública”.

Esta pesquisa tem sua relevância pautada no desafio do Sistema Único de Saúde em garantir o acesso à assistência nutricional e alimentação adequada aos usuários que se alimentam por meio de sonda enteral no domicílio. O motivo que nos leva a realizar este estudo é a necessidade de se avançar na construção de políticas públicas que garantam o direito à alimentação adequada para estes usuários.

O objetivo desta pesquisa é analisar as políticas públicas e a organização da Rede de Atenção à Saúde voltada à garantia do direito à alimentação adequada aos indivíduos que se alimentam por meio de sonda enteral no domicílio, nos municípios que compõe a 2ª Regional de Saúde do Paraná.

Caso o Senhor(a) participe da pesquisa, será necessária a participação em uma entrevista com a pesquisadora Luna Rezende Machado de Sousa. O procedimento para a coleta de dados será por meio desta entrevista, cujas informações angariadas serão utilizadas para realizar um mapeamento da organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde voltada aos usuários que se alimentam por meio de sonda enteral no domicílio, residentes na 2ª RS do Paraná.

Rubricas do  
pesquisador e do  
participante

Pesquisador  
responsável do  
TCLE:

Pesquisador  
Aplicação do  
TCLE:

Participante:

Para tanto será agendada entrevista em local e horário condizente com seu ambiente de trabalho, sendo que o tempo despendido para tal será de máximo de 1 hora. A seu critério, a entrevista poderá ser realizada de forma virtual, por meio da plataforma Google Meet®.

P

Caso o Senhor(a) sinta algum desconforto em responder qualquer uma das perguntas, independente do motivo, estará apto para decidir não mais participar da pesquisa, conforme desejar.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: eventuais situações em o Senhor(a) se sinta constrangido ao relatar dificuldades vivenciadas na gestão dos serviços e dados relativos à execução das ações de saúde; e a descontextualização das informações compartilhadas na entrevista. Para atenuar esta situação, reforçamos que seu anonimato será preservado durante toda a pesquisa e no momento de divulgação dos resultados da pesquisa não serão citados os nomes dos municípios ou dos entrevistados, os dados serão apresentados de forma consolidada, sendo mantido o anonimato do nome do entrevistado e do município que ele representa. Ademais, a entrevista será realizada em local reservado ou por meio de plataforma virtual com presença restrita da pesquisadora Luna, e o Senhor(a) pode a qualquer momento se recusar a participar ou dar continuidade à sua participação da pesquisa. Os pesquisadores também se comprometem ao exercício permanente de buscar realizar a interpretação dos dados a partir do seu contexto. É garantida a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1) Acesso a informações estratégicas sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde aos usuários que se alimentam por sonda em domicílio na região, o que pode ser utilizado como subsídio para a análise e formulação de políticas públicas neste campo; 2) Subsídio para a construção de uma política de saúde regional que oriente a implantação de um protocolo para a organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde aos

Rubricas do  
pesquisador e do  
participante

Pesquisador  
responsável do  
TCLE:

Pesquisador  
Aplicação do  
TCLE:

Participante:

usuários que se alimentam por sonda em domicílio. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Prof.<sup>a</sup> Ma Luna Rezende Machado de Sousa (nutricionista, docente no curso de Graduação em Nutrição da Uniandrade; telefone: 41 98429-5048; e-mail: lunarms@gmail.com), Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich (docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR; e-mail: prof.rafaelgd@gmail.com; telefone: 41 3360-7241), Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker (docente no Programa de Pós Graduação em Alimentação e Nutrição da UFPR; e-mail: meliana.ufpr@gmail.com; telefone: 41 3360-4010), responsáveis por este estudo, poderão ser contatados para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) Sr(a). possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa ou achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNIANDRADE (Rua João Scuissiato, 01, Sala 222, 2º andar do Campus Cidade Universitária, Santa Quitéria, CEP 81220-090, Curitiba ) pelo telefone (41) 3219 4174, de segunda e sexta-feira das 13:00h às 17:00h, ou e-mail cep@uniandrade.edu.br. O CEP-UNIANDRADE trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas

Rubricas do  
pesquisador e do  
participante

Pesquisador  
responsável do  
TCLE:

Pesquisador  
Aplicação do  
TCLE:

Participante:

somente por pessoas autorizadas (pesquisadores e alunos ligados ao projeto, quando for o caso) e se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. Deste modo, quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

A sua entrevista será gravada e somente o pesquisador principal terá acesso a gravação, respeitando completamente o seu anonimato e do município que representa. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído. Todos os arquivos da pesquisa, como as gravações das entrevistas e os termos de consentimento livre e esclarecidos serão mantidos sob guarda e responsabilidade da pesquisadora principal por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa e depois deste período serão destruídos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (ligações, impressões e transporte) não são de sua responsabilidade.

Pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Uma via deste consentimento informado será arquivada na Coordenação do Curso de Nutrição da Uniandrade e outra será fornecida a você.

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

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Nome e Assinatura do participante da pesquisa)

Local e data \_\_\_\_\_

Rubricas do  
pesquisador e do  
participante

Pesquisador  
responsável do  
TCLE:

Pesquisador  
Aplicação do  
TCLE:

Participante:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Luna Rezende Machado de Sousa – Pesquisadora principal

Local e data \_\_\_\_\_

Rubricas do  
pesquisador e do  
participante

Pesquisador  
responsável do  
TCLE:

Pesquisador  
Aplicação do  
TCLE:

Participante:

## ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA UNIANDRADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Políticas públicas à alimentação adequada para cidadãos em terapia enteral domiciliar: um problema de saúde pública

**Pesquisador:** LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44294821.2.0000.5218

**Instituição Proponente:** Centro Universitário José Campus Andrade - UNIANDRADE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.620.666

#### Apresentação do Projeto:

**Título:** Políticas públicas à alimentação adequada para cidadãos em terapia enteral domiciliar: um problema de saúde pública

**Instituição responsável:** Centro Universitário José Campus Andrade - UNIANDRADE

**CEP:** Centro Universitário José Campus Andrade - UNIANDRADE

**Tema:** Estudo aprofundado das políticas públicas e fatores institucionais que levam às diferentes formas de organização ou, até mesmo, da falta de organização da RAS os indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais nas instâncias gestoras do SUS.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional do tipo quali-quantitativo, envolvendo: pesquisa bibliográfica orientada pelo referencial teórico de Secchi (2019) para a avaliação problema público; estudo exploratório-descritivo das políticas públicas e arranjos institucionais, realizado a partir de coleta de dados em campo; análise destas políticas e arranjos institucionais utilizando a metodologia do ciclo de políticas públicas, proposto por Howlett e Ramesh, e o método da avaliação de processo.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Específico I

Para alcançar o primeiro objetivo que trata da avaliação do problema público, será realizada por meio de uma revisão integrativa e análise documental sobre o histórico de construção das políticas

**Endereço:** Rua João Scuissiato, nº 01, Prédio José Barros 2o andar - Sala 222  
**Bairro:** Santa Quitéria **CEP:** 80.310-310  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3219-4174 **Fax:** (41)3259-2200 **E-mail:** cep@uniandrade.edu.br





Continuação do Parecer: 4.620.666

públicas e organização das RAS voltadas à garantia do DHAA aos cidadãos em TNED, orientada pelo referencial teórico de Secchi: diagnóstico do problema, definição do problema e definição do objetivo.

#### Objetivo Específico II

Para concretizar o segundo objetivo será realizada uma pesquisa exploratória-descritiva, com o mapeamento da organização e funcionamento da RAS aos cidadãos em TNED residentes na 2ª RS do Paraná, caracterizando e comparando as diretrizes, protocolos de atendimento, fluxos institucionais e financiamento instituídos pelos vinte e nove municípios que compõe a região. Essas informações serão coletadas por meio de entrevistas, sobre os mecanismos de garantia do DHAA aos portadores de necessidades alimentares especiais relacionadas às vias alimentares, com os gestores responsáveis pela execução das ações da PNAN (i.e., aquele que coordena a maioria de ações e programas de alimentação e nutrição) no município. Nos municípios onde esta política não conta com setor estruturado e gestor próprio, será entrevistado o gestor municipal de saúde ou seu indicado. Serão entrevistados somente àqueles atores que aceitem participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campos de Andrade (Uniandrade) para apreciação e aprovação. As entrevistas poderão ser realizadas pessoalmente ou por ferramenta virtual (Google Meet®), a critério do entrevistado. No caso de entrevistas realizadas pessoalmente, serão aplicadas as medidas sanitárias para evitar a contaminação pelo vírus SARS-CoV-2, responsável pela pandemia da Covid-19. As perguntas seguirão um roteiro com perguntas semiestruturadas sobre a existência, a estrutura e o funcionamento da RAS e política pública voltadas à garantia do DHAA aos cidadãos em TNED no município.

#### Objetivo Específico III

O terceiro objetivo será atingido por meio de uma análise, das políticas públicas voltadas à efetivação do DHAA aos cidadãos em TNED implantadas nos municípios da 2ª RS do Paraná, pautada no referencial teórico do ciclo de políticas públicas proposto por Howlett e Ramesh. O estudo do ciclo das políticas públicas é uma abordagem que analisa o processo de elaboração das políticas em cinco fases interdependentes: construção da agenda, formulação da política, processo decisório, implementação e avaliação. Estas fases não são lineares, podem ser sobrepor ou alterarem a ordem. A fase da montagem da agenda se inicia com o reconhecimento de um problema enquanto público, o qual será o ponto de partida para a elaboração de uma política

**Endereço:** Rua João Scuissiato, nº 01, Prédio José Barros 2o andar - Sala 222  
**Bairro:** Santa Quitéria **CEP:** 80.310-310  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3219-4174 **Fax:** (41)3259-2200 **E-mail:** cep@uniandrade.edu.br



Continuação do Parecer: 4.620.666

pública. Para além da identificação do problema público, a formação da agenda pública depende do cenário político. Na etapa da formulação da política são levantadas as alternativas, ou seja, as estratégias, programas e ações, para o enfrentamento do problema público inserido na agenda política. Apesar das dificuldades, é necessário chegar à etapa da tomada de decisão, onde os interesses dos atores são equalizados. Uma das formas de compreender o processo de tomada de decisão é pelo modelo dos fluxos múltiplos, que explica a formação de políticas públicas em um cenário de ambiguidades. Durante a implementação das políticas as intenções são convertidas em ações, e para isto é necessário visualizar os obstáculos que possam surgir neste processo. Nesta fase é comum que a proposta a ser implantada sofra negociações, que podem levar a novas decisões e até ao reinício do ciclo da política. A última fase do ciclo é a avaliação da política, que avalia o nível de redução do problema que a gerou por meio da análise de indicadores e critérios pré-estabelecidos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios bem descritos e avaliados, sendo os riscos justificáveis frente aos benefícios

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Metodologia da pesquisa atualizada e adequada aos objetivos do projeto, referencial teórico atualizado e suficiente, cronograma de execução da pesquisa coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória adequados

**Recomendações:**

Recomenda-se verificar a necessidade de aprovação do projeto em comitês de ética locais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendação de aprovação do projeto

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1708451.pdf	25/02/2021 23:11:48		Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_DADOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:10:56	LUNA REZENDE MACHADO DE	Aceito

**Endereço:** Rua João Scussiato, nº 01, Prédio José Barros 2o andar - Sala 222  
**Bairro:** Santa Quitéria **CEP:** 80.310-310  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3219-4174 **Fax:** (41)3259-2200 **E-mail:** oep@uniandrade.edu.br





**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
JOSÉ CAMPOS ANDRADE -  
UNIANDRADE**



Continuação do Parecer: 4.620.666

Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_DADOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:10:56	SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_Ciencia_INTERESSE_TODOS_MUNICIPIOS.pdf	25/02/2021 23:08:52	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_Ciencia_INTERESSE_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:06:20	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_APRECISACAO_PESQUISA_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:05:41	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_USO_IMAGENS_VOZ_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:03:47	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CONFLITO_INTERESSE_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:03:06	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:02:21	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Termo autorizacao da instituicao de ensino_CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 23:00:58	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Declaracao de ciencia de interesse_CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 22:59:10	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Check_List_CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 22:57:33	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Questionario_coleta_de_dados.docx	25/02/2021 22:56:00	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	25/02/2021 22:54:28	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_DADOS_COLETADOS_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:51:51	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	CHECK_LIST_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:51:08	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:50:17	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Cronograma	Cronograma_execucao_pesquisa.xlsx	25/02/2021 22:48:51	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Declaração de	DECLARACAO_COMPROMISSO_PES	25/02/2021	LUNA REZENDE	Aceito

**Endereço:** Rua João Scussiato, nº 01, Prédio José Barros 2o andar - Sala 222  
**Bairro:** Santa Quitéria **CEP:** 80.310-310  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3219-4174 **Fax:** (41)3259-2200 **E-mail:** cep@uniandrade.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
JOSÉ CAMPOS ANDRADE -  
UNIANDRADE



Continuação do Parecer: 4.620.666

Pesquisadores	ISADORES_CEP_UNIANDRADE.pdf	22:41:43	MACHADO DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Projeto_CEP_TCLE.docx	25/02/2021 22:40:02	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/02/2021 22:37:21	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 30 de Março de 2021

*Thais Schaedler*

Assinado por:  
**THAIS SCHAEHLER**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Scuissiato, nº 01, Prédio José Barros 2º andar - Sala 222  
Bairro: Santa Quitéria CEP: 80.310-310  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3219-4174 Fax: (41)3259-2200 E-mail: cep@uniandrade.edu.br

## ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Políticas públicas à alimentação adequada para cidadãos em terapia enteral domiciliar: um problema de saúde pública

**Pesquisador:** LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44294821.2.3001.0101

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.654.436

#### Apresentação do Projeto:

O aumento na prevalência de doenças crônicas e na expectativa de vida levam ao crescente número de portadores de necessidades alimentares especiais relacionadas às vias alternativas de alimentação, realizada por meio de sondas e ostomias, quando a alimentação por via oral é insuficiente ou incapaz de garantir às necessidades nutricionais do indivíduo. Em situações em que estes indivíduos apresentam estabilidade clínica, é possível a realização da Terapia Nutricional Enteral em domicílio (TNED), o que pode demandar a utilização de fórmulas enterais comerciais, as quais apresentam alto custo e não possuem financiamento público à nível nacional, exceto em âmbito hospitalar. Diante da falta de regulamentação e de linha de financiamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) aos cidadãos em TNED, alguns municípios têm implantado protocolos para a organização desta rede. Porém, há grande divergência nas diretrizes e funcionamento destas RAS, o que acaba por comprometer a efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos cidadãos em TNED. Portanto, faz-se necessário o estudo aprofundado das políticas públicas e arranjos institucionais que levam às diferentes formas de organização ou, até mesmo, da falta de organização da RAS os indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais nas instancias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, a pesquisa almeja estimular reflexões em relação à garantia do DHAA aos portadores de necessidades alimentares especiais, bem como oferecer subsídios para a construção de uma política de saúde regional que oriente a implantação de um protocolo para a organização e funcionamento da RAS aos cidadãos em TNED

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.654.436

residentes nos municípios da 2ª Regional de Saúde (2ª RS) do Paraná.

Trata-se de um estudo observacional do tipo quali-quantitativo, envolvendo:

- 1) Pesquisa bibliográfica orientada pelo referencial teórico de Secchi para a avaliação do problema público.
- 2) Estudo exploratório-descritivo realizado a partir de coleta de dados nos municípios que compõe a 2ª RS do Paraná (n=29). As informações serão coletadas por meio de entrevistas, que seguirão um roteiro com perguntas semiestruturadas sobre os mecanismos locais para a garantia do DHAA aos cidadãos em TNED, com os gestores responsáveis pela execução da maioria de ações e programas de alimentação e nutrição dos municípios. Nos municípios onde esta política não conta com setor estruturado e gestor próprio, será entrevistado o gestor municipal de saúde ou seu indicado. As entrevistas poderão ser realizadas pessoalmente ou por plataforma virtual (Google Meet®), a critério do entrevistado. No caso de entrevistas realizadas pessoalmente, serão aplicadas as medidas sanitárias para evitar a contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. Os profissionais serão considerados participantes quando aceitarem participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE. As entrevistas serão agendadas em data e horário, modalidade presencial ou virtual, a critério dos entrevistados.
- 3) Análise das políticas avaliadas usando o método do ciclo de políticas públicas proposto por Howlett e Ramesh.

Serão adotados como CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: gestores responsáveis pela execução da maioria de ações e programas de alimentação e nutrição dos municípios, sendo que nos municípios onde esta política não conta com setor estruturado e gestor próprio, será entrevistado o gestor municipal de saúde ou seu indicado. O CRITÉRIO DE EXCLUSÃO será adotado para aqueles participantes que não aceitarem o TCLE.

Os resultados da pesquisa serão enviados para publicação em revistas científicas, visando seu compartilhamento com os sujeitos interessados, e apresentados aos municípios entrevistados, à 2ª RS e Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA/PR).

**Objetivo da Pesquisa:**

GERAL: Analisar as políticas públicas e arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos cidadãos em TNED nas instâncias gestoras municipais da 2ª Regional de Saúde (2ª RS) do Paraná.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680  
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-4901 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS**

Continuação do Parecer: 4.654.436

**ESPECÍFICOS:**

- Explorar o histórico de construção das políticas públicas e arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos cidadãos em TNED no contexto nacional.
- Identificar e comparar as políticas públicas e arranjos institucionais da RAS voltados à efetivação do DHAA aos cidadãos em TNED nos municípios da 2ª RS do Paraná.
- Analisar e avaliar as políticas públicas e arranjos institucionais da RAS voltados à efetivação do DHAA aos cidadãos em TNED nos municípios da 2ª RS do Paraná.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão devidamente descritos, sendo os riscos justificáveis frente aos benefícios.

Segundo as pesquisadoras:

**RISCOS:** Em se tratando de entrevistas, com profissionais responsáveis pela gestão das políticas de saúde, pode eventualmente ocorrer situações em que eles se sintam constrangidos ao relatar dificuldades vivenciadas na gestão e dados relativos à execução as ações de saúde. No entanto, a possibilidade de ocorrência de constrangimento é mínima. Para atenuar esta situação, os participantes serão lembrados constantemente sobre a possibilidade de recusa de participação a qualquer momento, será preservado o anonimato durante toda a pesquisa e as entrevistas ocorrerão em local reservado ou por meio de plataforma virtual com a presença restrita da pesquisadora. Ademais, um dos riscos inerentes da pesquisa qualitativa é a descontextualização das informações, acarretando significados corrompidos que comprometem a validade na pesquisa qualitativa. Para minimizar esse risco, a pesquisadora compromete-se ao exercício permanente da busca pela interpretação dos dados a partir do seu contexto.

**BENEFÍCIOS:** A partir do estudo aprofundado da literatura, análise documental e informações coletadas nas entrevistas, os benefícios para os entrevistados e para a 2ª RS consistem na oportunidade de realização de reflexões sobre as políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos cidadãos em TNED residentes na região, bem como oferecer subsídios para a construção de uma política de saúde regional que oriente a implantação de um protocolo para a organização e funcionamento da RAS aos cidadãos em TNED. Além disso, é escassa a literatura em relação às políticas públicas e os arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 4.854.438

cidadãos em TNED nas instâncias gestoras municipais do SUS. Dessa forma, essa pesquisa poderá ser utilizada como subsídio para a análise e formulação de políticas públicas neste campo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Verificar itens CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de apresentação obrigatória estão adequados.

**Recomendações:**

Verificar itens CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1) No item PLANOS PARA O RECRUTAMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA, está informado que o recrutamento será realizado por meio de contato telefônico da pesquisadora diretamente com secretário(a) de saúde, o qual indicará o profissional a ser entrevistado. Recomenda-se substituir por contato com o Gabinete das Secretarias Municipais da Saúde (SMS). No caso da SMS de Curitiba a pesquisa deverá ser direcionada para o Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS), onde acontece a gestão da maior parte das ações relacionadas à área de alimentação e nutrição da SMS.

2) O orçamento está descrito nas INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO e deve também estar informado no PROJETO DETALHADO.

3) Apesar de estar descrito no projeto que as entrevistas serão agendadas em data e horário, modalidade presencial ou virtual, a critério dos entrevistados, é importante reforçar que é expressamente impeditivo o uso de servidores e/ou trabalhadores vinculados à SMS de Curitiba para fins de realização de pesquisas, em seu horário de trabalho regimental na PMC, conforme previsto na Resolução CNS 580/2018, Art. 8º: "A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais". Sendo assim, isso deve ser levado em consideração para o agendamento da entrevista.

4) Faz-se necessário impreterivelmente incluir no TCLE a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização por meio de vias judiciais

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-4981

E-mail: [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.654.436

(Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 19).

A pesquisa é relevante e desde que sejam consideradas as RECOMENDAÇÕES e PENDÊNCIA listadas, o parecer é favorável ao seu desenvolvimento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Pesquisa Aprovada com Recomendações de adequação conforme parecer do relator > Reforça-se ser especialmente necessária a inclusão de texto sobre direito a indenização no TCLE, conforme preconiza a Resolução CNS n.466/12.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_DADOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:10:56	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_Ciencia_INTERESSE_TODOS_MUNICIPIOS.pdf	25/02/2021 23:08:52	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_Ciencia_INTERESSE_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:06:20	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_APRECISAO_PESQUISA_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:05:41	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_USO_IMAGENS_VOZ_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:03:47	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CONFLITO_INTERESSE_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:03:06	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:02:21	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Termo autorizacao da instituicao de ensino_CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 23:00:58	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Declaracao de ciencia de interesse CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 22:59:10	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Check_List_CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 22:57:33	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-4981

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 4.654.438

Outros	Questionario_coleta_de_dados.docx	25/02/2021 22:56:00	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	25/02/2021 22:54:28	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_DADOS_COLETADOS_CEP_ UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:51:51	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	CHECK_LIST_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:51:08	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUI SADOR_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:50:17	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Projeto_CEP_TCLE.docx	25/02/2021 22:40:02	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

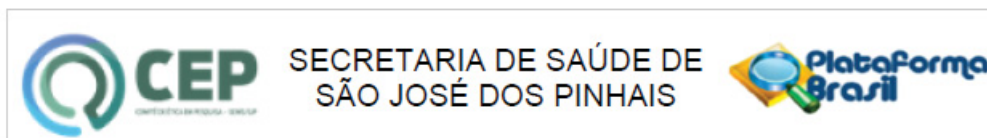
CURITIBA, 16 de Abril de 2021

Assinado por:  
antonio dercy silveira filho  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 880**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br



## ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Políticas públicas à alimentação adequada para cidadãos em terapia enteral domiciliar: um problema de saúde pública

**Pesquisador:** LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44294821.2.3002.9587

**Instituição Proponente:** Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.746.106

##### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo observacional do tipo quali-quantitativo, envolvendo: pesquisa bibliográfica; estudo exploratório-descritivo das políticas públicas e arranjos institucionais, realizado a partir de coleta de dados em campo; análise destas políticas e arranjos institucionais utilizando a metodologia do ciclo de políticas públicas, proposto por Howlett e Ramesh, e o método da avaliação de processo (BAPTISTA; REZENDE, 2015a; BAPTISTA; REZENDE, 2015b)

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Esta pesquisa almeja analisar as políticas públicas e arranjos institucionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltados à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos cidadãos sem Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) nas instâncias gestoras municipais da 2ª Regional de Saúde (2ª RS) do Paraná.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto de pesquisa cita como riscos possíveis: o constrangimento ao responder às perguntas do questionário e ainda cita como este risco sendo como mínimo. Cita ainda os riscos de quebra de sigilo e anonimato bem como de descontextualização das informações. Como benefícios o projeto apresenta: A partir do estudo aprofundado da literatura, análise documental e informações coletadas nas entrevistas, os benefícios para os entrevistados e para 2ª RS consistem na oportunidade de realização de reflexões sobre as políticas e arranjos institucionais voltados à

**Endereço:** Rua Paulino Siqueira Cortes, nº 2106

**Bairro:** São José dos Pinhais

**CEP:** 83.005-030

**UF:** PR

**Município:** SAO JOSE DOS PINHAIS

**Telefone:** (41)3381-5839

**E-mail:** oep.sems@sjp.pr.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE  
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



Continuação do Parecer: 4.746.106

garantia do DHAA aos cidadão sem TNEP residentes na região, bem como oferecer subsídios para a construção de uma política de saúde regional que oriente a implantação de um protocolo para a organização e funcionamento da RAS aos cidadãos em TNEP. Além disso, é escassa a literatura em relação às políticas públicas e os arranjos institucionais da RAS voltados à garantia do DHAA aos cidadãos em TNEP nas instâncias gestoras municipais do SUS. Dessa forma, essa pesquisa poderá ser utilizada como subsídio para a análise e formulação de políticas públicas neste campo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Referências Bibliográficas adequadas à temática e consistente.

Objetivos claros e factíveis.

Metodologia adequada

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a) Termo de autorização da instituição : presente e adequado
- b) Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (presente e adequado)
- c) Declaração de ciência de interesse de campo de pesquisa (Somente quando a Prefeitura de São José dos Pinhais for Instituição Coparticipante: presente e adequado.
- d) Projeto de pesquisa: presente e adequado.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após sanadas pendências recomenda-se a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais e anuais sobre o andamento do estudo, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, além do envio dos relatórios de eventos adversos, quando houver. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-SEMS/SJP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

**Endereço:** Rua Paulino Siqueira Cortes, nº 2106  
**Bairro:** São José dos Pinhais **CEP:** 83.005-030  
**UF:** PR **Município:** SAO JOSE DOS PINHAIS  
**Telefone:** (41)3381-5839 **E-mail:** cep.sems@sjp.pr.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE  
SÃO JOSÉ DOS PINHAIS



Continuação do Parecer: 4.746.108

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1727060.pdf	18/05/2021 11:08:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_atualizado.docx	18/05/2021 10:35:51	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Projeto_CEP_TCLE_atualizado.docx	18/05/2021 10:34:45	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE_DADOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:10:56	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_CENCIA_INTERESSE_TODOS_MUNICIPIOS.pdf	25/02/2021 23:08:52	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_CENCIA_INTERESSE_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:06:20	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_APRECISAO_PESQUISA_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:05:41	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_USO_IMAGENS_VOZ_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:03:47	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CONFLITO_INTERESSE_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:03:06	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUSENCIA_CUSTOS_CEP_CURITIBA.pdf	25/02/2021 23:02:21	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Termo autorizacao da instituicao de ensino_CEP_SAO_JOSÉ_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 23:00:58	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Declaracao de ciencia de interesse CEP_SAO_JOSÉ_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 22:59:10	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Check_List_CEP_SAO_JOSE_DOS_PINHAIS.pdf	25/02/2021 22:57:33	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	Questionario_coleta_de_dados.docx	25/02/2021 22:56:00	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.docx	25/02/2021 22:54:28	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito

**Endereço:** Rua Paulino Siqueira Cortes, nº 2106

**Bairro:** São José dos Pinhais

**CEP:** 83.005-030

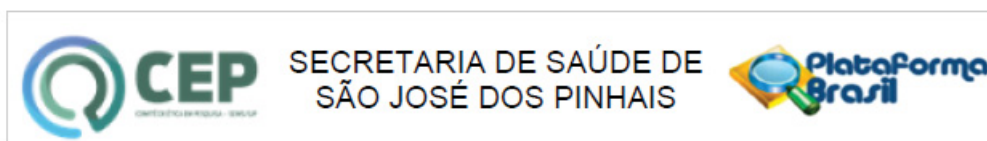
**UF:** PR

**Município:** SAO JOSE DOS PINHAIS

**Telefone:** (41)3381-5839

**E-mail:** cep.sems@sjp.pr.gov.br





Continuação do Parecer: 4.746.106

Outros	TERMO_DADOS_COLETADOS_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:51:51	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	CHECK_LIST_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:51:08	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_CEP_UNIANDRADE.pdf	25/02/2021 22:50:17	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Projeto_CEP_TCLE.docx	25/02/2021 22:40:02	LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO JOSE DOS PINHAIS, 31 de Maio de 2021

---

Assinado por:  
Christiane Luiza Santos  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Paulino Siqueira Cortes, nº 2106  
Bairro: São José dos Pinhais CEP: 83.005-030  
UF: PR Município: SAO JOSE DOS PINHAIS  
Telefone: (41)3381-5839 E-mail: cep.sems@sjp.pr.gov.br