



POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ

PUBLIC POLICIES AIMED AT USERS OF HOME ENTERAL NUTRITION IN MUNICIPALITIES OF PARANÁ

<i>Recebido em:</i>	05/12/2022
<i>Aprovado em:</i>	29/12/2022

Luna Rezende Machado de Sousa¹

Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker²

Rafael Gomes Ditterich³

RESUMO

Esta pesquisa analisou as políticas públicas e arranjos institucionais voltados aos usuários do Sistema Único de Saúde em nutrição enteral domiciliar (NED) em 29 municípios do Paraná. Diante da falta de uma política nacional que garanta o financiamento e o acesso às fórmulas enterais comerciais e à assistência nutricional aos usuários em NED, alguns municípios têm

¹ Doutora em Políticas Públicas pela UFPR. Mestrado em Nutrição pela McGill University (Montreal, Canadá). Professora no Centro Universitário Campos de Andrade (Uniandrade). Endereço eletrônico: lunarms@gmail.com

² Doutora em Clínica Cirúrgica e Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Alimentação e Nutrição da UFPR. Endereço eletrônico: meliana@ufpr.br

³ Pós-doutor no Programa de Pós-Graduação em Odontologia na UP. Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva) pela PUC-PR. Mestre em Odontologia (Clínica Integrada) pela UEPG. Vice-coordenador e Professor Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) da Universidade Federal do Paraná. Endereço eletrônico: prof.rafaelgd@gmail.com



implantado políticas locais, contudo, elas apresentam grande divergência em suas diretrizes e funcionamento. Os municípios analisados fornecem fórmulas enterais comerciais para usuários em NED, cujo custeio se dá exclusivamente com recursos municipais. 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 e o resgate do valor social do alimento.

Palavras-chave: Nutrição Enteral; Assistência Domiciliar; Política Pública; Políticas Públicas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This research analyzed public policies and institutional arrangements aimed at users of the Unified Health System in home enteral nutrition (HEN) of 29 municipalities in Paraná. Faced with the lack of a national policy that guarantees funding and access to industrialized enteral formulas and nutritional assistance to those in HEN, some municipalities have implemented local policies, however, they present great divergence in their guidelines and operation. All municipalities analyzed provide industrialized enteral formulas for those in HEN, which are funded exclusively with municipal resources. However, there is a trend towards the incorporation of blenderized enteral formulas in municipal protocols, and the municipalities that did so reported a reduction in costs with the nutritional care of these people and the recovery of the social value of food.

Keywords: Enteral Nutrition; Home Nursing; Public Policy; Public Health Policy; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

Com aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e expectativa de vida, cresce o número de pessoas que precisam usar vias alimentares



alternativas, como a Nutricional Enteral (NE) (CUTCHMA et al., 2016; BRASIL, 2013). A NE, realizada por sondas nasais e ostomias, é necessária quando a alimentação por via oral é incapaz de garantir suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2015). Em situações onde o indivíduo apresenta estabilidade clínica a NE pode ser realizada em domicílio (NED), pela utilização de fórmulas enterais comerciais (industrializadas), formulações preparadas com alimentos (artesanais) ou formulações mistas (combinam alimentos in natura, produtos alimentícios e formulações comerciais) (BRASIL, 2015).

Nos Estados Unidos a prevalência de indivíduos em NED aumentou de 463 indivíduos por milhão de habitantes em 1995 (43/1.000.000), para 1.385 por milhão de habitantes em 2013 (1.385/1.000.000) (MAZUR et al., 2014). No Reino Unido, de 2009 a 2010 o número de indivíduos em NED cresceu 32%, de 5.190 para 6.851 (SMITH, 2011). Como não há registros do número de pacientes em NED no Brasil, não é possível calcular a incidência ou prevalência deste fenômeno ao nível nacional, mas estudos realizados em Brasília e Curitiba mostraram aumento na prevalência dos casos nestas cidades (MAZUR et al., 2019; ZABAN; NOVAES, 2009). Em Curitiba, o acréscimo na prevalência em NED foi de 425% de 2006 a 2015 (MAZUR et al., 2019). Paralelamente, em Brasília o aumento da prevalência de indivíduos em NED foi 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 Sistema Único de Saúde (SUS) a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) aos portadores de necessidades alimentares especiais em atenção domiciliar (CORRÊA, 2017). No entanto, perante inexistência de protocolos nacional e estaduais, que orientem a assistência nutricional aos usuários em NED, ou linha de financiamento para a aquisição de formulações comerciais, municípios têm implantado protocolos que preveem o acompanhamento domiciliar e a prescrição de fórmulas enterais artesanais e mistas para estes cidadãos (SOUSA; WILL, 2017; JANSEN et al., 2014; MAZUR et al., 2014). Por exemplo, há municípios que estabeleceram o fornecimento de fórmulas



comerciais em quantidade suficiente para suprir 50% das necessidades nutricionais dos pacientes, devendo o restante ser custeado pelo usuário (SOUSA; WILL, 2017; MAZUR et al., 2014). Outros instituíram a prescrição de fórmulas artesanais e mistas para pacientes em condição estável de saúde, com o fornecimento de fórmulas comerciais para pacientes em situações clínicas de maior gravidade (síndrome disabsortiva grave, úlceras de pressão etc.) (SOUSA; WILL, 2017; MAZUR et al., 2014). Quando há prescrição de fórmulas artesanais e mistas, o problema está na falta de padronização da qualidade destas formulações, com estudos demonstrando muitas com baixa qualidade nutricional (SOUSA et al., 2014; BRASIL, 2016).

Apesar das experiências exitosas de alguns municípios e estados, não há padronização dos critérios e diretrizes para a RAS àqueles em NED, o que contribuiu para que o Poder Público seja acionado para cumprimento dos direitos à saúde e alimentação destes cidadãos (DELDUQUE; SILVA, 2014). Por exemplo, a solicitação de fórmulas nutricionais por ações judiciais contra as três esferas de gestão do SUS apresenta importante crescimento (DELDUQUE; SILVA, 2014; LIMA; MENDES, 2018, PEREIRA et al., 2014). 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 comerciais (PEREIRA et al., 2014).

Portanto, faz-se necessário o estudo 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 instâncias gestoras do SUS. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo identificar e comparar as políticas públicas e arranjos institucionais da RAS voltados à efetivação do direito à alimentação aos usuários em NED nos municípios da 2ª Regional de Saúde (2ª RS) do Paraná.



2. DESENVOLVIMENTO

Métodos

Realizou-se pesquisa qualitativa exploratória, para mapeamento da organização e funcionamento da RAS aos cidadãos em NED residentes na 2ª RS do Paraná, caracterizando e comparando diretrizes, protocolos de atendimento e fluxos institucionais estabelecidos pelos 29 municípios que compõem a região, com informações coletadas por entrevistas, sobre mecanismos locais para garantia do direito à alimentação aos usuários em NED.

Foram entrevistados os responsáveis pela coordenação da RAS aos usuários em NED no município. Nos municípios onde esta política não contava com setor estruturado e gestor próprio, foi entrevistado profissional indicado pelo gestor municipal de saúde. Assim, os dados empíricos foram obtidos por entrevistas individuais conduzidas pela própria pesquisadora e seguiram com perguntas semiestruturadas.

As 29 entrevistas foram realizadas entre abril e julho de 2021, por 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, duraram de 12 a 56 minutos, com média de 31 minutos, e gravadas com autorização dos participantes. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após cada entrevista, as gravações audiovisuais foram transferidas para o *Google Drive*® e efetuada transcrição das respostas em arquivo-texto. As falas dos participantes foram transcritas, codificadas e identificadas com o termo “P” seguido de numeração de 1 a 29. Foi utilizado *software* gratuito *otranscribe*®, que possibilita, na mesma tela, visualizar o editor de texto e vídeo e controlar 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, que por procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos sobre significado destas mensagens. Dentre as técnicas disponíveis, selecionou-se a análise categorial com investigação dos temas (análise temática).

Análises quantitativas foram empregadas para avaliar a composição nutricional e o custo das formulações enterais elaboradas com alimentos incorporadas nos protocolos municipais da RAS aos usuários em NED. Para tal, foi solicitado que cada município compartilhasse uma formulação do tipo padrão (destinada para usuários sem restrição de ingestão de nutrientes), de 1.800 Kcal (com variação de aproximadamente 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 industrializadas. Já o custo foi estimado a partir de pesquisa de preço realizada em julho de 2021 no aplicativo "Menor Preço®" (versão v3.0.9), gratuito, do Governo do Estado do Paraná, cujos valores são retirados das notas fiscais emitidas dos produtos comercializados no Paraná. Realizou-se média aritmética dos três menores valores dos alimentos dos estabelecimentos consultados, em seguida, foram realizados cálculos utilizando somente a quantidade empregue nas receitas. O custo das dietas comerciais foi estimado a partir de pesquisa de preços realizada em julho de 2021 nos estabelecimentos comercializadores desses 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 destas dietas com o custo médio de uma dieta enteral comercial com as mesmas características (padrão, normocalórica e normoproteica).



Características dos municípios analisados

A 2ª RS do Paraná, ou Região Metropolitana de Curitiba, é integrante da Macrorregional Leste do Estado do Paraná, a mais populosa regional de saúde do Estado, correspondendo a cerca de 31% da população estadual (PNUD, 2014). A Tabela 1 apresenta a população das cidades, 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] ¹	Distância da capital em Km ²	PIB per capita [2018] ¹
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). ¹IBGE, 2021. ²SOUSA, 2018.

Considerando as diferenças sociodemográficas dos municípios, os resultados serão apresentados com estratificação por porte populacional. Utilizou-se o critério aplicado pela Secretaria Estadual de Saúde como critério para divisão por porte nos boletins epidemiológicos dos municípios da 2ª RS 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.

Políticas municipais voltadas à garantia do direito à alimentação aos usuários em NED

Diante da falta de regulamentação nacional ou estadual da RAS aos usuários em NED, os 29 municípios que compõem 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 foi de 44, com variações conforme porte: 5 de pequeno porte; 10 de médio porte; 54 de grande porte. 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 fornecimento de dietas comerciais para usuários em NED, mas apenas 21 garantiam o acompanhamento nutricional e somente 17 dispunham de protocolo municipal prevendo o acompanhamento destes e fornecimento de NE. Ademais, dos 17 municípios que dispunham deste protocolo, em apenas 10 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 2 - ARRANJOS INSTITUCIONAIS DAS RAS AOS USUÁRIOS EM NED 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
Critérios para fornecimento de nutrição enteral para usuários em NED				
Grupo I: Fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula comercial para todos os usuários em NED.	18	7	6	5
Grupo II: Fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula comercial para menores de 10 anos, com alta vulnerabilidade social ou para aqueles com contraindicação clínica para uso de preparações	7	1	1	5



elaboradas com alimentos, para as demais situações, prescreve preparações com alimentos ou mistas.				
Grupo III: Fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula comercial para menores de 18 anos e em alta vulnerabilidade social, nas demais situações fornece 50% das necessidades em fórmula comercial e prescreve preparações mistas.	1	0	1	0
Grupo IV: Fornece 50% das necessidades nutricionais em fórmula comercial para todos os usuários em NED.	1	0	1	0
Grupo V: Prevê o percentual de fornecimento de fórmula comercial conforme condição socioeconômica (renda familiar) do usuário.	2	0	1	1

Apesar de todos os municípios fornecerem fórmulas comerciais para usuários em NED, os critérios para este fornecimento variaram, sendo que 10 municípios realizam a prescrição de preparações com alimentos ou mistas. A partir dos relatos, os municípios foram classificados em 5 grupos conforme critérios para fornecimento destas dietas. Observa-se que a maioria dos municípios de pequeno porte (7/8) realiza o fornecimento de fórmulas comerciais para atendimento de 100% das necessidades nutricionais dos usuários em NED, compreensível pois a média de usuários atendidos por mês nestes municípios é de apenas 4. Já municípios mais populosos, acima de 40 mil habitantes, alteram os critérios de fornecimento de fórmulas comerciais, pela inclusão de preparações com alimentos e mistas em seus protocolos municipais. Nestes municípios, que atendem em média 54 usuários em NED ao mês, são prescritas preparações com alimentos ou mistas para a maioria dos usuários em NED, e todos recebem acompanhamento nutricional.

Segundo os entrevistados, a introdução das preparações com alimentos e mistas nos protocolos municipais foi necessária para reduzir custos desta RAS, visto que não dispõe de linha de financiamento federal ou estadual. No entanto, além da redução dos custos, alguns municípios citaram outras vantagens da incorporação de preparações com alimentos e



mistas, como resgate do valor social do alimento e fortalecimento do acompanhamento nutricional. O trecho abaixo é de município do Grupo II, que antes de incorporar preparações mistas em seu protocolo, preconizou o fornecimento de fórmula comercial para atendimento de 50% das necessidades nutricionais do usuário, sendo 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 dada 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 com alimentos e 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 valor social do alimento e representam custo menor do que comerciais, preparações com



alimentos e mistas apresentam-se como alternativa para NE 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 sua composição nutricional, pois são escassos estudos que propõem preparações com alimentos e mistas completas nutricionalmente, de baixo custo, com adequada estabilidade e osmolaridade (BRASIL, 2016).

Todos os 10 municípios que prescrevem preparações com alimentos ou mistas aos usuários em NED dispõem de protocolo com definição dos critérios para esta prescrição e garantem acompanhamento nutricional destes usuários. Ao serem questionados sobre a definição das preparações com alimentos ou mistas, a maioria destes municípios (n= 9) optou por padronizar estas preparações em protocolo. Segundo os entrevistados, a preocupação com a padronização das preparações enterais foi a garantia da qualidade físico-química e composição nutricional, apesar de nenhuma ter sido analisada em laboratório, sua composição foi baseada em preparações previamente testadas, como a 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. Alguns municípios utilizavam as mesmas, por isto, dentre 9 municípios que padronizaram preparações com alimentos, foram encontradas 7 preparações distintas. Todas as preparações enterais selecionadas tiveram seu custo diário e composição nutricional estimada calculada. A Tabela 3 apresenta comparativo da composição de macronutrientes e custo das preparações enterais elaboradas com alimentos padronizadas nos municípios e de fórmula 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 ¹
	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 ¹	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) ²		60mL						



Água (para preparo de suco) ²		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%	29,9%	53,9%	30,70%	43,3%	42,80%	39,4%	53,7%
% de lipídeos	33,6%	56,8%	33,4%	55,80%	34,8%	35,10%	43,0%	31,4%

¹Utilizou-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®; NutrisonSoy®. ²O 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, inclusive a preparação A foi padronizada em 3 dos 9 municípios. Cinco das sete preparações com alimentos incluíam uma quantidade de fórmula comercial enquanto ingrediente da formulação (preparações enterais mistas), para facilitar o alcance dos macronutrientes 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), assim, para analisar o conteúdo nutricional destas preparações o ideal seria realizar uma análise laboratorial (bromatológica) da composição (SOUSA; FERREIRA; SCHIEFERDECKER, 2014; JANSEN et al., 2014b). A preparação G apresentou baixo conteúdo energético estimado (1.488 Kcal), somando-se à possibilidade de perdas nutricionais pós-peneiração, esta preparação não conseguiria atender às necessidades de indivíduos com gasto energético diário em torno de 1.800 Kcal.



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

A prescrição de preparações enterais elaboradas com alimentos demanda garantia do acompanhamento nutricional, sendo assim, municípios que não dispõem de nutricionista na RAS, fornecem apenas fórmulas comerciais. Em 2017 o município de Piraquara, que também compõe a 2ª RS do Paraná, publicou relato de experiência com a incorporação de preparações enterais mistas em seu protocolo, 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 fórmulas comerciais, o restante 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 contratação de mais nutricionistas para Atenção Básica (SOUSA; WILL, 2017). Municípios de outros estados, como Belo Horizonte e Campinas, também já publicaram relatos com incorporação de preparações com alimentos e mistas nos protocolos aos usuários em NED (ZABAN; NOVAES, 2009; JANSEN et al., 2014a).

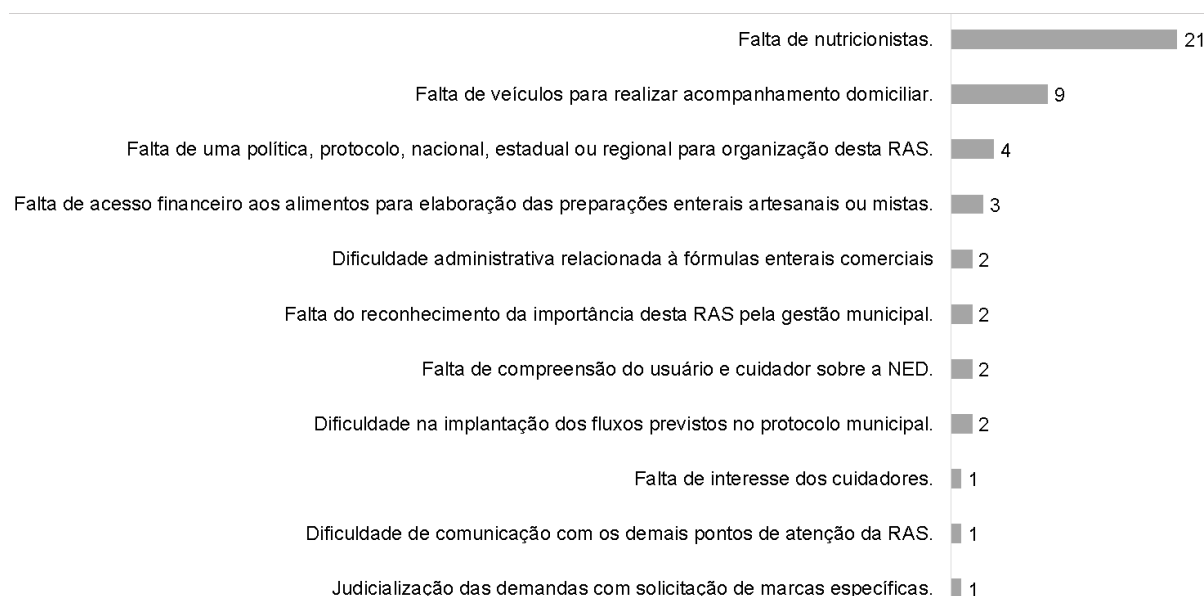


Fragilidades da RAS aos usuários em NED

Os entrevistados foram questionados sobre as maiores fragilidades da RAS aos usuários em NED em seus municípios. A Figura 1 apresenta o número de vezes que cada aspecto, considerado uma fragilidade da RAS aos usuários em NED, foi citado nas entrevistas com os

FIGURA 1 - PRINCIPAIS FRAGILIDADES DA RAS AOS USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ

29 municípios da 2ª RS do Paraná.

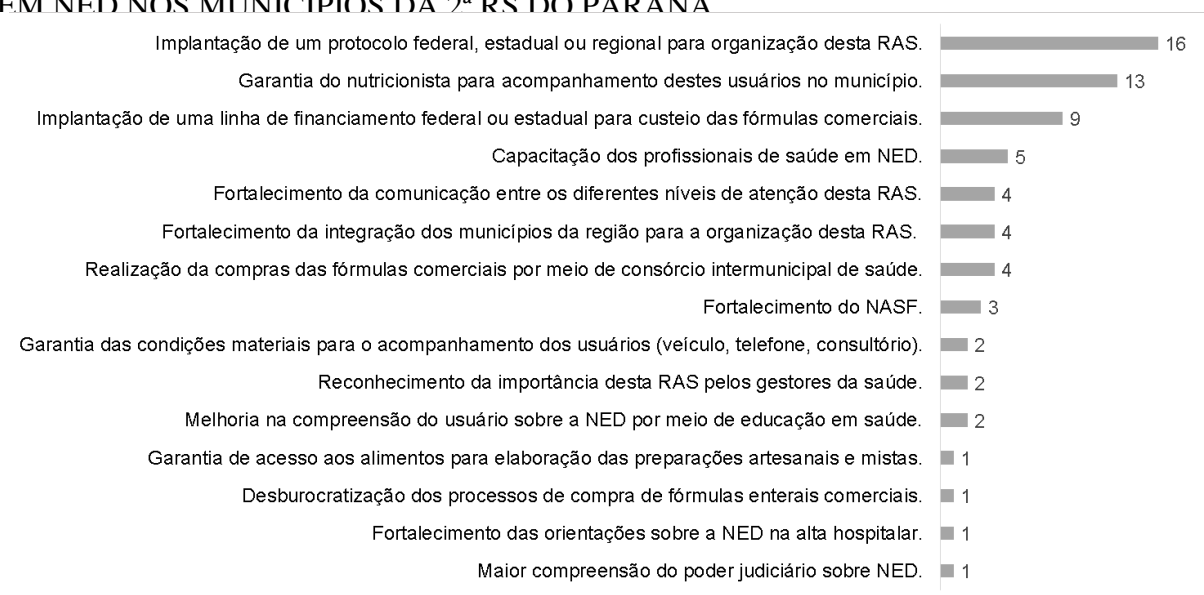


Fonte: O autor (2021).

A partir do relato sobre as maiores dificuldades para 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 2 apresenta o número de vezes que cada sugestão para a melhoria desta RAS foi citada nas entrevistas com os 29 municípios.



Figura 1 - SUGESTÕES PARA O FORTALECIMENTO DA RAS AOS USUÁRIOS EM NED NOS MUNICÍPIOS DA 2ª RS DO PARANÁ



Fonte: O autor (2021).

A principal queixa, citada por 21 municípios, foi a falta do nutricionista para realizar acompanhamento nutricional dos usuários em NED, e a presença do nutricionista foi citada por 13 municípios como principal estratégia para melhoria desta RAS. Dos 29 municípios da região, 8 (5 de pequeno porte e 3 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 prescrita (não dispõe produto ou marca prescrita) ou ao manejo da NED (usuário não tolera a dieta) o responsável pelo fornecimento das fórmulas no município (comumente farmacêutico ou assistente social) entra em contato com nutricionista prescritor para solicitar apoio. No entanto, segundo os entrevistados, é comum ter dificuldades para contactar o nutricionista prescritor, pois na prescrição há apenas contato do ambulatório ou hospital, onde malmente o nutricionista está disponível para responder à chamada no momento oportuno. Mesmo em municípios onde há 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 — responsável por coordenar ações de alimentação e nutrição (por exemplo, coordenar 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 atenção nutricional da 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

Outro aspecto, com relação à garantia de nutricionistas para 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 NASF enquanto estratégia para fortalecimento do acompanhamento nutricional destes usuários.

“...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 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 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.

No entanto, o fortalecimento da atenção nutricional vai além da presença do nutricionista, por exemplo, a falta de conhecimento e atualização do profissional sobre NED é impeditivo para melhoria da qualidade da atenção à saúde. Apesar do Ministério da Saúde ter publicado três cadernos sobre Cuidados em Terapia Nutricional na Atenção Domiciliar (BRASIL, 2015), é preciso investir em outras estratégias para qualificação destes profissionais, como cursos livres etc. Esta necessidade da qualificação dos acerca da NED foi apontada por 4 municípios.

“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 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 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 (usuário acamado ou debilitado) compareça ao ambulatório ou secretaria de saúde para receber orientações do nutricionista ou realizam contato telefônico com o usuário e cuidadores na impossibilidade de realizar a visita.

A falta de 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 fortalecimento. Na ausência desta regulamentação, cada município apresenta processo diferente de organização da atenção à saúde, no entanto, os usuários se deslocam frequentemente entre os municípios 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

Aliada à implantação de protocolo, a criação de linha de financiamento federal ou estadual para auxiliar os municípios na compra de fórmulas comerciais, como 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.

Apesar da incorporação de preparações elaboradas com alimentos e mistas nos protocolos municipais ser considerada boa alternativa para quem não possuem contraindicação para tal, há preocupação de que o usuário tenha acesso financeiro aos alimentos para 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 comerciais nos municípios que incorporaram as preparações elaboradas com alimentos e mistas em seus protocolos. Assim, os municípios acabam fornecendo fórmulas comerciais para usuários que poderiam usar preparações com alimentos ou mistas, quando detectam que o usuário não tem condições 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 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 processos de compra, que dependem de licitação, algumas vezes levam ao desabastecimento de produtos. Quando a gestão municipal não prioriza a compra desses insumos esta realidade pode ser mais frequente. Estratégias para auxiliar os municípios com a compra de fórmulas comerciais também foram citadas para o fortalecimento desta RAS, como a realização da compra por Consórcio Intermunicipal de Saúde, com vistas a padronizar



os produtos adquiridos pelos municípios e buscar menor preço (n = 4), e a desburocratização dos processos de compra pública (n = 1).

Apesar de no contexto nacional (DELDUQUE; SILVA, 2014; PEREIRA et al., 2014; LIMA; MENDES, 2018) a judicialização em saúde ser apontada como problema crescente na atenção aos usuários em NED, foi citada como fragilidade da rede por apenas 1 município durante entrevistas. Em consonância, apenas 1 município pontuou necessidade do judiciário ter maior conhecimento sobre o tema. Curiosamente, o único município que citou a judicialização do fornecimento de nutrição enteral como um dos desafios desta rede, é também um município que fornece 100% das necessidades nutricionais em fórmula comercial para 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 judicializaram 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 prescrição de preparações com alimentos ou mistas, os entrevistados citaram que isto não impactou em aumento de solicitações



judiciais para fornecimento de fórmulas comerciais, dado que o acompanhamento nutricional desses 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 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.



CONCLUSÕES

Não há homogeneidade no funcionamento das RAS aos usuários em NED em Curitiba e região metropolitana 2ª RS do Paraná, como consequência da falta de uma política federal ou estadual voltada a estes usuários. A maioria dos municípios realiza fornecimento de fórmulas enterais comerciais para suprir todas as necessidades nutricionais dos usuários em NED, 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 análise laboratorial destas formulações, para garantir sua qualidade nutricional.

A falta de nutricionistas para realizar o acompanhamento dos usuários em NED é vista como a principal fragilidade desta RAS pelos municípios 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.

REFERÊNCIAS

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

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. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/info_terapia_nutricional.pdf>
Acesso em: 06 de dez. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 187p. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf>. Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>
> Acesso em: 06 de dez. de 2022.



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. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2018/08formulas.pdf>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<https://institutoeaja.files.wordpress.com/2017/12/direito-c3a0-alimentac3a7c3a3o-polc3adticas-pc3bablicas-e-restric3a7c3b5es-alimentares-entre-a-invisibilidade-e-o-reconhecimento-leonardo-corr3aaa-20171.pdf>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<https://revista.nutricion.org/PDF/cutchma.pdf>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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



<<http://www.rdpc.com.br/index.php/rdpc/article/view/95/107>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

IBGE. **Cidades @**, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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, 2014. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/10300/9699>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/revistadssps/article/view/5030>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10345/10929>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.



MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

PAULINO, Keytli Cardoso 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. Disponível em:

<<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23172/18614>>

Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10504/9729>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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: 06 de dez. de 2022.

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. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10520/9702>> Acesso em: 06 de dez. de 2022.



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: 06 de dez. de 2022.

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.

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

<https://www.bapen.org.uk/pdfs/bans_reports/bans_report_11.pdf> Acesso em: 06 de dez. de 2022.

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

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/30161/21773>>

Acesso em: 06 de dez. de 2022.



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: 06 de dez. de 2022.

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: 06 de dez. de 2022.

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.