

# Fortalecendo a rede de atenção às necessidades alimentares especiais: uma experiência com fórmulas enterais semiartesanaís, em Piraquara-PR

## Strengthening the care of those with special dietary needs: an experience with blenderized diets, in Piraquara-PR

Luna Rezende Machado de Sousa<sup>1,2</sup>  
Karin Luciane Will<sup>2</sup>

<sup>1</sup> McGill University, Department of Human Nutrition, MSc program. Montreal, Canada.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Piraquara, Secretaria Municipal de Saúde, Piraquara-PR, Brasil

Correspondência / *Correspondence*  
Luna Rezende Machado de Sousa  
E-mail: lunarms@gmail.com

### Resumo

Trata-se de relato de experiência sobre a implantação de um Protocolo Municipal de Dietas Especiais, para atendimento aos portadores de necessidades alimentares especiais, valendo-se de fórmulas enterais semiartesanaís. O objetivo desta experiência foi o fortalecimento desta rede de cuidados, que apresenta demanda crescente e carência de orçamento público. Antes deste Protocolo, o município fornecia 50% das necessidades nutricionais do paciente por meio de fórmulas industrializadas, o restante devendo ser custeado pela família. Este Protocolo teve como metas: garantir 100% das necessidades nutricionais dos pacientes, por meio de fórmulas semiartesanaís; aumentar o quadro de nutricionistas para viabilizar o acompanhamento nutricional em domicílio; e garantir a viabilidade financeira desta rede. Para tal, foram elaboradas dietas enterais para adultos e crianças, de 1.500 Kcal, 1.800 Kcal e 2.100 Kcal, com base em fórmulas anteriormente analisadas quimicamente. As fórmulas consistiram em uma mistura de alimentos – contidos na Cesta Básica – e fórmulas enterais industrializadas, fornecidas pelo município. Após um ano de sua implantação, o custo médio por paciente atendido com fórmulas enterais industrializadas caiu 48%, o que permitiu a contratação de mais nutricionistas para a Atenção Básica. Esta iniciativa contou, como espaço de discussão e apoio, com um Grupo de Trabalho sobre atenção nutricional na terapia enteral, composto por nutricionistas dos municípios vizinhos e do Conselho Regional de Nutricionistas do Paraná. Espera-se que este trabalho estimule o compartilhamento de experiências governamentais voltadas à atenção nutricional de portadores de necessidades alimentares especiais.

**Palavras-chave:** Terapia Nutricional. Nutrição Enteral. Assistência Domiciliar. Sistema Único de Saúde.

## Abstract

This is an experience report about the implementation of a Municipal Protocol of Special Diets, to attend to those with special dietary needs, using blenderized tube feeding. The objective of this experience was the strengthening of this health care network, due to its increasing demand and lack of public budget. Prior to this Protocol, the municipality provided 50% of the patient's nutritional needs through industrialized formulas, the rest should be funded by the family. The objectives of this Protocol were: to guarantee 100% of the patient's nutritional needs, through blenderized diets; increase the number of nutritionists to enable nutritional monitoring at home; and ensure its financial viability. For that, enteral diets for adults and children - of 1,500 Kcal, 1,800 Kcal and 2,100 Kcal - were prepared based on formulas previously analyzed. The formulas consisted of a mixture of basic foods and industrialized enteral diet, provided by the municipality. After 1 year of its implementation, the average cost per patient treated with enteral formulas fell by 48%, which allowed the hiring of more nutritionists for the City's Primary Health Care. As a space for discussion and support, this initiative had a Working Group on nutritional care in enteral therapy, composed of nutritionists from neighboring municipalities and the Regional Council of Nutritionists of Paraná. It is hoped that this work will stimulate the sharing of governmental experiences focused on the nutritional care of people with special dietary needs.

**Keywords:** Nutritional Therapy. Enteral Nutrition. Home Care. Health System.

## Contextualização da experiência

O envelhecimento da população tem causado mudanças no quadro epidemiológico, como, por exemplo, o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis que levam à necessidade de terapia nutricional enteral (TNE). Frequentemente, nestas situações clínicas, a TNE se faz indispensável por períodos prolongados, tornando conveniente a sua continuidade em domicílio.<sup>1-3</sup>

A terapia enteral domiciliar é cada vez mais utilizada, pelos seus já comprovados benefícios relacionados à proximidade do paciente com seus familiares, à redução do risco de contaminação hospitalar e ao menor gasto com internação.<sup>1,2,4</sup>

Este quadro representa um novo desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este é também responsável pelo cuidado nutricional daqueles com necessidades alimentares especiais. Ressalta-se que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) também preveem, em suas diretrizes e objetivos, a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos portadores de necessidades alimentares especiais.<sup>1,2,4-6</sup>

A TNE domiciliar pode ser realizada com fórmulas industrializadas, cujo benefício está na sua composição nutricional, osmolalidade, estabilidade adequada e segurança microbiológica, testadas pela indústria. No entanto, devido ao seu alto custo, tornam-se impraticáveis para a maioria das famílias brasileiras.<sup>4,6</sup> Também são de difícil custeio para o SUS, uma vez que não há financiamento específico para a TNE domiciliar. Por exemplo, no Paraná, o custeio das dietas enterais fica a cargo dos municípios, não havendo contrapartida estadual específica.<sup>2,6</sup> Ressalta-se que, no âmbito hospitalar, as dietas enterais industrializadas são custeadas pelo SUS nos hospitais habilitados, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009.<sup>7</sup>

Nesse contexto, para TNE domiciliar é frequentemente indicado o uso de fórmulas artesanais (preparadas somente com alimentos *in natura*) ou semiartesanais/mistas (preparadas com alimentos *in natura* e produtos industrializados). Para isto, estados e municípios têm implantado protocolos clínicos para o acompanhamento de indivíduos com necessidades alimentares especiais, contemplando o fornecimento de fórmulas industrializadas e/ou as diretrizes para a orientação de fórmulas artesanais e semiartesanais.<sup>2,5</sup>

Apesar de o alto custo ser o principal fator limitando para o uso de dietas enterais industrializadas em domicílio, diversos estudos nacionais e internacionais vêm apresentando outras justificativas para a escolha das fórmulas artesanais, como: aumento da tolerância do volume de dieta administrado; melhora na constipação; redução da incidência de refluxo e náuseas. Muitos pacientes e familiares também optam por fórmulas artesanais por serem compostas por alimentos mais naturais e elaboradas em domicílio com alimentos usualmente utilizados pela família, contribuindo com fatores psicológicos intimamente associados à alimentação. Destaca-se que esses mesmos pesquisadores reforçam a necessidade da prescrição e do acompanhamento por nutricionista para a utilização de dietas enterais artesanais.<sup>5,8-11</sup>

Também é verdade que alguns estudos apontam como inseguro e ineficaz o uso das fórmulas artesanais, no entanto, alguns deles foram financiados por laboratórios que produzem fórmulas industrializadas.<sup>12,13</sup> Pesquisadores apontam que o *lobby* das indústrias de medicamentos e fórmulas

nutricionais é o principal fator para a judicialização da saúde devido a sua influência junto às associações, entidades de classe e profissionais de saúde, que faz com que usuários e prescritores passem a considerar imprescindível o uso de determinada fórmula nutricional. E, ainda, consideram que o Sistema Judiciário não está preparado para julgar sobre o fornecimento de fórmulas enterais, pela falta de compreensão do tema. Em um levantamento de demandas judiciais, foi observado que o profissional nutricionista é pouco citado nos processos, seja como prescritor da fórmula nutricional ou como perito do juízo.<sup>14</sup>

A organização de redes de atenção aos portadores de necessidades alimentares especiais é essencial para o fortalecimento do SUS e garantia do DHAA, perante a pressão da indústria e judicialização da saúde.<sup>5,6</sup> Sendo assim, este trabalho objetiva compartilhar a experiência de implantação do Protocolo Municipal de Dietas Especiais, com utilização de fórmulas semiartesanaís, no município de Piraquara, Paraná.

## Métodos

Trata-se de uma descrição da experiência de implantação de Protocolo Municipal de Dietas Especiais, para a atenção nutricional aos portadores de necessidades alimentares especiais, com utilização de fórmulas semiartesanaís. A experiência aconteceu em Piraquara, município com 106.132 mil habitantes, localizado na região metropolitana de Curitiba/PR. Está entre os municípios mais pobres do Paraná, apresentando, em 2013, o pior Produto Interno Bruto *per capita* (PIB *per capita*) do Paraná.<sup>15</sup>

## Contexto prévio à experiência

O processo de implantação deste Protocolo, que padroniza o uso de dietas semiartesanaís, iniciou em março de 2015. Antes disto, o município possuía um Protocolo que garantia o fornecimento de fórmulas enterais industrializadas em quantidade suficiente para suprir 50% das necessidades nutricionais dos pacientes, o restante devendo ser custeado pelo paciente.

Como se trata de uma população em maioria carente, na prática, em vez de comprarem o restante das fórmulas industrializadas, muitas famílias diluíam os produtos fornecidos para que durassem até a data do próximo recebimento. Ou, ainda, algumas famílias forneciam alimentos liquidificados pela sonda, sem orientação e prescrição devida. Nessa época, a rede de atenção à saúde de Piraquara contava com apenas uma nutricionista, a qual era responsável por diversos programas (Bolsa Família, Atenção à Saúde da Criança, Dietas Especiais). Sendo assim, o acompanhamento nutricional dos pacientes que recebiam as fórmulas resumia-se a visitas esporádicas quando era reportada alguma complicação na administração da dieta.

Mesmo o município custeando apenas 50% do quantitativo necessário, o custo anual do Programa Municipal de Dietas era de R\$ 200.000. Em 2014, a média do gasto anual por paciente chegou a R\$ 2.997.

## Elaboração do Protocolo

Após a contratação da segunda nutricionista da rede de atenção à saúde de Piraquara, foi possível somar esforços para a elaboração de um novo Protocolo, que tinha como objetivos:

- Garantir que os pacientes em terapia nutricional enteral tenham 100% das necessidades nutricionais alcançadas por meio de fórmulas enterais semiartesanas/mistas.
- Garantir que os pacientes em situação clínica que contraindica a utilização de fórmula enteral semiartesanal/mista recebam fórmulas industrializadas que garantam 100% de suas necessidades nutricionais.
- Implantar o acompanhamento nutricional em domicílio, dos pacientes em terapia enteral domiciliar, por meio da contratação de nutricionistas para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Garantir a viabilidade de custeio do Programa Municipal de Dietas Especiais.

A definição das fórmulas enterais foi baseada em experiências com formulações semiartesanas que tiveram suas características físico-químicas e nutricionais analisadas laboratorialmente, como as formulações de 1.800 Kcal e 2.100 Kcal utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.<sup>3</sup>

No entanto, considerando a dificuldade dos pacientes em comprarem alimentos básicos, alguns ingredientes destas formulações foram substituídos por fórmula enteral industrializada fornecida pelo município. Os ingredientes substituídos foram: ovo, cereal comercial à base de milho, cenoura, suco de laranja, castanha-do-pará e albumina. De modo que o paciente fica responsável por comprar apenas leite, farinha de trigo, batata, óleo de soja e açúcar, os quais compõem a Cesta Básica. Para pacientes diabéticos, o açúcar foi substituído pela maltodextrina, também fornecida pelo município.

Com base na combinação dos mesmos ingredientes, também foi elaborada fórmula enteral semiartesanal para atender às necessidades de 1.500 Kcal/dia para adultos; e de 1.500 Kcal e 1.800 Kcal/dia para menores de 10 anos. A comparação entre as formulações utilizadas em Belo Horizonte<sup>3</sup> e as elaboradas para o Protocolo de Piraquara é mostrada na Tabela 1.

**Tabela 1.** Formulações enterais semiartesanaís utilizadas na prefeitura de Belo Horizonte/MG em 2014, e elaboradas para o protocolo de Piraquara/PR.

INGREDIENTES	Formulações da prefeitura de Belo Horizonte <sup>3</sup>		Formulações do Protocolo Municipal de Dietas Especiais de Piraquara				
	Adulto		Adulto			Infantil	
	1.800 Kcal	2.100 Kcal	1.500 Kcal	1.800 Kcal	2.100 Kcal	1.500 Kcal	1.800 Kcal
Leite integral (ml) <sup>a</sup>	500	500	500	500	500	500	500
Leite desnatado (ml) <sup>a</sup>	500	500	500	500	500	500	500
Farinha de trigo torrada (g)	117	117	80	120	120	40	40
Batata cozida (g)	280	280	280	280	280	280	280
Óleo de soja (ml)	39	52	30	39	48	30	30
Açúcar (g) ou Maltodextrina (g) <sup>b</sup>	27,6	27,5	30	30	60	30	30
Sal (g)	2	4	5	5	5	5	5
Albumina em pó (g)	11,6	29	-	-	-	-	-
Castanha-do-Pará (g)	2	2	-	-	-	-	-
Cereal comercial à base de milho (g)	15	20	-	-	-	-	-
Ovo cozido (g) [2 x/semana]	45	45	-	-	-	-	-
Dieta enteral industrializada padrão, à base de leite ou proteína de soja (g)	-	-	37	52	74	-	-
Dieta enteral industrializada padrão para crianças de 0 a 10 anos (g)	-	-	-	-	-	78,4	137
Suco (250 ml)	55	55	-	-	-	-	-
Cenoura crua (g)	180	180	-	-	-	-	-
Suco de laranja (ml)	13,8	27,5	-	-	-	-	-
Açúcar(g)							

<sup>a</sup> Os pacientes são orientados quanto à possibilidade de usar 1 litro de leite semidesnatado, em vez da mistura de 100 ml de leite integral com 500 ml de leite desnatado. <sup>b</sup> Para pacientes diabéticos, o açúcar é substituído pela maltodextrina, em igual quantidade, fornecida pelo município.

Estudos mostram que a utilização de ingredientes que deixam muito resíduo na peneiração, como carnes e vegetais, prejudica a composição nutricional das fórmulas artesanais. Os resíduos perdidos no processo de peneiração tornam o conteúdo nutricional menor que o estimado pelas tabelas de composição de alimentos.<sup>4</sup> Por isto, para evitar prejuízo no valor nutricional, estes alimentos não foram utilizados nas formulações semiartesanais. Resumidamente, as formulações originais, testadas quimicamente,<sup>3</sup> sofreram a retirada de alguns *in natura* e a adição de dieta industrializada.

Após as alterações realizadas, calculou-se o valor nutricional das formulações elaboradas, com base na tabela TACO<sup>16</sup> e nos rótulos das dietas industrializadas. A composição nutricional das fórmulas semiartesanais padronizadas no Protocolo Municipal de Dietas Especiais de Piraquara é apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2.** Composição nutricional das formulações enterais semiartesanais do protocolo de Piraquara/PR, elaborado em 2015.

Formulações	Calorias	Carboidratos		Proteínas		Lipídeos		Fibras
	Kcal	(g)	% <sup>a</sup>	(g)	%	(g)	%	(g)
Infantil 1.500 Kcal	1.553,79	202,60	52,15	48,10	12,38	61,67	35,72	4,56
Infantil 1.800 Kcal	1.825,11	237,76	52,11	56,31	12,34	72,22	35,61	4,56
Adulto 1.500 Kcal	1.524,60	210,18	55,14	49,68	13,03	54,65	32,26	5,48
Adulto 1.800 Kcal	1.783,00	246,32	55,26	53,53	12,01	65,30	32,96	6,40
Adulto 2.100 Kcal	2.073,60	289,15	55,78	57,15	11,02	77,60	33,68	6,40

<sup>a</sup>% refere-se à distribuição dos macronutrientes nas formulações.

Todas as formulações mostraram-se normocalóricas, normoproteicas e normolipídicas. Como esperado, pela natureza dos ingredientes, o conteúdo de fibras das formulações apresentou porcentual de adequação em torno de 20%.<sup>17</sup> Sendo assim, há a necessidade de suplementação de fibras. Por isto, foi prevista no Protocolo a dispensação de módulo de fibras ou a substituição da fórmula industrializada padrão pela forma industrializada com fibras, de acordo com a prescrição

do nutricionista do NASF. A dispensação de módulo de proteínas também foi prevista no Protocolo, em caso de avaliação da necessidade e prescrição de dieta hiperproteica pelo nutricionista do NASF.

Algumas situações clínicas contraindicam a utilização de fórmulas artesanais,<sup>8</sup> sendo assim, o Protocolo contemplou estas exceções: insuficiência renal crônica grave (pré-dialítico ou em diálise); úlcera de pressão grau III ou mais; pré e pós-cirúrgicos de cirurgia no abdômen; pré e pós-transplantados; e síndrome disabsortiva grave. Para os pacientes nestas situações, foi previsto o fornecimento de fórmulas industrializadas para 100% das necessidades nutricionais.

Apesar de o Protocolo contar com fórmulas enterais semiartesanaís para menores de 10 anos, também é previsto o fornecimento de fórmulas enterais industrializadas para pacientes nesta faixa etária, mediante prescrição e justificativa da necessidade pelo nutricionista do NASF.

Para o auxílio e padronização da assistência nutricional, uniformizaram-se os formulários para a prescrição da terapia enteral semiartesanais, as fichas de acompanhamento nutricional e o termo de compromisso do paciente pelo recebimento de formulações industrializadas.

O Protocolo também estabeleceu o acompanhamento nutricional, dos pacientes em terapia enteral domiciliar, com frequência mínima mensal, por nutricionistas do NASF. Para tal, foi prevista a contratação de mais três nutricionistas, visando à cobertura de todas as Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica.

Considerando a redução da dispensação de dietas industrializadas (apesar da quantidade a ser fornecida com o preparo das formulações semiartesanaís), estimou-se que o novo Protocolo reduziria em 25% os custos anuais com fórmulas industrializadas. Ou seja, como o custo anual era em torno de R\$ 200.000, previu-se a redução para R\$ 170.000.

## Apresentação do Protocolo ao Conselho Municipal de Saúde

Os conselhos de saúde são instâncias deliberativas, de controle e participação da sociedade na gestão do SUS.<sup>18</sup> Sendo assim, a implantação e alteração de programas e políticas de saúde, na esfera municipal, dependem da aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O Protocolo Municipal de Dietas Especiais foi apresentado, pelas duas nutricionistas, ao Conselho Municipal de Saúde de Piraquara. A maior preocupação era que alguns conselheiros entendessem o novo Protocolo como apenas uma redução no volume de fórmulas industrializadas dispensado. Por isto, a proposta da utilização das fórmulas semiartesanaís, com acompanhamento mensal do nutricionista, foi explicada minuciosamente.

Os conselheiros compreenderam que o novo Protocolo fortaleceria a atenção aos portadores de necessidades alimentares especiais, por meio do acompanhamento nutricional e da prescrição

dietoterápica para atendimento de 100% das necessidades nutricionais. Assim sendo, o Protocolo foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Municipal de Saúde.

## Resultados

No segundo semestre de 2015, após a contratação de mais uma nutricionista, o Protocolo foi implantado. Apesar da resistência inicial de alguns pacientes que já participavam do Programa de Dietas, a maioria apresentou boa aceitação das mudanças implantadas.

O acompanhamento nutricional dos pacientes em uso das fórmulas semiartesanais aumentou a demanda dos nutricionistas, responsáveis pelas avaliações nutricionais, prescrições das formulações enterais e acompanhamento dos pacientes. A utilização de fórmulas semiartesanais possibilitou a adição de módulos de nutrientes para suprir necessidades específicas, como módulo de fibras e de proteína, fornecidos pelo município mediante a prescrição da nutricionista.

Em caso de complicações com a dieta, necessidade de alteração da fórmula semiartesanal ou de utilização exclusiva de fórmula industrializada (para as situações clínicas que configuram exceções), a nutricionista do NASF contata a nutricionista coordenadora do Programa Municipal de Dietas Especiais. Estes casos são avaliados individualmente pelas nutricionistas, e modificações na dieta são realizadas quando necessárias.

Em 2017, foi feita a avaliação do custo do Programa de Dietas, com base nas notas de empenho, para compra de dietas industrializadas, emitidas no período de 2013 a 2016 pela Secretaria Municipal de Saúde. Foram observados, no período em questão, o custo anual do programa e o custo anual médio por paciente, como mostra a Tabela 3:

**Tabela 3.** Custo anual do Programa Municipal de Dietas Especiais e custo anual médio por paciente, no período de 2013 a 2016, em Piraquara/PR.

Ano	Custo anual do programa	Nº médio de pacientes atendidos mensalmente	Custo anual médio por paciente
2013	R\$ 197.433	94	R\$ 2.100 <sup>a</sup>
2014	R\$ 200.856	67	R\$ 2.997 <sup>a</sup>
2015	R\$ 134.960	86	R\$ 1.569 <sup>b</sup>
2016	R\$ 134.560	86	R\$ 1.564 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Custo anterior à implantação do Protocolo.

<sup>b</sup> Custo posterior à implantação do Protocolo.

Analisando os valores empenhados pelo Programa de Dietas, fica claro que após a implantação do Protocolo, em 2015, houve expressiva redução do custo anual médio por paciente. Ao comparar os gastos do programa em 2016, um ano após a implantação do Protocolo, com os gastos de 2013, houve redução de 26%, e em comparação aos gastos em 2014, redução de 48%. É importante considerar que a diminuição dos custos aconteceu mesmo em meio ao aumento inflacionário no preço dos produtos.

O limitado orçamento da Saúde exige sua alocação racional, visando ao melhor custo-benefício.<sup>6</sup> A implantação do Protocolo implicou a redução nos gastos do Programa Municipal de Dietas, sem implicar prejuízo na atenção aos pacientes com necessidades alimentares especiais. Esta economia possibilitou a contratação de mais dois nutricionistas, no início de 2016.

## Reflexões

A implantação deste Protocolo acarretou, na maioria dos casos, na necessidade de alteração da prescrição dietoterápica recebida na alta hospitalar, pois, apesar de a maior parte dos municípios da região metropolitana de Curitiba não fornecer dietas enterais industrializadas, muitos hospitais da região prescrevem dieta enteral industrializada, como única opção, na alta do paciente.

A alteração das prescrições nutricionais é um fator de conflito na rede de atenção aos portadores de necessidades alimentares especiais. Entende-se que uma vez que o paciente retorna ao domicílio, e ficará em acompanhamento nutricional pelo NASF, seu cuidado nutricional é de responsabilidade do município. Porém, nutricionistas dos hospitais alegam que, como o paciente também continuará em acompanhamento pelo hospital, onde seu tratamento foi iniciado, o mesmo deverá continuar seguindo as prescrições nutricionais recebidas no hospital. O que, na maioria das vezes, não é possível, haja vista que o município não pode se responsabilizar pelo fornecimento de produtos prescritos por outra instituição e que não fazem parte de seu protocolo clínico.

Uma vez que o acompanhamento nutricional do paciente em domicílio será realizado pelo município, bem como o fornecimento dos insumos necessários para tal, a avaliação e prescrição nutricional são de responsabilidade do nutricionista do NASF. O que significa, muitas vezes, ter que lidar com a resistência e frustração do paciente e seus familiares, pois receberam orientações e prescrições diferentes no hospital. Este atrito é atenuado à medida que o paciente constrói vínculo com a sua equipe de saúde da Atenção Básica, pois o paciente passa a reconhecer que, independente dos serviços hospitalares pelos quais passar, quando retornar ao domicílio haverá profissionais de sua confiança que darão continuidade ao tratamento.

Para evitar estes conflitos, as nutricionistas do NASF foram orientadas a entrar em contato com a nutricionista responsável pela prescrição hospitalar, para informar sobre as alterações.

No entanto, esta tarefa não é fácil. Considerando o grande quantitativo de profissionais e ainda sua rotatividade, não é possível ter o contato direto ou eletrônico de todos esses profissionais. As prescrições também não dispõem do contato direto do profissional nutricionista, fazendo-se necessário ligar para o setor de nutrição do hospital, a fim de conversar com o prescritor, o qual, muitas vezes, pode estar ocupado, ou não estar na escala de trabalho no dia. Então, apesar das tentativas, torna-se complicado o contato com o nutricionista que realizou a prescrição dietoterápica no hospital.

Diante do aumento da demanda de pacientes com necessidades especiais de alimentação e dos esforços em atendê-la a despeito do baixo orçamento, criou-se um Grupo de Trabalho para discussão do tema. O grupo é composto por nutricionistas que atuam em hospitais e secretarias municipais de Saúde dos municípios de Curitiba, Piraquara e Pinhais (ambos da Região Metropolitana) e membros do Conselho Regional de Nutrição da 8ª Região. O objetivo é promover o diálogo entre os nutricionistas que atuam na área, consolidando-se como uma ferramenta de discussão sobre o atendimento nutricional na terapia enteral e apoio às iniciativas municipais de fortalecimento desta rede.

## Conclusões

O Protocolo Municipal de Dietas Especiais, com a utilização de fórmulas semiartesanaís, fortaleceu a rede de cuidados aos portadores de necessidades alimentares. Anteriormente, os pacientes recebiam fórmulas industrializadas para atender 50% das suas necessidades nutricionais. Após o Protocolo, os pacientes recebem acompanhamento nutricional em domicílio, com orientações de fórmulas enterais semiartesanaís.

As fórmulas são preparadas a partir de uma mistura de alimentos básicos – farinha, leite, batata e açúcar – com dietas industrializadas, que são fornecidas pelo município. Pacientes em situações clínicas que contraindicam dietas semiartesanaís recebem 100% de suas necessidades em formulações industrializadas.

A implantação do Protocolo reduziu as despesas municipais com compra de formulações industrializadas, o que permitiu a realocação dos recursos para contratação de mais nutricionistas para a rede de Atenção Básica.

Espera-se que este trabalho estimule mais municípios a compartilharem a experiência de estruturação de suas redes de atenção aos portadores de necessidades especiais. A institucionalização destes processos fortalece o SUS, traz garantia de direitos aos usuários e vai contra o movimento de judicialização da saúde.

## Colaboradores

Sousa LRM trabalhou em todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão final do artigo. Will KL participou da concepção do estudo e da sua versão final.

Conflito de interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

## Referências

1. Cutchma G, Eurich MCM, Thieme RD, França RM, Schieferdecker MEM. Fórmulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2016; 36(2):45-54.
2. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, Coimbra JR, Rodrigues MTG, Rodrigues AMS, et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar: promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. *Demetra* 2014; 9(Supl.1):233-247.
3. Jansen AK, Generoso SV, Miranda LAVO, Guedes EG, Henriques GS. Avaliação química de macronutrientes e minerais de dietas enterais artesanais utilizadas em terapia nutricional domiciliar no sistema único de saúde. *Demetra* 2014; 9(Supl.1):249-267.
4. Sousa LRM, Ferreira SMR, Schieferdecker MEM. Physicochemical and nutritional characteristics of handmade enteral diets. *Nutr Hosp*. 2014; 29:568-574.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, cuidados em terapia nutricional. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Pereira TN, Silva KC, Pires ACL, Alves KPS, Lemos ASP, Jaime PC. Perfil das demandas judiciais para fornecimento de fórmulas nutricionais encaminhadas ao Ministério da Saúde do Brasil. *Demetra* 2014; 9(Supl.1):199-214.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 120 de 14 de abril de 2009. *Diário Oficial da União* 20 abr. 2009; Seção 1(74):72.
8. Escuro AA. Blenderized tube feeding: suggested guidelines to clinicians. *Practical gastroenterology dec*. 2014; 38(12):58-66. *Nutrition Issues in Gastroenterology*; 136
9. Bobo E. Reemergence of blenderized tube feedings. *Nutrition in Clinical Practice* 2016; 31(6):730-735.
10. Hurt RT, Varavil JE, Epp LM, Pattinson AK, Lammer LM, Lintz JE, et al. Blenderized tube feeding use in adult home enteral nutrition patients: a cross-sectional study. *Nutr Clin Pract*. 2015; 30(6):824-829.
11. Coad J, Toft A, Lapwood S, Manning J, Hunter M, Jenkins H, et al. Blended foods for tube-fed children: a safe and realistic option? a rapid review of the evidence. *Arch Dis Child* 2017; (102):274-278.
12. Borghi R, Araujo TD, Vieira RIA, Souza TT, Waitzberg DL. ILSI Task Force on enteral nutrition; estimated composition and costs of blenderized diets. *Nutr Hosp*. 2013; 28(6):2033-2038.
13. Borghi R, Araujo TD, Vieira RIA, Souza TT, Waitzberg DL. Estudo teórico da composição nutricional e custos de dieta enteral artesanal no Brasil: conclusões da Força-Tarefa de Nutrição Clínica do ILSI. *Rev Bras Nutr Clin*. 2013; 28(2):71-75.

14. Kimielle CS. Acesso às fórmulas nutricionais para usuários do SUS: percepções dos atores do sistema de justiça frente à judicialização [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.
15. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno Estatístico Município de Piraquara. Piraquara: IPARDES; 2017.
16. Universidade de Campinas. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação. Tabela brasileira de composição de alimentos (TACO). Versão 2. 2ª ed. Campinas: UNICAMP/NEPA; 2006. 113 p.
17. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4. ed. São Paulo; 2009.
18. 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 31 dez. 1990; Seção 1.

Recebido: 28/08/2017

Revisado: 08/09/2017

Aceito: 11/09/2017

