

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
Programa de Pós-graduação em Ciências para a Saúde
Mestrado Profissional

Avaliação do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal no ano de 2022 e elaboração de material educativo para a população

Autor(a): Natália Carolina Gonçalves
Crepalde
Orientador(a): Dra. Ana Lúcia Ribeiro
Salomon

Brasília – DF
2025

Natália Carolina Gonçalves Crepalde

**Avaliação do Programa de Terapia Nutricional
Enteral Domiciliar do Distrito Federal no ano de 2022
e elaboração de material educativo para a população**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde do Adulto

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Ribeiro Salomon

Brasília

2025

Ficha catalográfica

Ficha catalográfica gerada automaticamente com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a)

C917

Crepalde, Natália Carolina Gonçalves
Avaliação do Programa de Terapia Nutricional Enteral
Domiciliar do Distrito Federal no ano de 2022 e elaboração
de material educativo para a população / Natália Carolina
Gonçalves Crepalde; orientadora Ana Lúcia Ribeiro Salomon.
- Brasília, 2025.
143 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde) -- Escola
de Saúde Pública do Distrito Federal, Fundação de Ensino
e Pesquisa em Ciências da Saúde.

1. Terapia Nutricional. 2. Serviços de Assistência
Domiciliar. 3. Nutrição Enteral. 4. Programas de
Nutrição. 5. Adulto. I. Salomon, Ana Lúcia Ribeiro,

TERMO DE APROVAÇÃO

NATÁLIA CAROLINA GONÇALVES CREPALDE

Avaliação do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal no ano de 2022 e elaboração de material educativo para a população

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências para a Saúde**, pelo programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde – Mestrado Profissional - da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

Aprovada em: 27/06/2025.

Documento assinado digitalmente
 ANA LUCIA RIBEIRO SALOMON
Data: 28/06/2025 16:24:27-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Ribeiro Salomon
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP/DF)
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 RENATA COSTA FORTES
Data: 28/06/2025 16:57:27-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Renata Costa Fortes
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP/DF)
Examinadora Interna

Documento assinado digitalmente
 GUILHERME DUPRAT CENICCOLA
Data: 29/06/2025 16:09:26-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Guilherme Duprat Ceniccola
Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)
Examinador Externo

Prof.^a Dr.^a. Leila Bernarda Donato Gottens
Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESP/DF)
Suplente

Dedicatória

Dedico este trabalho aos pacientes e seus familiares. Desejo que todos alcancem a felicidade e consigam minimizar seu sofrimento

Agradecimentos

Meu agradecimento à minha orientadora, Dra Ana Lúcia Salomon, pela orientação durante esta caminhada.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa, pelo aceite do convite e pelas valiosas contribuições ao trabalho.

À nutricionista Carolina Gama, gerente do serviço de nutrição da Secretaria de Saúde do Distrito Federal por ter aberto as portas para a realização do trabalho. Agradeço também aos nutricionistas que me fizeram companhia nos sábados de coleta de dados.

Aos nutricionistas da CNUD: Lígia, Wesley, Fernanda e Ariane, que me auxiliaram na coleta de dados.

Ao Gabriel Perri Esteves, que foi fundamental para a realização e interpretação das análises estatísticas. Sua disponibilidade e paciência com minhas dúvidas foram muito importantes para a compreensão de um mundo novo para mim.

Ao meu amor, Evandro, pela maravilhosa vida a dois, repleta de amor, companheirismo, escuta, paciência. Agradeço principalmente por acreditar no meu potencial e não me deixar desistir desse objetivo.

Ao Miguel, nosso bebê, que me ensina todos os dias sobre o amor, a paciência e a espera.

Aos meus pais pelo incentivo, amor e carinho.

À FEPECS e ESPDF, pela oportunidade e por abrirem os caminhos para a construção de conhecimento.

Epígrafe

“Se percebemos que a vida realmente tem um sentido, percebemos também que somos úteis uns aos outros. Ser um ser humano, é trabalhar por algo além de si mesmo.”

(Viktor Frankl)

RESUMO

CREPALDE, Natália Carolina Gonçalves. Avaliação do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal no ano de 2022 e elaboração de material educativo para a população. 2025. 143 folhas. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde) – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, 2025.

Introdução: A terapia nutricional consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos, que empregam métodos e técnicas específicas, com o objetivo de manter ou recuperar indivíduos em risco de desnutrição ou com agravo nutricional. Ela é indicada para casos de necessidades alimentares especiais, transitórias ou definitivas, causadas por mudanças metabólicas ou fisiológicas na via de consumo alimentar ou na utilização biológica de nutrientes. A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) se caracteriza pela oferta de nutrição enteral no domicílio, permitindo a reintegração ao núcleo familiar, desospitalização e rotatividade de leitos. Assim, ela é parte integrante da atenção domiciliar, elemento da continuidade dos cuidados à saúde após a desospitalização. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal possui um programa de fornecimento de fórmulas para fins especiais denominado Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED). O programa atende pacientes com indicação de TNED via sonda ou ostomias e casos específicos de suplementação oral. Embora se reconheça a importância do PTNED, na vivência da profissão e após pesquisas em documentos relacionados ao PTNED e em bases de dados científicos, foi observada escassez de literatura que tenha como tema o acesso da população ao programa e às fórmulas enterais. Faltam pesquisas com foco em calcular o tempo pra execução das etapas do processo, para que haja uma estimativa para a população de quanto tempo em média dura o processo, e o quanto usuário do PTNED precisa esperar até que a retirada das fórmulas enterais esteja autorizada. **Objetivos:** Geral: identificar a interferência de fatores no tempo de espera até o recebimento das fórmulas enterais. Objetivo específico 1: caracterizar as etapas relacionadas ao aceso do usuário à TNED, estimar o intervalo de tempo entre cada etapa do processo de cadastro no programa, assim como o tempo total decorrido entre a primeira solicitação de inclusão do paciente no PTNED e a retirada das

fórmulas na Central de Nutrição Domiciliar, além de identificar fatores que estejam associados ao tempo decorrido entre a solicitação de cadastro do paciente no programa e o início do recebimento das fórmulas enterais. Objetivo específico 2: traçar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e nutricional da população estudada. Objetivo específico 3: Elaborar um canal informativo para a população, com informações gerais sobre o PTNED, orientações sobre agendamento para retirada das fórmulas enterais no sítio eletrônico Agenda DF, sobre o manejo das dietas enterais em domicílio, cuidados de armazenamento e manipulação, assim como cuidados com os dispositivos de alimentação (sonda nasoesférica, gastrostomia ou jejunostomia).

Método: Estudo descritivo, quantitativo, com coleta de dados administrativos e clínicos de maneira retrospectiva a partir de fontes públicas, dos sistemas Alphasinc, sistema eletrônico de informação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e arquivos físicos armazenados na Central de Nutrição Domiciliar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram analisados 439 processos de cadastro de primeira vez de pacientes entre 18 e 59 anos do ano de 2022. Para o 1º objetivo, que resultou no artigo 1, foram calculados: o intervalo de tempo entre a elaboração e assinatura dos relatórios social, nutricional e médico; o intervalo de tempo entre a assinatura do último relatório profissional emitido para a GESNUT e o documento de despacho de inclusão no participante no PTNED; o intervalo de tempo entre a assinatura do primeiro relatório até o documento de despacho de inclusão no PTNED; o intervalo de tempo entre a data da assinatura do último relatório profissional e data do despacho de inclusão do paciente no programa; o tempo total desde o primeiro relatório emitido até a retirada do produto pelo participante e o tempo entre o despacho de entrada no programa e a retirada do produto pelo participante. Todas essas métricas foram calculadas através da diferença de dias entre cada uma das datas. Essas variáveis foram tratadas como contínuas, sendo sumarizadas com mediana e intervalo interquartil (percentil 25 e percentil 75) devido a não-normalidade observada na maioria dos dados. Os dados foram analisados utilizando o programa R 4.2.2 (R Core Team, Vienna, Austria), com um alfa de 5%. Para o 2º objetivo, que resultou no artigo 2, foram buscados dados epidemiológicos, sociais e de saúde. As variáveis coletadas foram divididas em 2 grandes grupos. O primeiro grupo incluiu dados socioeconômicos, composto por variáveis como idade, sexo, local de residência, regional de origem dos relatórios do médico, do serviço social e da

nutrição, tipo de moradia, participação em programas sócio assistenciais, necessidade de cuidador, dentre outros. Já o segundo grupo incluiu dados epidemiológicos e nutricionais, englobando diagnóstico clínico, via de alimentação, tipos de dispositivos utilizados para alimentação, diagnóstico nutricional segundo o IMC, dentre outros. Os dados de diagnóstico clínico foram agrupados inicialmente, para fins de estudo, em 11 grupos conforme a classificação internacional de doenças (CID-10): *doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do sistema nervoso; doenças do sistema respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e tecido subcutâneo; doenças do aparelho geniturinário; lesões, envenenamentos, e algumas consequências de causas externas; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; doenças infecciosas e parasitárias*. Para possibilitar a realização de testes estatísticos para analisar a associação entre as variáveis qualitativas *diagnóstico clínico e sexo, diagnóstico clínico e via de alimentação, diagnóstico nutricional e sexo*, os diagnósticos clínicos foram reagrupados em 5 categorias, combinando afinidade clínica e garantindo tamanhos adequados de cada grupo. As novas categorias de diagnósticos após o reagrupamento foram: *Doenças crônicas não transmissíveis* (doenças do aparelho circulatório; neoplasias e doenças endócrinas; nutricionais e metabólicas), *Doenças neurológicas e musculoesqueléticas* (doenças do sistema nervoso), *Doenças Infecciosas, inflamatórias e imunológicas* (doenças do aparelho respiratório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças da pele e tecido subcutâneo e doenças do aparelho geniturinário), *Doenças gastrointestinais e metabólicas* (doenças do aparelho digestivo), *Causas externas e malformações* (lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas). Para análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20. Foram realizadas estatísticas descritivas, com medidas de frequência das variáveis, além do teste qui-quadrado para avaliar associação entre variáveis. Para as variáveis contínuas idade e IMC, foram obtidos os valores de mediana e intervalo interquartil (percentil 25 e percentil 75) devido a não-normalidade observada nos dados. Variáveis categóricas foram sumarizadas com contagens e proporções (n, %). As variáveis qualitativas foram classificadas em classes, para fins de análise, de modo que a sua quantificação fosse possível. Para o 3º objetivo, que resultou em um produto técnico

tecnológico, foi criado um material didático para a população, que consiste em um canal no site Youtube, denominado “Informações sobre o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal (PTNED)”, onde foram inseridos 3 vídeos, 2 deles com orientações à população de como funciona o programa, como deve ser feito o agendamento e retirada das fórmulas, tendo como base o Manual do Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal. Para o terceiro vídeo, sobre cuidados com a dieta enteral, foram utilizados como base o Guia de Terapia Nutricional Domiciliar da USP e o Manual de Cuidados da Terapia Nutricional Enteral em Domicílio do governo do Pará. **Produtos desenvolvidos:** Produto 1 (Manuscrito) - Avaliação do acesso da população adulta ao Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (PTNED) no ano de 2022. O estudo teve como objetivo identificar os fatores que possam interferir no tempo de espera dos pacientes para o recebimento das fórmulas enterais. Para tal, buscou caracterizar e estimar o tempo decorrido entre as etapas envolvidas no processo, assim como o tempo total e identificar fatores que possam estar associados a um aumento ou redução desse tempo. O estudo permitiu a identificação de fatores que podem interferir no tempo de espera dos pacientes pela tramitação do processo de cadastramento no PTNED e também que interferem na retirada das fórmulas enterais e produtos. Observou-se que há fatores relacionados ao processo e fatores relacionados às condições sociais e de saúde dos pacientes. Atrasos em assinatura de relatórios, restituição de processos foram fatores relacionados ao processo que interferiram no tempo. Em relação aos pacientes, os fatores de interferência no tempo do processo incluíram necessidade de cuidador, tipo de habitação, via e dispositivo de alimentação. Verificou-se também que os pacientes ou responsáveis levam um tempo relativamente longo para retirar as fórmulas e que em 33% dos casos as fórmulas não foram retiradas após a autorização do cadastro no PTNED. O estudo trouxe dados inéditos referentes ao tempo gasto em cada etapa do processo de inclusão do paciente no PTNED, dados estes que podem servir de base para mais estudos futuros sobre como otimizar os tempos entre as etapas, pensar em soluções para melhoria do serviço a fim de entregar para a população resultados de eficiência e redução no tempo de espera. Produto 2 (Manuscrito) - Perfil dos pacientes do programa de terapia nutricional enteral domiciliar do Distrito Federal em 2022. O estudo teve como objetivo traçar um perfil socioeconômico, epidemiológico e nutricional dos pacientes adultos cadastrados no

PTNED no ano de 2022, de forma a conhecer este grupo populacional. O estudo verificou que os pacientes atendidos pelo PTNED no ano de 2022 foram, em sua maioria, provenientes das regiões administrativas mais populosas do Distrito Federal, com menor rendimento bruto domiciliar mensal, menor acesso a planos de saúde e com maior parte da população em situação de risco ou vulnerabilidade social. Em avaliação da amostra total, a maioria dos pacientes era composta pelo sexo feminino, em uso de via oral para alimentação, com diagnóstico de neoplasias, baixo peso e com independência funcional. Ao se analisar por sexo, verificou-se no sexo masculino prevalência de baixo peso, doenças crônicas não transmissíveis, via enteral para alimentação e alto grau de dependência funcional. No sexo feminino, prevaleceu o diagnóstico nutricional de obesidade, doenças do aparelho digestivo, via oral para alimentação e independência funcional. Produto 3 (Produto Técnico Científico) – Canal no Youtube intitulado “Informações sobre o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal (PTNED)”, onde foram inseridos 3 vídeos, os dois primeiros com orientações à população de como funciona o programa, como deve ser feito o agendamento e retirada das fórmulas e o terceiro com informações sobre cuidados com a dieta enteral. Esse projeto está alinhado à linha de pesquisa de Qualidade na Assistência à Saúde do Adulto e do Idoso. **Conclusões:** O presente trabalho trouxe dados inéditos sobre o tempo entre as etapas necessárias ao processo de cadastramento dos pacientes no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal (PTNED). Tais dados podem servir como base para novos estudos sobre eficiência nas etapas do processo, com possibilidade de busca de melhorias nesse sistema, para promover otimização dos recursos utilizados em prol a comunidade que depende desse serviço. A pesquisa teve caráter original e inovador, no sentido de que não foi encontrado na literatura pesquisada nenhum estudo que houvesse se debruçado sobre o tempo gasto nas etapas do processo de cadastro e fatores de influência tanto no PTNED quanto em outros programas de TNE no país, servindo como marco inicial de estudos focados sobre o tema tanto no âmbito local quanto nacional. Esses dados podem ser úteis para o planejamento estratégico do PTNED, trazendo informações importantes para a gestão dos processos, com a busca de soluções para otimização de cada etapa, trazendo mais eficiência para o programa. Os resultados da pesquisa contribuem para a comunidade científica no sentido de trazer informações atualizadas também sobre o perfil

sociodemográfico, epidemiológico e de saúde da população adulta, que possui menor quantidade de estudos quando comparada à população pediátrica e população idosa. O fato de se ter um estudo focado no Distrito Federal não deixa de ser relevante para a comunidade acadêmica, uma vez que se torna possível comparar as características e condições de saúde entre estados, cidades, de forma a se conseguir identificar onde as políticas públicas devem atuar com maior ênfase para promover equidade nos serviços. O produto técnico tecnológico (PTT) desenvolvido visa contribuir para a disseminação de informações relevantes sobre o PTNED, assim como orientar sobre cuidados com a dieta e sondas enterais. O foco do PTT foi a disseminação de informações de mais fácil entendimento para população, de forma que sejam compreendidas com mais facilidade por pessoas de todos os níveis de escolaridade. De posse de mais informações sobre o acompanhamento do processo e orientações sobre os passos para agendamento da retirada dos produtos, espera-se que haja uma redução no número de fórmulas não retiradas na Central de Nutrição Domiciliar.

Palavras-chave: Terapia Nutricional; Serviços de Assistência Domiciliar; Nutrição Enteral; Programas de Nutrição; Adulto.

ABSTRACT

CREPALDE, Natália Carolina Gonçalves. Evaluation of Federal District's Home Enteral Nutrition Therapy Program in the year 2022 and elaboration of an educational material for the population. 143 pages. Master's Degree Conclusion Work (Professional Master's Degree in Health Sciences) - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Federal District, 2025.

Introduction: Nutritional therapy consists of a set of nutritional therapeutic procedures that employ specific methods and techniques with the aim of maintaining or recovering individuals at risk of malnutrition or with nutritional problems. It is indicated for cases of special dietary needs, whether temporary or permanent, caused by metabolic or physiological changes in the food intake pathway or in the biological use of nutrients. Home Enteral Nutrition Therapy (HENT) is characterized by the provision of enteral nutrition at home, allowing reintegration into the family nucleus, discharge from hospital and hospital bed turnover. Thus, it is an integral part of home care, an element of continuity of health care after discharge from hospital. The State Department of Health of the Federal District has a program for the provision of formulas for special purposes called the Home Enteral Nutrition Therapy Program (HENTP). The program serves patients with an indication for HENT via tube or ostomy and specific cases of oral supplementation. Although the importance of HENTP is recognized, in the experience of the profession and after research in documents related to HENTP and in scientific databases, a lack of literature that focuses on the population's access to the program and enteral diets was observed. There is a lack of research focusing on estimating the time to execute the steps of the process, so that there is an estimate for the population of how long the process lasts on average, and how long HENTP users need to wait until they are allowed to take the enteral diets. **Objectives:** General: to identify the influence of factors on the waiting time until receiving enteral formulas. Specific objective 1: to characterize the steps related to user access to the HENTP, estimate the time interval between each step of the registration process in the program, as well as the total time elapsed between the first request for inclusion of the patient in the HENTP and the withdrawal of the formulas at the Home Nutrition Center, in addition to identifying factors that are associated with the time elapsed between the request for registration of the patient in the program and the beginning of the receipt of enteral

formulas. Specific objective 2: to outline the sociodemographic, epidemiological and nutritional profile of the population studied. Specific objective 3: to develop an information channel for the population, with general information about the HENTP, guidelines on scheduling the withdrawal of enteral formulas on the Agenda DF website, on the management of enteral diets at home, storage and handling care, as well as care with feeding devices (nasoenteral tube, gastrostomy or jejunostomy). **Method:** Descriptive, quantitative study, with retrospective collection of administrative and clinical data from public sources, from the Alphasinc systems, the electronic information system of the Health Department of the Federal District, and physical files stored in the Home Nutrition Center. 439 first-time registration processes of patients between 18 and 59 years old in 2022 were analyzed. The project was approved by the Research Ethics Committee. As the study involves secondary and retrospective data, a waiver of the application of the Free and Informed Consent Form (FICF) was requested. Due to the time between approval and development of the research, a partial report was sent to the Research Ethics Committee with some preliminary results. For the 1st objective, which resulted in article 1, the following were calculated: the time interval between the preparation and signing of the social, nutritional, and medical reports; the time interval between the signing of the last professional report issued to the nutrition management sector and the document dispatching the inclusion of the participant in the HENTP; the time interval between the signing of the first report and the document of inclusion in the HENTP; the time interval between the date of signing of the last professional report and the date of the patient's inclusion in the program; the total time from the first report issued until the withdrawal of the enteral diet by the participant; and the time between the entry into the program and the withdrawal of the product by the participant. All of these metrics were calculated through the difference in days between each of the dates. These variables were treated as continuous, being summarized with median and interquartile range (25th percentile and 75th percentile) due to the non-normality observed in most of the data. The data were analyzed using the R 4.2.2 program (R Core Team, Vienna, Austria), with an alpha of 5%. For the second objective, which resulted in article 2, epidemiological, social and health data were collected. The variables collected were divided into 2 main groups. The first group included socioeconomic data, consisting of variables such as age, sex, place of residence, region of origin of the reports from the doctor, social service and nutrition,

type of housing, participation in social assistance programs, need for a caregiver, among others. The second group included epidemiological and nutritional data, encompassing clinical diagnosis, feeding route, types of devices used for feeding, nutritional diagnosis according to BMI, among others. The clinical diagnosis data were initially grouped, for study purposes, into 11 groups according to the international classification of diseases (ICD-10): diseases of the circulatory system; neoplasms; endocrine, nutritional and metabolic diseases; diseases of the nervous system; diseases of the respiratory system; diseases of the digestive system; diseases of the skin and subcutaneous tissue; diseases of the genitourinary system; injuries, poisonings, and some consequences of external causes; congenital malformations, deformities and chromosomal anomalies; infectious and parasitic diseases. To enable statistical tests to analyze the association between the qualitative variables clinical diagnosis and sex, clinical diagnosis and feeding route, nutritional diagnosis and sex, the clinical diagnoses were regrouped into 5 categories, combining clinical affinity and ensuring adequate sizes of each group. The new diagnostic categories after regrouping were: Chronic noncommunicable diseases (diseases of the circulatory system; neoplasms and endocrine diseases; nutritional and metabolic diseases), Neurological and musculoskeletal diseases (diseases of the nervous system), Infectious, inflammatory and immunological diseases (diseases of the respiratory system; infectious and parasitic diseases; diseases of the skin and subcutaneous tissue and diseases of the genitourinary system), Gastrointestinal and metabolic diseases (diseases of the digestive system), External causes and malformations (injuries, poisoning and some consequences of external causes and congenital malformations, deformities and chromosomal anomalies). The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20 was used for data analysis. Descriptive statistics were performed, with frequency measures of the variables, in addition to the chi-square test to assess associations between variables. For the continuous variables age and BMI, the median and interquartile range (25th percentile and 75th percentile) values were obtained due to the non-normality observed in the data. Categorical variables were summarized with counts and proportions (n, %). Qualitative variables were classified into classes for analysis purposes so that their quantification was possible. For the third objective, which resulted in a technical and technological product, educational material was created for the population, consisting of a channel

on the YouTube website called “Information on the Home Enteral Nutrition Therapy Program of the Federal District (HENTP)”, where three videos were inserted, two with instructions on how the program works, how to schedule and withdraw enteral diets, based on the Manual of the Enteral Nutrition Therapy Program of the Federal District. For the third video, on care with enteral diets, the Home Nutrition Therapy Guide of the University of São Paulo and the Manual of Care for Enteral Nutrition Therapy at Home of the State of Pará were used as a basis. **Products developed:** Product 1 (Manuscript) - Assessment of the adult population's access to the Enteral Nutrition Therapy Program of the Federal District (HENTP) in 2022. The study aimed to identify factors that may interfere with patients' waiting time to receive enteral formulas. To this end, it sought to characterize and estimate the time elapsed between the steps involved in the process, as well as the total time, and identify factors that may be associated with an increase or reduction in this time. The study allowed the identification of factors that may interfere with patients' waiting time for the HENTP registration process and also that interfere with the withdrawal of enteral formulas and products. It was observed that there are factors related to the process and factors related to the social and health conditions of patients. Delays in signing reports and restitution of processes were factors related to the process that interfered with the time. Regarding patients, the factors that interfered with the process time included the need for a caregiver, type of housing, route and feeding device. It was also found that patients or guardians take a relatively long time to collect the formulas and that in 33% of cases the formulas were not collected after authorization for registration in HENTP. The study provided unprecedented data regarding the time spent in each stage of the patient inclusion process in HENTP, data that can serve as a basis for further studies on how to optimize the times between stages, think of solutions to improve the service in order to deliver efficiency results and reduce waiting times to the population. Product 2 (Manuscript) - Profile of patients in the home enteral nutritional therapy program of the Federal District in 2022. The study aimed to outline a socioeconomic, epidemiological, and nutritional profile of adult patients registered with HENTP in 2022, in order to understand this population group. The study found that the patients served by HENTP in 2022 were, for the most part, from the most populated administrative regions of the Federal District, with lower gross monthly household income, less access to health plans, and with a majority of the population in a situation of risk or

social vulnerability. When evaluating the total sample, the majority of patients were female, using oral feeding, diagnosed with neoplasms, underweight, and functional independence. When analyzing by gender, a prevalence of underweight, chronic non-communicable diseases, enteral feeding, and a high degree of functional dependence was found in males. In females, the nutritional diagnosis of obesity, diseases of the digestive system, oral feeding and functional independence prevailed. Product 3 (Technical Scientific Product) – YouTube channel entitled “Information on the Home Enteral Nutrition Therapy Program of the Federal District (HENTP)”, where 3 videos were inserted, the first two with instructions to users on how the program works, how to schedule and withdraw formulas and the third with information on care with enteral nutrition. This project is aligned with the research line of Quality in Healthcare for Adults and the Elderly. **Conclusions:** This study provided unprecedented data on the time between the steps required to register patients in the Home Enteral Nutrition Therapy Program of the Federal District. These data can serve as a basis for new studies on the efficiency of the steps of the process, with the possibility of seeking improvements in this system, to promote optimization of the resources used for the benefit of the community that depends on this service. The research was original and innovative in nature, in the sense that no study was found in the literature that had focused on the time spent in the steps of the registration process and the factors that influence it, both in HENTP and in other HENT programs in the country, serving as an initial framework for studies focused on the topic at both the local and national levels. These data can be useful for the strategic planning of HENTP, providing important information for the management of processes, with the search for solutions to optimize each step, bringing more efficiency to the program. The results of the research contribute to the scientific community by providing updated information on the sociodemographic, epidemiological and health profile of the adult population, which has fewer studies when compared to the pediatric and elderly populations. The fact that this study focused on the Federal District is also relevant to the academic community, since it makes it possible to compare the characteristics and health conditions between states and cities, in order to identify where public policies should act with greater emphasis to promote equity in services. The technical and technological product (TTP) developed aims to contribute to the dissemination of relevant information about HENTP, as well as guidance on dietary care and enteral tubes. The focus of the TTP

was to disseminate information that is easier for the population to understand, so that it can be more easily understood by people of all levels of education. With more information on monitoring the process and guidance on the steps to schedule the collection of products, it is expected that there will be a reduction in the number of formulas not collected from the Home Nutrition Center.

Key words: Nutrition Therapy; Home Care Service; Enteral Nutrition; Nutrition Programs; Adult.

Lista de figuras

Artigo 1 - Avaliação do acesso da população adulta ao Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (PTNED) no ano de 2022

Figura 1. Qual o relatório é elaborado primeiro	633
Figura 2. Qual profissional atrasa mais a assinatura do relatório.....	644
Figura 3. Linha do tempo dos processos do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED)	677

Lista de tabelas

Artigo 1 - Avaliação do acesso da população adulta ao Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (PTNED) no ano de 2022

Tabela 1 - Associação de variáveis com a Mediana de Tempo Total do Processo (MTTP)	655
Tabela 2 - Dados relacionados aos processos restituídos	666
Tabela 3 - Associação dos tipos de atraso com a mediana de tempo para o despacho de inclusão (MTDI).....	688
Tabela 4 - Associação dos tipos de atraso com a mediana de tempo total do processo (MTTP)	688

Artigo 2 - Perfil dos pacientes do programa de terapia nutricional enteral domiciliar do Distrito Federal em 2022

Tabela 1 - Distribuição por região administrativa.....	90
Tabela 2 - Características sociodemográficas gerais e características sociodemográficas de pacientes que necessitam cuidador	923
Tabela 3 - Diagnósticos clínicos distribuídos na amostra total e separados por sexo.	94
Tabela 4 - Grau de incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola em relação a amostra total e ao sexo	975
Tabela 5 - Associações entre diagnóstico nutricional e sexo, diagnóstico clínico agrupado e sexo e diagnóstico clínico agrupado e via de alimentação.....	97

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ANCINE	Agência Nacional do Cinema
ASG-PPP	Avaliações Subjetivas Globais Produzidas Pelo Paciente
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNUD	Central de Nutrição Domiciliar
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GESNUT	Gerência de Serviços de Nutrição
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corpórea
IQR	Intervalo Interquartil
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MTDI	Mediana de Tempo para o Despacho de Inclusão no PTNED
MTTP	Mediana de Tempo Total do Processo
NE	Nutrição Enteral
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PTNED	Programa de Terapia Enteral Domiciliar do Distrito Federal
QLQ-C30	Questionário de Qualidade de Vida Core 30
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNO	Suplementos Nutricionais Orais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TN	Terapia Nutricional
TNE	Terapia de Nutrição Enteral
TNED	Terapia Nutricional Enteral Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	23
2 INTRODUÇÃO	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	30
4 OBJETIVOS.....	37
4.1 OBJETIVO GERAL.....	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
5 MÉTODO.....	38
5.1 MÉTODO APLICADO AO OBJETIVO ESPECÍFICO 1.....	38
5.2 MÉTODO APLICADO AO OBJETIVO ESPECÍFICO 2.....	43
5.3 MÉTODO APLICADO AO OBJETIVO ESPECÍFICO 3.....	46
6 REFERÊNCIAS.....	48
7 RESULTADOS.....	54
7.1 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DO ACESSO DA POPULAÇÃO ADULTA AO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DO DISTRITO FEDERAL NO ANO DE 2022.....	54
7.2 ARTIGO 2: PERFIL DOS PACIENTES DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL EM 2022	84
7.3 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO (PTT).....	113
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
APÊNDICE.....	121
ANEXOS	122

1 APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória profissional, fui constatando a importância de ter uma especialização para aprimorar a prática através dos estudos. A graduação fornece ao profissional uma base para a vida prática, porém é necessário aprofundar os conhecimentos teóricos de modo que a prática se mantenha embasada em dados atualizados e com respaldo científico.

Aproximei-me da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) por meio da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva pela Escola Superior de Ciências da Saúde, realizada no período de 2017 a 2019. Pude notar a qualidade da instituição através do programa, e 3 anos depois optei por cursar o Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, por notar que em minha prática clínica como nutricionista hospitalar, quanto mais embasamento científico nas tomadas de decisão, melhor a qualidade do serviço prestado à população.

Por ser nutricionista hospitalar, deparei-me, desde a residência, com o Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal, o PTNED. Percebi o quanto relevante é o programa para os usuários, trazendo a possibilidade de seguimento da terapia nutricional no domicílio sem onerar as famílias com despesas com dietas enterais, suplementos nutricionais, frascos e equipos, que causariam impacto financeiro importante devido ao alto custo desses produtos.

Um fato observado na prática foi a falta informações sobre quanto tempo o paciente precisaria aguardar até ter seu cadastro aprovado no PTNED e a liberação para retirar as fórmulas enterais. Com isso, surgiu a ideia de pesquisar sobre o tema, com objetivo de estimar o tempo gasto para a execução das etapas do processo e buscar fatores que possam interferir nesse tempo. De posse dessas informações, é possível fornecer essa estimativa para os usuários do programa, possibilitando um alinhamento de expectativas sobre a espera e até mesmo programação financeira para aquisição das fórmulas enterais e suplementos ou insumos para preparo da dieta enteral artesanal até a conclusão do cadastro no programa.

Nota-se na literatura, que há uma maior concentração de estudos sobre terapia nutricional com pacientes pediátricos e pacientes idosos. Este também foi um fator que despertou o interesse por estudar a população adulta usuária do PTNED, seu perfil de forma a obter dados mais específicos sobre este público.

2 INTRODUÇÃO

A terapia nutricional (TN) consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos, que empregam métodos e técnicas específicas, com o objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional de indivíduos em risco de desnutrição ou com agravo nutricional. Esta terapia pode ser instituída pela via oral, enteral ou parenteral, com a administração de alimentos ou fórmulas nutricionais industrializadas (BOULLATA et al., 2017). Ela é indicada para casos de necessidades alimentares especiais, transitórias ou definitivas, causadas por mudanças metabólicas ou fisiológicas na via de consumo alimentar ou na utilização biológica de nutrientes (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020).

Uma das alternativas para a terapia nutricional é a nutrição enteral, presente em todos os pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a Atenção Básica (AB) e o domicílio (BRASIL., 2013a, 2015). A Terapia de Nutrição Enteral (TNE) consiste em intervenções com objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional através da nutrição enteral (NE), utilizando como vias as sondas nasoenterais ou ostomias (gastrostomia, jejunostomia). Esta terapia é indicada para os pacientes que não podem ou não conseguem se alimentar pela via oral, com a possibilidade de ser ofertada tanto em ambiente hospitalar quanto domiciliar (BARBOZA et al., 2023; BOULLATA et al., 2017).

A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) se caracteriza pela oferta de TNE no domicílio, prática que traz benefícios como reintegração ao núcleo familiar, desospitalização e rotatividade de leitos (MENEZES; FORTES, 2019). A TNED é parte integrante da atenção domiciliar (AD), elemento da continuidade dos cuidados à saúde do paciente após a desospitalização, com atividades focadas em promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação no domicílio (DOMINGUES, 2019).

No Distrito Federal, a TNED é exercida no âmbito do Governo do Distrito Federal através do Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (PTNED), inicialmente regulamentado pela Portaria SES/DF nº 156 de 03/11/2004 (ZABAN; NOVAES, 2009a) e atualmente pela portaria SES/DF 374 de 13/09/23 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2023a).

Desde 09 de março de 2021, a Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT) da SES/DF emite boletins trimestrais com informações do PTNED e orientações para

os nutricionistas prescritores. Do ano de 2020 até 2023, o programa já realizou o atendimento de 127.773 pacientes cadastrados, de acordo com dados da sessão “PTNED em números” dos boletins emitidos pela Gerência de Nutrição no site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2021, 2023b, 2023c, 2024).

No Boletim Informativo do PTNED nº 01 de 31 de março de 2023 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2023c), o primeiro publicado no ano de 2023, é evidenciado um aumento de 13,3% no número de pacientes atendidos pelo Programa no ano de 2022, em relação ao ano de 2021. Foram atendidos em média 2.785 pacientes por mês, totalizando 33.414 atendimentos no ano. Isso representa atendimento a 1,1% da população do DF, que conforme dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios divulgada em 2022 era de 3.010.881 pessoas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2022a).

Pela primeira vez, desde o início da divulgação deste formato de informativo, há um compilado de ouvidorias realizadas referentes ao PTNED. Foram registradas 47 ouvidorias realizadas no ano de 2022, com a seguinte distribuição por assuntos: 68% - indisponibilidade de produtos no PTNED; 11% - reclamação sobre produtos (sabor de módulo proteico e troca de marca de fórmula de aminoácidos); 9% - dificuldades de agendamento no Agenda-DF; 6% - demora no cadastramento no PTNED; 6% - reclamação sobre recebimento de produto (quantidade dispensada); 2% - reclamação sobre atendimento na CNUD; 2% - dificuldade de atendimento nutricional na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Embora se reconheça a importância do PTNED (GALVÃO et al., 2012; SALOMON; NOVAES, 2013; ZABAN; NOVAES, 2009a, 2009b), há escassez de dados na literatura sobre o acesso da população ao programa e às fórmulas enterais. Há estudos sobre perfil da população abrangida por serviços de TNE no Brasil e sobre custos (ALVES; DUTRA; NASCIMENTO, 2021; MENEZES; FORTES, 2019; NAVES; TRONCHIN, 2018; SILVA; SILVEIRA, 2014; ZABAN; NOVAES, 2009a), porém observa-se a existência de uma lacuna sobre dados de acesso e do tempo de espera para recebimento de fórmulas enterais para os usuários.

Em busca realizada na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações com os termos “terapia nutricional enteral” e “terapia nutricional enteral domiciliar” nos meses de setembro e outubro de 2023 foram encontrados 27 trabalhos, dentre os quais 5

(18,5%) tiveram como tema efeitos adversos relacionados a TNE, 6 (22,2%) se referiam a pacientes hospitalizados, 1 (3,7%) a tecnologias relacionadas a TNE (bombas de infusão, equipos), 8 (29,6%) se relacionavam a pacientes críticos, 2 (7,4%) sobre educação em TNE, 1 (3,7%) sobre TNE em fim de vida, 1 (3,7%) sobre TNE intermitente e 1 (3,7%) sobre paciente crítico pediátrico. Apenas 2 (7,4%) tiveram como objeto de estudo a TNED, destes uma tese de doutorado pesquisou a evolução do estado nutricional de pacientes em TNED (SALOMON, 2014) e uma dissertação de mestrado estudou a TNED em pacientes idosos, que apenas cita que 89,6% dos pacientes estudados recebiam as fórmulas enterais via programa SAD (DOMINGUES, 2019).

Em pesquisa não estruturada no google acadêmico com o “termo terapia nutricional enteral domiciliar” também não foram encontradas informações relacionadas ao tempo de acesso às fórmulas enterais pela população assistida pelo programa, mas foram encontrados trabalhos sobre perfil da população assistida e sobre custos. Os documentos pesquisados sobre o PTNED no endereço eletrônico da SES/DF não deixam claro se há prazo de espera para o fornecimento das fórmulas enterais para os pacientes cadastrados no Programa. Uma busca por informações sobre outros programas de terapia nutricional domiciliar no Brasil em endereços eletrônicos de prefeituras também não encontrou dados sobre o prazo e tempo de espera até recebimento das fórmulas, o que se mostra como lacuna de conhecimento a respeito da duração do processo e fatores que possam influenciar no maior tempo de espera pelas fórmulas.

Sabe-se que o custo das fórmulas enterais industrializadas é elevado para grande parte da população, fato que pode dificultar a aquisição dos produtos por parte do paciente ou familiares enquanto se espera a tramitação do cadastro no PTNED. Para minimizar o impacto do tempo de espera pelas fórmulas enterais industrializadas, os pacientes e familiares recebem orientações sobre preparo de dieta enteral artesanal.

Um estudo realizado no estado do Paraná demonstrou que os programas municipais analisados priorizam a utilização de dieta com alimentos para a TNED (THIEME; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2020) diferente das diretrizes europeias, que alegam que a dieta com alimentos é menos efetiva e menos segura comparada à fórmula comercial²².

Em busca sobre dados relacionados ao acesso a fórmulas enterais em outros países, estudos mostram que a tendência é que a TNED seja custeada pelos planos de saúde, a partir da política de reembolso. Não foram encontradas informações sobre o acesso da população às fórmulas enterais.

Um estudo americano evidenciou que, as apólices de seguro privadas vêm cada vez mais excluindo a cobertura de fórmulas enterais, alegando que todos precisam pagar pela “comida”, mas podem cobrir custos com bombas de infusão e outros insumos. A maioria dos orçamentos alimentares familiares não excede os Planos Alimentares Liberais do Centro de Política e Promoção Nutricional (Departamento de Agricultura dos EUA). O Medicare paga 80% dos encargos cobertos, deixando 20% como responsabilidade do consumidor se não houver seguro secundário, o que pode levar a um encargo financeiro significativo (MARTIN; GARDNER, 2017).

Um estudo multicêntrico europeu com pacientes adultos em TNED citou sobre financiamento da terapia nutricional, identificando que na França, Alemanha, Itália, Espanha e Reino Unido, os custos da TNED são totalmente financiados pelo governo. Na Bélgica, Dinamarca e Polônia os pacientes precisam arcar com parte ou a totalidade das despesas (HEBUTERNE et al., 2003).

Ainda que a necessidade de monitoramento nutricional esteja incluída em um dos indicadores utilizados para análise, planejamento e qualificação da AD obtidos a partir do e-SUS AD ou registros locais (BRASIL., 2016a), a prevalência da TNED na AD no âmbito do SUS é desconhecida devido à não obrigatoriedade e não padronização do seu registro nos sistemas do Ministério da Saúde. Tais dados são fundamentais para que se possa desenvolver ou aprimorar políticas públicas efetivas voltadas para esse grupo da população. Nesse contexto, o poder público acaba por embasar suas ações em pesquisas que retratam a realidade quanto à TNED em outros países, em registros de dados referentes a partes do Brasil, como municípios específicos, ou em demandas, como por exemplo decisões judiciais (THIEME, 2022).

A gestão dos processos de trabalho tem como importantes ferramentas para identificar fragilidades e potencialidades da rede de cuidado em AD o registro, a sistematização e a análise das informações. As informações produzidas devem estar acessíveis a todos os atores envolvidos no processo e permitem que ações sejam planejadas em consonância com as necessidades do usuário. No âmbito da gestão,

esses dados são empregados na tomada de decisão e na avaliação do impacto da política e da sua efetividade, além de serem essenciais na prestação de contas à sociedade (BRASIL., 2012, 2016a). Todos esses processos colaboram para a readequação de procedimentos, fluxos e responsabilidades na oferta dos serviços de saúde em domicílio (BRASIL., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reitera a importância de que a qualidade dos sistemas de saúde seja monitorada e avaliada periodicamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Essas atividades visam gerar e sistematizar informações de relevância na tomada de decisão, servindo de base para atenuar ou até mesmo solucionar problemas públicos (ESPERIDIÃO, 2018; SECCHI, 2017a).

Nesse contexto, a análise de políticas públicas visa gerar e sistematizar informações relevantes a fim de contribuir para a tomada de decisão. Esta análise tem o objetivo de trazer informações para que a política pública se torne mais preparada para resolver ou mitigar o problema público (SECCHI, 2017b). Para que isso aconteça, são necessários dados e informações relevantes para direcionar decisões mais assertivas da gestão e da prática clínica e prover condições para o controle social dos serviços prestados.

Nos últimos 5 anos observa-se uma tendência do estado brasileiro, especialmente no âmbito do poder executivo, da cultura de avaliação de políticas públicas. Isso pode ser evidenciado por meio das últimas publicações do poder executivo sobre os Guias de Avaliação de Políticas *ex ante* e *ex post* (CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018a, 2018b). Em síntese, essa cultura de avaliação de políticas objetiva dimensionar e trazer elementos para o aprimoramento das ações e serviços ofertados por meio da política pública. Com isso, objetiva-se maximizar os resultados, otimizar os recursos alocados e direcionar os esforços para aquelas intervenções que se mostram custo-efetivas, que tenham sustentabilidade e possam melhorar a implementação de ações e serviços para a sociedade.

O presente estudo justifica-se no sentido de identificar informações atualizadas sobre o tempo médio do acesso a fórmulas enterais pela população, seus fatores associados e o impacto destes no tempo de espera do paciente para receber as fórmulas enterais, investigar as possíveis justificativas para o atraso ou o não recebimento das fórmulas enterais, buscando soluções para o problema e mais

celeridade ao processo, além de traçar um panorama da população abrangida pelo PTNED, caracterizando o perfil dos usuários. Desta forma, o estudo em questão pode contribuir para o aprimoramento da política, com melhor oferta equitativa de ações e serviços aos cidadãos, em tempo oportuno e de forma custo-efetiva.

A melhoria de toda e qualquer política pública passa pela investigação e identificação de seus problemas e pela busca de meios de se mitigarem ou eliminarem os problemas (SOUSA, 2018). Nesse sentido, por meio de investigações e análises do funcionamento dos serviços é possível identificar seus pontos fortes, benefícios gerados para os usuários e oportunidades de melhoria. Os resultados da pesquisa também poderão contribuir com a literatura científica e subsidiar novos estudos.

Parte-se da hipótese que há uma dificuldade no acesso às formulas enterais no âmbito da rede SUS-DF, o que pode ser traduzido como um longo prazo entre a solicitação e o atendimento. Tal hipótese foi levantada a partir da leitura dos Boletins Informativos do PTNED emitidos periodicamente pela GESNUT, que são publicados no site da SES/DF. Nestes boletins são disponibilizados dados sobre recursos orçamentários, processos de aquisição de produtos do PTNED, desabastecimento de fórmulas, estoque crítico de produtos, indisponibilidade de produtos, ouvidorias realizadas pela população, dentre outras informações.

A partir de informações sobre ouvidorias relacionadas ao PTNED, com a maioria delas relacionada à indisponibilidade das fórmulas enterais, pode-se observar que há a necessidade de se investigar o quanto as causas das queixas da população sobre o Programa influenciam no tempo de espera do paciente na dispensação das fórmulas enterais, de maneira que seja possível identificar formas de solucionar o problema, trazendo mais celeridade ao processo de dispensação.

A hipótese nula (H_0) expressa que não há problemas com os prazos, conseqüentemente com o acesso da população às fórmulas.

Seguindo as normas da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), a dissertação foi redigida seguindo o modelo escandinavo e foi formatada conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), adotada pela FEPECS.

Como resultados desta pesquisa, foram elaborados 2 artigos originais no idioma português, além de um produto técnico tecnológico (PTT), que consistiu em um canal no *site* Youtube contendo 3 vídeos com orientações à população sobre o

PTNED e sobre cuidados com a dieta enteral. O primeiro artigo avaliou o acesso ao PTNED, com a estimativa do tempo gasto entre as etapas necessárias ao processo de cadastro do paciente no programa e retirada das fórmulas enterais, buscando fatores que interferiram nesses tempos. O segundo artigo analisou o perfil sociodemográfico, social e de saúde dos pacientes atendidos pelo PTNED. Vale ressaltar que o trabalho analisou pacientes adultos atendidos no ano de 2022.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Domiciliar

As necessidades de saúde dos grupos etários e da população brasileira sofreram mudanças ao longo dos anos, levando os sistemas de saúde a pesquisar por respostas que se ajustem às diferentes demandas. A atenção domiciliar (AD) ganha destaque como resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) ao aumento das demandas de cuidado para com os idosos, pessoas com doenças crônicas degenerativas ou sequelas de doenças ou acidentes, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL., 2020). Assim, as organizações de saúde utilizam a AD como forma de adaptarem-se à mudança no perfil das doenças crônico-degenerativas, ao envelhecimento populacional e às necessidades da população. A AD, além de suprir as demandas da população, contribui para a melhoria da gestão dos leitos hospitalares e promove a realocação dos custos em saúde (NAVES; TRONCHIN, 2018).

A AD é definida como uma modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e consiste em ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, permitindo assim o seguimento dos cuidados. Por acontecer fora do ambiente hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, permite que o atendimento ao paciente seja mais humanizado, direcionado para suas particularidades, o que permite a redução do tempo de recuperação, maior autonomia do indivíduo e otimização dos leitos hospitalares (BRASIL., 2016b). Esse cuidado é voltado para pessoas com situação clínica estável porém que necessitam de atenção à saúde ou que apresentam algum grau de vulnerabilidade (NAVES; TRONCHIN, 2018).

A AD representa possibilidade de melhorias para o serviço de saúde, uma vez que permite uma melhor articulação da rede de atenção à saúde, reduz a sobrecarga dos serviços de urgência, otimiza leitos e custos hospitalares, amplia o acesso da população acamada ou com possibilidade de cuidado em domicílio. Tais fatores contribuem para a expansão da AD no país e no mundo (BRASIL., 2020; NAVES; TRONCHIN, 2018).

3.2 Terapia Nutricional Enteral Domiciliar

A terapia nutricional é um componente da atenção domiciliar cada vez mais evidenciada como integrante essencial dos cuidados em saúde (FLOOD et al., 2021; VAN AANHOLT et al., 2017). A terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) consiste na oferta de alimentação (fórmulas para fins especiais) via sonda enteral ou via oral fora do ambiente hospitalar (casa, instituições de longa permanência) (WONG et al., 2018). Visa manter ou recuperar o estado nutricional e funcional dos pacientes, prosseguir os cuidados hospitalares, minimizar intercorrências e evitar reinternações precoces (JOHNSON et al., 2019; VAN AANHOLT et al., 2017).

A TNED é indicada para pacientes que tem capacidade de viver fora do ambiente hospitalar, porém que ainda necessitam de cuidados nutricionais com uma alternativa de longo prazo à nutrição oral. Em alguns casos a terapia nutricional enteral se inicia no ambiente hospitalar por alguma condição aguda ou crônica e o paciente recebe alta para seguir com alimentação enteral no domicílio ou em outras instituições. Podem ocorrer casos em que, durante o acompanhamento ambulatorial, observa-se que o paciente possui risco nutricional e a internação é procedida unicamente para se iniciar a terapia nutricional enteral (TNE) em ambiente hospitalar e, posteriormente, realizar-se a transição para casa. Em centros onde há equipes de TNED dedicadas ao monitoramento, há a possibilidade de inserção da sonda enteral e do início da alimentação sem necessidade de internação do paciente (GRAMLICH et al., 2018).

A prevalência de TNED vem aumentando em todo o mundo. Os estudos relacionados à TNED no Brasil são poucos e apresentam foco local ou municipal (SILVA; SILVEIRA, 2014; ZABAN; NOVAES, 2009a). De acordo com o Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e

Parenteral, em inquérito nacional realizado com profissionais de saúde atuantes na AD, foi identificado um crescimento do número de usuários em TNEC atendidos no Programa Melhor em Casa nos últimos anos (AANHOLT et al., 2021).

Um estudo transversal descritivo realizado entre agosto de 2015 e junho de 2016 avaliou o estado nutricional e prevalência de lesões por pressão na população idosa em TNEC no DF. Foi observado que a maioria dos idosos com lesão por pressão apresentou-se desnutrida, e a prevalência de lesão por pressão foi 21,6% (OLIVEIRA; HAACK; FORTES, 2017). Uma coorte retrospectiva avaliou o estado nutricional e evolução clínica de pacientes idosos em TNEC no DF, constatando manutenção e/ou melhora do quadro clínico e nutricional na maioria dos pacientes, o que reforça o benefício dessa terapia para melhor evolução clínica e nutricional (MENEZES; FORTES, 2019).

Um estudo retrospectivo realizado em uma capital no Sul do Brasil, observou aumento de 425% na frequência de TNEC entre os anos de 2006 e 2015 em programa municipal voltado à atenção às necessidades especiais de alimentação (MAZUR et al., 2014). Outro estudo, realizado em 2014, analisou o perfil de usuários assistidos e os custos envolvidos na assistência domiciliar e na ocorrência de internações hospitalares junto a um serviço de atenção domiciliar (SAD) de um município de médio porte. O perfil da população assistida se constituía em sua maioria por pacientes idosos, e verificaram que os custos da AD foram inferiores aos custos hospitalares, com um valor médio usuário/dia do AD de R\$ 28,26 (US\$ 12.03), enquanto o de internação hospitalar foi de R\$294,46 (US\$ 125.30), que corresponde a uma diferença entre os custos da AD e de internação hospitalar de -1.041% (REIS et al., 2021).

Estudos com a população dos Estados Unidos da América (EUA) mostraram um aumento de 463 por milhão de cidadãos em 1995 (HOWARD et al., 1995) para 248.846 pacientes adultos e 1.385 por milhão de habitantes dos EUA no último estudo publicado em 2017 (MUNDI et al., 2017). Um estudo realizado na Itália evidenciou, através de dados epidemiológicos de 11 anos (2002-2012), um aumento de pacientes com TNEC e taxa média de prevalência de 464 ± 129 casos/milhão de habitantes em casa em comparação com 478 ± 164 em lares de idosos (PACCAGNELLA et al., 2016).

Um outro estudo italiano com pacientes pediátricos realizado em 2018 obteve como resultado 3.403 pacientes italianos em alimentação artificial domiciliar de 0 a 19

anos de 22 centros: 2.277 TNED, 950 com suplementos nutricionais orais e 179 programas de nutrição parenteral domiciliar. A prevalência de TNED (205 pacientes/milhão de habitantes) e nutrição parenteral domiciliar (16 pacientes/milhão de habitantes) aumentou dramaticamente na Itália nos últimos 9 anos (LEZO et al., 2018).

Um relatório elaborado em 2018 pela *British Artificial Nutrition Survey* no Reino Unido observou que a prevalência pontual de TNED (o número de adultos registrados como ainda recebendo TNED no final do ano) flutuou entre 2010 (n=3.430) e 2015 (n=6.270), com um aumento geral de quase 100% desde 2010. A prevalência do período (o número de adultos registrados como recebendo TNED durante o ano) também flutuou ao longo dos anos, com um aumento geral de 9% de 2010 a 2015 (STRATTON; EVILL; SMITH, 2018). Uma pesquisa multicêntrica realizada na Europa no início dos anos 2000 concluiu que a incidência média de TNED de vários centros era de 163 por milhão de habitantes por ano, com uma variação de 62 a 457 (HEBUTERNE et al., 2003).

A prática de TNED é adotada globalmente, e estudos comprovam benefícios diversos a quem a recebe (MARTIN; GARDNER, 2017), sendo superior aos benefícios da nutrição parenteral (via venosa) por ser mais fisiológica, proteger a barreira gastrointestinal, a imunidade e a motilidade (BISCHOFF et al., 2020; GAO et al., 2021). Uma revisão sistemática analisou os impactos da TNED em pacientes submetidos a esofagectomia pós câncer esofágico e concluiu que há melhora do estado nutricional e da funcionalidade, redução de náusea e vômitos, da fadiga, da perda de apetite, de episódios de diarreia e distúrbios do sono (LIU et al., 2020).

Uma metanálise encontrou resultados positivos em qualidade de vida, melhora da fadiga e da funcionalidade, prevenção de perda de peso e redução da incidência de desnutrição em pacientes após ressecção do trato gastrointestinal superior (XUETING et al., 2021). Em pacientes com desnutrição após cirurgia bariátrica, a TNED se mostrou segura no tratamento do quadro e da deficiência de vitaminas, evitando a terapia de nutrição parenteral na maioria dos casos (VELAPATI et al., 2021). Além disso, há evidências da melhora do estado nutricional, da composição corporal e da qualidade de vida quando a TNED é empregada em pacientes com falência intestinal parcial (GAO et al., 2021).

A TNED possibilita a alta hospitalar e a reintegração ao núcleo familiar, promove comodidade, humanização do cuidado e rotatividade de leitos, além de reduzir riscos de iatrogenias e custos do tratamento de forma geral (BISCHOFF et al., 2020; VAN AANHOLT et al., 2017). Implica também na redução da re-hospitalização, evita a piora do estado nutricional (MENEZES; FORTES, 2019), aumenta a qualidade de vida (Diferença média, 2.08; 95% IC, 1.50–2.67, $p < 0.001$) e traz melhora do peso corporal (Diferença média, 1.87; 95% IC, 1.31–2.43, $p < 0.001$) (LIU et al., 2022). Grande parte dos pacientes em TNED consegue retomar as atividades rotineiras, como trabalho, escola e lazer, assim como manter a autonomia (JOHNSON et al., 2019).

Os suplementos nutricionais orais (SNO) compõem as fórmulas especiais fornecidas pelo PTNED. Consistem em produtos contendo diversos nutrientes produzidos comercialmente, podendo se apresentar de forma líquida, semissólida ou em pó. Tais produtos fornecem macro e micronutrientes com o objetivo de melhorar a nutrição oral (DE VAN DER SCHUEREN, 2019).

Diversos estudos demonstram os benefícios do uso de SNO pelos pacientes. Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou de forma abrangente o impacto do uso de SNO em pacientes com complicações. O estudo sugere que o uso de SNO pode promover reduções clinicamente significativas em complicações estatisticamente significantes: infecções, lesões por pressão, complicações pós-operatórias, má cicatrização de feridas e fraturas. Foi demonstrada redução geral nas complicações no grupo com SNO, efeito estatisticamente significativo observado em todo o grupo, em todas as categorias de idade, configurações (somente na comunidade ou comunidade e hospital) e populações de pacientes (ambulatoriais ou cirúrgicos). No geral, com base na razão de chances (0,68), intervalos de confiança (IC) de 95% com valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativo, em 39 ensaios clínicos randomizados foi observada uma redução de 32% nas complicações em pacientes com SNO (CAWOOD et al., 2023).

Com relação ao uso de SNO em pacientes oncológicos, um estudo realizado com pacientes portadores de câncer pancreático e das vias biliares submetidos à quimioterapia evidenciou que o grupo que fez uso de SNO apresentou aumento significativo da ingestão de calorias, carboidratos, proteínas e lipídios em 8 semanas em comparação com a linha de base. Após 8 semanas, observou-se aumento

significativo da massa gorda no grupo com SNO. Para pacientes em seu primeiro ciclo de quimioterapia, o peso corporal, massa livre de gordura, massa muscular esquelética, massa celular corporal e massa gorda aumentaram no grupo com SNO, porém reduziram no grupo não-SNO. A massa gorda aumentou no segundo ciclo ou seguintes apenas no grupo com SNO. Houve melhora também nas Avaliações Subjetivas Globais Produzidas pelo Paciente (ASG-PPP) e nos escores de fadiga no Questionário de Qualidade de Vida Core 30 (QLQ-C30) no grupo com SNO. Concluiu-se no estudo que o uso de SNO pode contribuir para a melhora do estado nutricional, promover o aumento da massa gorda e/ou manter a composição corporal de pacientes com câncer pancreático e das vias biliares em quimioterapia, especialmente os que estão no primeiro ciclo, além de aliviar os sintomas de fadiga (KIM et al., 2019).

3.3 Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (PTNED)

No contexto brasileiro, o SUS efetivou a atenção domiciliar por meio da Portaria GM/MS nº 2029/2011, onde foi instituído o programa Melhor em Casa (AANHOLT et al., 2021). Posteriormente, a portaria foi revogada pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL., 2013b). As diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL., 1999) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (BRASIL., 2006), norteiam a garantia de direito à alimentação adequada e saudável, que inclui a TNED.

No contexto local, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possui um programa de fornecimento de fórmulas para fins especiais denominado Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), inicialmente regulamentado pela Portaria SES/DF nº 156 de 03/11/2004 (ZABAN; NOVAES, 2009a) e atualmente pela portaria SES/DF 374 de 13/09/23 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2023a).

O programa atende pacientes com indicação de TNED por via sonda (naso/orogástricas ou entéricas) ou ostomias (gastrostomia ou jejunostomia) e casos específicos de suplementação oral, a saber: fibrose cística, epidermólise bolhosa congênita, erros inatos do metabolismo que necessitem de fórmulas especiais, doenças inflamatórias intestinais, epilepsia farmacorresistente em tratamento com dieta cetogênica, alergia à proteína do leite de vaca de pacientes com diagnóstico

clínico até completarem 2 anos de idade, disfagia com necessidade de espessantes, lesão por pressão desde que desnutridos ou em risco nutricional, alguns casos de cardiopatia congênita, encefalopatia crônica não progressiva com idade de 0 a 20 anos, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ou metabólica para tratamento de obesidade, idosos sarcopênicos ou desnutridos, pacientes desnutridos portadores de: doença renal crônica, síndrome da imunodeficiência adquirida e câncer, e idosos desnutridos (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2020).

O PTNED é administrado pela Gerência de Serviços de Nutrição - GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS/SES, e tem os seguintes objetivos: i) otimizar a desospitalização; ii) financiar o que concerne à alimentação no Programa de Internação Domiciliar (PID); iii) custear o tratamento das doenças diagnosticadas pela triagem neonatal; iv) reduzir o tempo de internação hospitalar, assim como o número de reinternações por razões concernentes ao estado nutricional; v) reduzir o risco de complicações no tocante à contaminação das dietas enterais; vi) promover mais qualidade de vida e manter ou melhorar o estado nutricional dos pacientes e vii) reduzir o número de processos judiciais em desfavor da SES/DF e otimizar os gastos em saúde (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2020; MELO et al., 2021).

No endereço eletrônico da SES/DF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL., 2022b) podem ser acessados boletins trimestrais do PTNED com que dão acesso a diversas informações, tais como dietas em estoque, orientação aos nutricionistas prescritores de dieta enteral e o manual de dieta enteral artesanal elaborado pelo Ministério da Saúde. Tais informações permitem ao usuário visualizar um panorama do programa, obter dados gerais sobre seu funcionamento, além de possibilitar seu monitoramento e avaliação.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar a interferência de fatores no tempo de espera do paciente para recebimento das fórmulas enterais, desde o início do processo de solicitação de inclusão do paciente no PTNED até a efetiva retirada da fórmula enteral pelo paciente ou responsável, no âmbito do Distrito Federal.

4.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

- Caracterizar as etapas relacionadas ao acesso do usuário à terapia nutricional enteral domiciliar;
- Estimar o intervalo de tempo entre cada etapa do acesso do usuário, assim como o tempo total decorrido entre a primeira solicitação de inclusão do paciente no PTNED e o início do recebimento das fórmulas, caracterizado pela primeira retirada do produto pelo paciente ou responsável na Central de Nutrição Domiciliar (CNUD);
- Identificar fatores que estejam associados ao tempo decorrido entre a solicitação de entrada do paciente no programa e o início do recebimento das fórmulas enterais;

Objetivo específico 2

- Traçar o perfil sociodemográfico, epidemiológico e nutricional da população estudada;

Objetivo específico 3

- Elaborar um canal informativo para a população, com informações gerais sobre o PTNED, orientações sobre agendamento para retirada das fórmulas enterais no sítio eletrônico Agenda DF, sobre o manejo das dietas enterais em domicílio, cuidados de armazenamento e manipulação, assim como cuidados com os

dispositivos de alimentação (sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia). O canal será registrado junto à Agência Nacional de Cinema (ANCINE).

5 MÉTODO

A seguir, as metodologias para cada objetivo foram descritas separadamente, pois os objetivos 1 e 2 geraram 2 artigos. Para o desenvolvimento do trabalho, foi solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a aprovação do projeto (Anexo I), foi solicitada a dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de dados secundários e retrospectivos (Anexo II), e, pelo tempo entre a aprovação e o desenvolvimento da pesquisa foi enviado um relatório parcial ao CEP com alguns resultados preliminares (Anexo III).

5.1 Método aplicado ao objetivo específico 1

Do estudo

Estudo descritivo, quantitativo, com coleta de dados administrativos e clínicos, de maneira retrospectiva, a partir de fontes públicas, do sistema eletrônico de informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SEI), do sistema Alphasinc e arquivos físicos armazenados na Central de Nutrição Domiciliar (CNUD).

Da amostra

A amostra do presente estudo foi composta pelos registros administrativos mantidos pelo PTNED, referentes aos pacientes que foram cadastrados no programa no ano de 2022. Foram buscados dados contidos nos relatórios e documentos necessários para a instrução do processo, assim como documentos referentes a retirada dos produtos autorizados após o cadastro na CNUD. Os registros/documentos utilizados no estudo incluem relatório médico, relatório do nutricionista e do assistente social, documento emitido pela Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT) autorizando o cadastro no PTNED, termo assinado pelo paciente ou responsável no momento de retirar os produtos autorizados na CNUD, assim como demais documentos necessários para a instrução do processo (Anexo IV).

Critérios de inclusão

Foram incluídos registros de cadastro de primeira vez de pacientes adultos, com idade entre 18 e 59 anos, 11 meses e 29 dias. Compuseram a amostra registros dos pacientes cujos processos ocorreram no ano de 2022, com elaboração do primeiro relatório a partir de 01 de janeiro de 2022 e autorização do cadastro no PTNED até 31 de dezembro de 2022.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os registros duplicados, processos sem a totalidade dos documentos necessários para seguimento (falta de relatório social, nutricional ou médico) e os processos indeferidos pela Gerência de Nutrição.

Da coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de abril a novembro de 2023, na Gerência de Serviços de Nutrição e na Central de Nutrição Domiciliar, setores integrantes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Das variáveis do estudo

Foram buscados dados que caracterizam as etapas do processo que envolvem o cadastramento do paciente no PTNED: datas dos relatórios dos profissionais envolvidos no processo (nutricionista, assistente social e médico), datas da restituição dos processos e dos novos relatórios, quando aplicável, motivos de restituição de processos, data de emissão de autorização do cadastro no PTNED, data da retirada do produto junto a CNUD. Os dados foram coletados do Sistema Eletrônico de Informações da SES/DF, do sistema Alphasinc e de processos físicos, cuja busca foi feita em caixas-arquivo localizadas na Central de nutrição domiciliar (CNUD), prédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Do armazenamento e consentimento para uso dos dados

Foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel 2019 (Apêndice) para compilar as informações. O banco de dados foi alimentado apenas pelos pesquisadores deste estudo. Os dados foram anonimizados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e os participantes do estudo foram identificados

por códigos, de maneira a preservar a identidade e evitar o vazamento de dados. O arquivo do banco de dados foi protegido por senha pessoal e intransferível e armazenado de forma offline, para garantir a segurança e o sigilo das informações coletadas.

Dos aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado em 24 de fevereiro de 2024, no parecer de número 6.668.224.

Da análise estatística

Foram calculados para os seguintes eventos: intervalo de tempo entre a elaboração e assinatura dos relatórios social, nutricional e médico; intervalo de tempo entre a assinatura do último relatório profissional emitido para a GESNUT e o documento de despacho de inclusão no participante no PTNED; intervalo de tempo entre a assinatura do primeiro relatório até o documento de despacho de inclusão no PTNED; intervalo de tempo entre a data da assinatura do último relatório profissional e data do despacho de inclusão do paciente no programa; o tempo total desde o primeiro relatório emitido até a retirada do produto pelo participante e o tempo entre o despacho de entrada no programa e a retirada do produto pelo participante.

Todas essas métricas foram calculadas através da diferença de dias entre cada uma das datas. Essas variáveis foram tratadas como contínuas, sendo sumarizadas com mediana e intervalo interquartil (percentil 25 e percentil 75) devido a não-normalidade observada na maioria dos dados. Variáveis categóricas foram sumarizadas com contagens e proporções (n, %).

Foram analisadas as diferenças entre datas da elaboração e da assinatura nos relatórios do nutricionista, do médico e do serviço social para avaliar o tempo entre essas duas etapas, além de analisar de qual profissional parte mais a iniciativa de inclusão dos pacientes no PTNED.

Foram comparadas a datas de assinatura dos relatórios entre os 3 profissionais (nutricionista, assistente social e médico), para entender de onde parte mais a iniciativa de inclusão do paciente no PTNED. Essa assinatura no relatório marca o momento que o relatório fica disponível no SEI para compor o processo.

Para se avaliar o quesito atrasos na assinatura dos relatórios, a variável em questão foi classificada em atraso (≥ 1 dia de diferença entre elaboração e assinatura do relatório) e não atraso (0 dias entre elaboração e assinatura do relatório), sendo investigado se há algum profissional que atrasa mais a assinatura dos relatórios. Foi analisada a mediana de tempo gasto entre a elaboração do relatório e assinatura do profissional via SEI.

Ao se analisar qual profissional atrasava mais para assinar o relatório após elaborado, as variáveis foram divididas em 2 categorias por profissional: não atraso (0 dias entre elaboração e assinatura) e atraso (≥ 1 dia entre elaboração e assinatura).

O intervalo de tempo entre a assinatura do último relatório profissional emitido para a GESNUT e o documento de despacho de inclusão no participante no PTNED foi calculado com o objetivo de mensurar e avaliar o tempo gasto pela GESNUT para avaliar os processos.

A medida do intervalo de tempo entre a assinatura do primeiro relatório profissional e do despacho de inclusão no PTNED foi calculada com objetivo de avaliar o tempo de espera do paciente até a liberação para a retirada das fórmulas. A esta variável foi atribuída a sigla MTDI (mediana de tempo para o despacho de inclusão no PTNED).

A medida do intervalo de tempo entre a data do documento de despacho de inclusão no PTNED e a data da retirada das fórmulas foi calculada para avaliar o tempo gasto pelos usuários para buscar os produtos.

A mediana de tempo total do processo (MTTP) foi avaliada analisando a mediana da diferença de tempo entre a data do primeiro relatório elaborado (data inicial) e a data da retirada do produto após a autorização do cadastro do paciente através do despacho de inclusão no PTNED emitido pela GESNUT (data final).

A análise dos tempos se deu em 2 blocos: primeiro foi analisado se os tipos de atraso tinham associação com a mediana de tempo para emissão do despacho de inclusão no programa (MTDI); em seguida avaliou-se se os tipos de atraso tinham associação com a MTTP. Os atrasos foram classificados em 3 grupos para análise: atrasos na assinatura de um ou mais relatórios, atrasos devido a restituição do processo, e atrasos na assinatura de um ou mais relatórios junto com atraso devido a restituição do processo para o mesmo paciente.

Para as análises que tiveram como desfecho de interesse o tempo total (MTTP), o número amostral foi 292. Tal dado tem como referência a data de retirada das fórmulas enterais, e, do total de 439 processos analisados, em 147 deles não ocorreu a retirada das fórmulas após o despacho de inclusão do paciente no PTNED.

Para os processos restituídos, foram elencados os motivos das restituições, e analisadas as frequências. Os dados foram descritos em percentuais.

Para inferência estatística, foram utilizados intervalos de confiança de 95% de Wald para proporções de variáveis categóricas. Para avaliar diferenças nas proporções de quais profissionais emitiam o relatório de inclusão no PTNED primeiro, foi usado um teste qui-quadrado.

Para avaliar diferenças entre as profissões na probabilidade de atrasos na assinatura do relatório inicial, foi utilizado um modelo linear generalizado logístico, onde o atraso foi a variável dependente e o tipo de profissional foi a variável preditora.

Para avaliar o efeito de variáveis socioeconômicas, nutricionais, clínicas e atrasos no tempo total para aquisição da terapia nutricional, foram utilizados modelos de regressão lineares, onde a variável dependente foram os dias totais, e as variáveis preditoras foram os diferentes fatores avaliados. Cada fator foi avaliado individualmente, em um modelo separado. Foi necessário aplicar uma transformação log-natural na variável de tempo total (dias), devido à importante não-normalidade dos dados. Os resultados foram apresentados na escala original (dias).

Por fim, para avaliar o impacto das mesmas variáveis socioeconômicas e clínicas na probabilidade de o indivíduo retirar ou não as fórmulas, foram utilizados modelos lineares generalizados logísticos.

Resultados das regressões logísticas foram apresentadas na forma de odds ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%, e probabilidades estimadas (%). Resultados das regressões lineares foram apresentados através dos coeficientes encontrados na regressão e seu intervalo de confiança de 95%, na escala original. As frequências foram apresentadas em percentuais.

As análises estatísticas foram feitas no software R 4.2.2 (R Core Team, Vienna, Austria), e um alfa de 5% foi utilizado para todas as análises.

Dos aspectos legais e proteção de dados pessoais

Foi solicitada autorização junto à GESNUT para busca e registro dos dados para a pesquisa. Foram seguidos os princípios éticos conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Além disso, por ser tratado de dados sensíveis, o estudo foi realizado em concordância com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

5.2 Método aplicado ao objetivo específico 2

Do estudo

Estudo descritivo, quantitativo, com coleta de dados administrativos e clínicos, de maneira retrospectiva (PEREIRA, 1995), a partir de fontes públicas, do sistema de informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Sistema Eletrônico de Informação (SEI) e do sistema de dispensação de fórmulas (Alphalinc).

Da amostra

A amostra do presente estudo foi composta pelos registros administrativos mantidos pelo PTNED referentes aos pacientes cujo cadastro no Programa ocorreu entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2022. Foram buscados dados contidos nos relatórios de solicitação de inclusão do paciente no programa e nos demais documentos necessários para compor o processo. Os registros/documentos utilizados no estudo incluem relatório médico, relatório do nutricionista e do assistente social.

Da coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de abril a novembro de 2023, na Gerência de Serviços de Nutrição e na Central de Nutrição Domiciliar, setores integrantes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Critérios de inclusão

Foram incluídos registros de cadastro de primeira vez de pacientes adultos, com idade entre 18 e 59 anos, 11 meses e 29 dias. Compuseram a amostra registros cujos processos ocorreram no ano de 2022, com elaboração do primeiro relatório a

partir de 01 de janeiro de 2022 e autorização do cadastro no PTNED até 31 de dezembro de 2022.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os registros duplicados, processos sem a totalidade dos documentos necessários para seguimento (falta de relatório social, nutricional ou médico) e os processos indeferidos pela Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT).

Das variáveis do estudo

Foram buscados dados epidemiológicos, sociais e de saúde. As informações que compuseram o banco de dados foram retiradas dos relatórios do serviço social, do médico e do nutricionista, do sistema de dispensação de fórmulas e de documentos preenchidos pelo paciente ou responsável na retirada das fórmulas. Cada relatório possui campos padronizados de preenchimento obrigatório, e as informações extraídas para o banco de dados foram as respostas preenchidas por cada profissional. Os dados de diagnóstico clínico foram agrupados, para fins de estudo, em grandes grupos conforme a classificação internacional de doenças (CID-10). Os dados de índice de massa corpórea (IMC) foram utilizados para classificar o estado nutricional dos pacientes conforme a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (BRASIL., 2011).

As variáveis coletadas foram divididas em 2 grandes grupos. O primeiro grupo incluiu dados socioeconômicos, composto por variáveis como idade, sexo, local de residência, regional de origem dos relatórios do médico, do serviço social e da nutrição, tipo de moradia, participação em programas sócio assistenciais, necessidade de cuidador, dentre outros. Já o segundo grupo incluiu dados epidemiológicos e nutricionais, englobando diagnóstico clínico, via de alimentação, tipos de dispositivos utilizados para alimentação, diagnóstico nutricional segundo o IMC, dentre outros.

Os dados de diagnóstico clínico foram agrupados inicialmente, para fins de estudo, em 11 grupos conforme a classificação internacional de doenças (CID-10): *doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do sistema nervoso; doenças do sistema respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e tecido subcutâneo; doenças do aparelho geniturinário; lesões, envenenamentos, e algumas consequências de causas*

externas; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; doenças infecciosas e parasitárias. Para possibilitar a realização de testes estatísticos para analisar a associação entre as variáveis qualitativas *diagnóstico clínico e sexo, diagnóstico clínico e via de alimentação, diagnóstico nutricional e sexo*, os diagnósticos clínicos foram reagrupados em 5 categorias, combinando afinidade clínica e garantindo tamanhos adequados de cada grupo. As novas categorias de diagnósticos após o reagrupamento foram: *Doenças crônicas não transmissíveis* (doenças do aparelho circulatório; neoplasias e doenças endócrinas; nutricionais e metabólicas), *Doenças neurológicas e musculoesqueléticas* (doenças do sistema nervoso), *Doenças Infecciosas, inflamatórias e imunológicas* (doenças do aparelho respiratório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças da pele e tecido subcutâneo e doenças do aparelho geniturinário), *Doenças gastrointestinais e metabólicas* (doenças do aparelho digestivo), *Causas externas e malformações* (lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas).

Do armazenamento e consentimento para uso dos dados

Foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel 2019 (Apêndice) para compilar as informações. O banco de dados foi alimentado apenas pelos pesquisadores deste estudo. Os dados foram anonimizados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018) e os participantes do estudo foram identificados por códigos, de maneira a preservar a identidade e evitar o vazamento de dados. O arquivo do banco de dados foi protegido por senha pessoal e intransferível e armazenado de forma offline, para garantir a segurança e o sigilo das informações coletadas.

Da análise estatística

As análises dos dados obtidos foram conduzidas com o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20. Foram realizadas estatísticas descritivas, com medidas de frequência das variáveis, além do teste qui-quadrado para avaliar associação entre variáveis. Para as variáveis contínuas idade e IMC, foram obtidos os valores de mediana e intervalo interquartil (percentil 25 e percentil 75) devido a não-normalidade observada nos dados. Variáveis categóricas foram sumarizadas com

contagens e proporções (n, %). As variáveis qualitativas foram classificadas em classes, para fins de análise, de modo que a sua quantificação fosse possível.

Através das informações do endereço dos participantes, foi realizada a classificação por região administrativa de origem. Pelo serviço de origem dos relatórios social, nutricional e médico foi feita a classificação do tipo de serviço de origem dos relatórios, se proveniente da atenção primária, secundária, terciária, atenção domiciliar. Os diagnósticos clínicos foram divididos por grupos de doenças conforme a classificação CID-10, e depois realocados em grupos mais abrangentes de doenças para permitir análise estatística. A classificação do grau de dependência foi categorizada por números, variando de 0 a 5, conforme a classificação da Cruz Vermelha Espanhola. Através do dado de IMC, os pacientes foram divididos em categorias conforme o diagnóstico nutricional (baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade). A variável número de moradores por domicílio foi transformada em grupos, de 1 morador a 5 moradores ou mais, para permitir melhor análise do dado.

Dos aspectos legais e proteção de dados pessoais

Foi solicitada autorização junto à GESNUT para busca e registro dos dados para a pesquisa. A pesquisa seguiu os princípios éticos conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Além disso, por se tratar de dados sensíveis, o estudo foi realizado em concordância com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

Dos aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, sendo aprovado em 24 de fevereiro de 2024, pelo parecer de número 6.668.224.

5.3 Método aplicado ao objetivo específico 3

Para o 3º objetivo, que resultou no produto técnico tecnológico (PTT), foram elaborados 3 vídeos, os dois primeiros com orientações à população de como

funciona o programa, como deve ser feito o agendamento e retirada das fórmulas. Para a elaboração dos vídeos, foram utilizadas as informações contidas no Manual do Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2024).

Para o terceiro vídeo, sobre cuidados com a dieta enteral, foram utilizados como base o Guia de Terapia Nutricional Domiciliar da USP (GANDOLFO et al., 2024) e o Manual de Cuidados da Terapia Nutricional Enteral em Domicílio do governo do Pará (SILVA et al., 2021).

Para a geração das imagens e cenas realistas que compuseram os vídeos, foi utilizado o recurso Veo 3, um modelo de inteligência artificial desenvolvido pelo Google. Para a edição dos vídeos informativos, foi utilizado o aplicativo CapCut. Após a elaboração e edição, os vídeos foram inseridos em um canal no Youtube, denominado “Informações sobre o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal (PTNED)”, criado especificamente para conter informações sobre o PTNED e sobre cuidados com a sonda e dietas enterais.

6 REFERÊNCIAS

- AANHOLT, D. P. J. VAN et al. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, p. 127–138, 24 jan. 2021.
- ALVES, A. L. L.; DUTRA, A. H. DE M.; NASCIMENTO, A. M. H. Terapia nutricional enteral domiciliar com crianças e adolescentes: custos envolvidos e características clínicas e nutricionais. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 32, n. 02, 13 jul. 2021.
- BARBOZA, E. S. et al. Construção e validação de roteiros para treinamento de habilidades sobre terapia nutricional enteral na desospitalização. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 32, p. 1–16, 2023.
- BISCHOFF, S. C. et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clinical Nutrition**, v. 39, n. 1, p. 5–22, jan. 2020.
- BOULLATA, J. I. et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 41, n. 1, p. 15–103, 4 jan. 2017.
- BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 30 mar. 2022.
- BRASIL. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica.**, p. 76, 2011.
- BRASIL. Caderno de Atenção Domiciliar. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.**, v. 1, 2012.
- BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Atenção Básica**, v. 1º-Reimp, n. 1, p. 1–86, 2013a.
- BRASIL. PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, 2013b.
- BRASIL. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.**, v. 3, p. 90, 2015.

BRASIL. Manual de monitoramento e avaliação : Programa Melhor em Casa. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.**, p. 50, 2016a.

BRASIL. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Habilitadas., atualiza as equipes. **Ministério da Saúde**, p. 1–9, 2016b.

BRASIL. Atenção Domiciliar na atenção primária à saúde. **Ministério da Saúde.**, p. 100, 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 26 mar. 2022.

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2018a. v. 1

CASA CIVIL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex post**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018b. v. 2

CAWOOD, A. L. et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of community use of oral nutritional supplements on clinical outcomes. **Ageing Research Reviews**, v. 88, n. November 2022, p. 101953, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

DE VAN DER SCHUEREN, M. A. E. Use and effects of oral nutritional supplements in patients with cancer. **Nutrition**, v. 67–68, p. 110550, 2019.

DOMINGUES, E. A. **Paciente Idoso Desospitalizado: a Continuidade Da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2019.

ESPERIDIÃO, M. A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 341–360, out. 2018.

FLOOD, C. et al. A benchmarking study of home enteral nutrition services. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 44, p. 387–396, ago. 2021.

GALVÃO, N. R. L. et al. Eficácia da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal – DF. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 27, n. 1, p. 29–35, 2012.

GANDOLFO, A. S. et al. **Guia De Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**. 2. ed. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2024.

GAO, X. et al. Effect of Home Enteral Nutrition on Nutritional Status, Body Composition and Quality of Life in Patients With Malnourished Intestinal Failure.

Frontiers in Nutrition, p. 8:643907, 1 jul. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 578, de 03 de agosto de 2020. Regulamenta o funcionamento de serviços de alimentação e nutrição, no âmbito do Distrito Federal. **Secretaria de Estado de Saúde.**, 2020.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim nº 01 de 09 de março de 2021.**

Disponível em:

<<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/62711/Boletim+nº+01+de+09+de+março+de+2021.pdf/5a508887-d860-b48a-0493-63ba040fec8a?version=1.0&t=1648345363639>>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - PDAD 2021: Distrito Federal. Relatório CODEPLAN. **Companhia de Planejamento do Distrito Federal. CODEPLAN.**, p. 154, 2022a.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Alimentação e Nutrição. **Secretaria de Estado de Saúde.**, 2022b.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **PORTARIA Nº 374, DE 13 DE SETEMBRO DE 2023. REGULAMENTO TÉCNICO DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - PTNED.** Disponível em:

<https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2188362ff9fa459abc83d5635704b5b8/Portaria_374_13_09_2023.html>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim nº 01 de 23 de março de 2022.**

Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/62711/Boletim_N__012022_do_PTNEED__1_.pdf/88fe8be3-dbce-bbd1-c693-f89674569ca7?t=1650226281328>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim nº 01 de 31 de Março de 2023.**

Disponível em:

<<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim+Nº+012023+do+PTNED.pdf/91da278a-7a55-c9cb-f927-5666843848ff?t=1680629209826>>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim Nº 01 de 01 de abril de 2024.**

Disponível em:

<<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim+Nº+012024+do+PTNED.pdf/c87d4add-cdd8-6519-43f2-345fe3c9c9bf?t=1712599824317>>.

GRAMLICH, L. et al. Home enteral nutrition: Towards a standard of care. **Nutrients**, v. 10, n. 8, p. 1–11, 2018.

HEBUTERNE, X. et al. Home enteral nutrition in adults: A European multicentre survey. **Clinical Nutrition**, v. 22, n. 3, p. 261–266, jun. 2003.

HOWARD, L. et al. Current use and clinical outcome of home parenteral and enteral nutrition therapies in the United States. **Gastroenterology**, v. 109, n. 2, p. 355–365, ago. 1995.

JOHNSON, T. W. et al. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 34, n. 2, p. 186–195, 11 abr. 2019.

KIM, S. H. et al. The Effect of Nutrition Intervention with Oral Nutritional Supplements on Pancreatic and Bile Duct Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **Nutrients**, v. 11, n. 5, p. 1145, 22 maio 2019.

LEZO, A. et al. Paediatric home artificial nutrition in Italy: Report from 2016 survey on behalf of artificial nutrition network of italian society for gastroenterology, hepatology and nutrition (SIGENP). **Nutrients**, v. 10, n. 9, 2018.

LIU, F. et al. Effect of Home Enteral Nutritional Support Compared With Normal Oral Diet in Postoperative Subjects With Upper Gastrointestinal Cancer Resection: A Meta-Analysis. **Frontiers in Surgery**, v. 9, n. February, p. 1–10, 18 fev. 2022.

LIU, L. et al. Home enteral nutrition after esophagectomy for esophageal cancer. v. 36, n. July, 2020.

MARTIN, K.; GARDNER, G. Home Enteral Nutrition: Updates, Trends, and Challenges. **Nutrition in Clinical Practice**, v. 32, n. 6, p. 712–721, 24 dez. 2017.

MAZUR, C. E. et al. 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. 757–770, 2014.

MELO, A. et al. Manual do Programa Nutricional Enteral Domiciliar - PTNED. p. 27, 2021.

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, p. 27:e3198, 2019.

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, 17 dez. 2017.

NAVES, L. K.; TRONCHIN, D. M. R. Nutrição enteral domiciliar: perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 39:e2017-0175, 3 set. 2018.

OLIVEIRA, K. D. L. DE; HAACK, A.; FORTES, R. C. Estado nutricional de idosos e prevalência de lesão por pressão na assistência domiciliar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, p. 54–59, 9 out. 2017.

PACCAGNELLA, A. et al. Enteral nutrition at home and in nursing homes: an 11-year (2002-2012) epidemiological analysis. **Minerva gastroenterologica e dietologica**, v. 62, n. 1, p. 1–10, mar. 2016.

PEREIRA, M. G. Cap. 12. Métodos Empregados em Epidemiologia. In: **Epidemiologia - Teoria e prática**. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 269.

REIS, G. F. M. DOS; et al. ANÁLISE DE CUSTOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR PÚBLICO E O PERFIL DOS PACIENTES ASSISTIDOS. **Cienc Cuid Saude**, v. 20, p. 10, 2021.

SALOMON, A. L. R. **EVOLUÇÃO CLÍNICO-NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS E CÂNCERES DE CABEÇA**

E PESCOÇO E GASTROINTESTINAIS EM TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL. [s.l.] Universidade de Brasília, 2014.

SALOMON, A. L. R.; NOVAES, M. R. C. G. Planificación funcional de unidad de nutrición enteral para atención domiciliar en un hospital de Brasil. **Nutr Hosp**, v. 28, n. 6, p. 2027–2032, 2013.

SECCHI, L. Cap. 2. Análise do problema. In: **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. 1. ed. São Paulo: Cengage learning, 2017a. p. 39.

SECCHI, L. Introdução. In: **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. 1. ed. São Paulo: Cengage learning, 2017b. p. 1–26.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. MANUAL DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR- PTNED. **SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS - COASIS DIRETORIA DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS - DASIS GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO - GESNUT**, p. 28, 2024.

SILVA, A. C. C. DA; et al. **Manual De Cuidados Na Terapia Nutricional Enteral em Domicílio**. Belém: Secretaria de saúde pública, 2021.

SILVA, A. C.; SILVEIRA, S. D. A. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 783–794, 14 dez. 2014.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289–301, 2018.

STRATTON, R.; EVILL, R.; SMITH, T. A report by the British Artificial Nutrition Survey (BANS)-a committee of BAPEN On behalf of the BANS Committee. **BANS Report**, n. April, p. 16, 2018.

THIEME, R. D. **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**. [s.l.] Universidade Federal do Paraná, 2022.

THIEME, R. D.; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; DITTERICH, R. G. Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, p. 12, 2020.

VAN AANHOLT, D. P. J. et al. Inquérito brasileiro sobre o estado atual da terapia nutricional domiciliar. **Braspen J**, v. 32, n. 3, p. 214–220, 2017.

VELAPATI, S. R. et al. Use of Home Enteral Nutrition in Malnourished Post-Bariatric Surgery Patients. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 45, n. 5, p. 1023–1031, 2021.

WONG, A. et al. A systematic review of the cost and economic outcomes of home enteral nutrition. **Clinical Nutrition**, v. 37, n. 2, p. 429–442, abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>>. Acesso em: 26 mar. 2022.

XUETING, H. et al. Home enteral nutrition and oral nutritional supplements in postoperative patients with upper gastrointestinal malignancy: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Nutrition**, v. 40, n. 5, p. 3082–3093, 2021.

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. **Com Ciências Saúde**, v. 20, n. 2, p. 143–150, 2009a.

ZABAN, A. L. R. S.; NOVAES, M. R. C. G. Impact of the Home Enteral Nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. **e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism**, v. 4, n. 4, p. e193–e198, ago. 2009b.

7 RESULTADOS

7.1 Artigo 1: Avaliação do acesso da população adulta ao Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal no ano de 2022

Como resultado relacionado ao objetivo específico 1, foi elaborado um artigo original que avaliou o acesso ao PTNED, identificando o tempo gasto em cada etapa do processo, assim como avaliando fatores que podem interferir no tempo, causando maior espera do paciente pelas fórmulas. O artigo está em processo de submissão para a revista *Nutrición Hospitalaria*.

Avaliação do acesso da população adulta ao Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal no ano de 2022

Introdução

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possui um programa de fornecimento de fórmulas para fins especiais denominado Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), inicialmente regulamentado pela Portaria SES/DF nº 156 de 03/11/2004 (1) e atualmente pela portaria SES/DF 374 de 13/09/23 (2).

Esse programa é voltado para pacientes com incapacidade ou contraindicação de alimentação por via oral que necessitam de terapia nutricional enteral via sonda (nasogástrica ou nasoentérica) ou ostomias (gastrostomia ou jejunostomia) e casos particulares de suplementação oral, a saber: fibrose cística; epidermólise bolhosa congênita; cardiopatia congênita; erros inatos do metabolismo que necessitam de fórmulas especiais; doenças inflamatórias intestinais; epilepsia farmacorresistente em tratamento com dieta cetogênica; alergia à proteína do leite de vaca, com diagnóstico clínico confirmado, até completarem 2 anos de idade; disfagia com necessidade de espessantes; pacientes desnutridos portadores de encefalopatia crônica não progressiva; pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ou metabólica para tratamento de obesidade e remissão do diabetes mellitus tipo 2; lesão por pressão, desde que desnutridos ou em risco nutricional, pacientes desnutridos portadores de: doença renal crônica, síndrome da imunodeficiência adquirida e câncer, e idosos desnutridos

ou sarcopênicos (3). O programa também contempla o cadastro de pacientes em caráter excepcional, quando a patologia de base não é contemplada nos critérios da portaria nº 374/2023 (2), porém a suplementação oral é imprescindível à recuperação do estado nutricional.

O PTNED é administrado pela Gerência de Serviços de Nutrição - GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS/SES, e tem como objetivos: i) otimizar a desospitalização; ii) subsidiar, no que concerne à alimentação, o Programa de Internação Domiciliar (PID); iii) custear o tratamento das doenças diagnosticadas pela triagem neonatal; iv) reduzir o tempo de internação hospitalar, assim como o número de reinternações por razões concernentes ao estado nutricional; v) reduzir o risco de complicações no tocante à contaminação das dietas enterais artesanais; vi) promover mais qualidade de vida e manter ou melhorar o estado nutricional dos pacientes e vii) reduzir o número de processos judiciais em desfavor da SES/DF e otimizar os gastos em saúde (3,4).

Com objetivo de dar transparência ao PTNED, são divulgados trimestralmente boletins no endereço eletrônico da SES/DF (5), provendo informações como estoque das dietas, orientação aos nutricionistas prescritores de dieta enteral e o manual de dieta enteral artesanal elaborado pelo Ministério da Saúde. Essas informações possibilitam que a população tenha uma visão geral do programa, permite acesso a dados sobre seu funcionamento, além de possibilitar seu monitoramento e avaliação.

No Boletim Informativo do PTNED nº 01 de 31 de março de 2023 (6), o primeiro publicado no ano de 2023, é evidenciado um aumento de 13,3% no número de pacientes atendidos pelo Programa no ano de 2022, em relação ao ano de 2021, com 33.414 atendimentos realizados aos pacientes cadastrados no PTNED, o que equivale, em média, a 2.785 pacientes atendidos por mês. Pela primeira vez desde o início da divulgação deste formato de informativo, há um compilado de ouvidorias realizadas referentes ao PTNED. Foram registradas 47 ouvidorias realizadas no ano de 2022, com a seguinte distribuição por assuntos: 68% - indisponibilidade de produtos no PTNED; 11% - reclamação sobre produtos (sabor de módulo proteico e troca de marca de fórmula de aminoácidos); 9% - dificuldades de agendamento no Agenda-DF; 6% - demora no cadastramento no PTNED; 6% - reclamação sobre recebimento de produto (quantidade dispensada); 2% - reclamação sobre atendimento na CNUD; 2% - dificuldade de atendimento nutricional na UBS.

Embora se reconheça a importância do PTNED (1,7–9), há escassez de dados na literatura sobre o acesso da população ao programa e às fórmulas enterais. Há estudos sobre perfil da população abrangida por serviços de TNE no Brasil e sobre custos (1,10–12), porém observa-se a existência de uma lacuna sobre dados de acesso e do tempo de espera para recebimento de fórmulas enterais pelos programas.

Em busca realizada na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações com os termos “terapia nutricional enteral” e “terapia nutricional enteral domiciliar” no mês de fevereiro de 2023 foram encontrados 27 trabalhos, dentre os quais 5 (18,5%) tiveram como tema efeitos adversos relacionados a TNE, 6 (22,2%) se referiam a pacientes hospitalizados, 1 (3,7%) a tecnologias relacionadas a TNE (bombas de infusão, equipos), 8 (29,6%) se relacionavam a pacientes críticos, 2 (7,4%) sobre educação em TNE, 1 (3,7%) sobre TNE em fim de vida, 1 (3,7%) sobre TNE intermitente e 1 (3,7%) sobre paciente crítico pediátrico. Apenas 2 (7,4%) tiveram como escopo a TNE, porém uma tese de doutorado analisou a evolução do estado nutricional de pacientes em TNE (13) e uma dissertação de mestrado estudou a TNE em pacientes idosos e apenas cita que 89,6% dos pacientes estudados recebiam as fórmulas enterais via programa SAD (14).

Em pesquisa não estruturada no google acadêmico com o “termo terapia nutricional enteral domiciliar” também não foram encontradas informações relacionadas ao tempo de acesso às fórmulas enterais pela população assistida pelo programa, mas foram encontrados trabalhos sobre perfil da população assistida e sobre custos. Os documentos pesquisados sobre o PTNED no endereço eletrônico da SES/DF não deixam claro se há prazo de espera para o fornecimento das fórmulas enterais para os pacientes cadastrados no Programa. Busca por informações sobre outros programas de terapia nutricional domiciliar no Brasil em endereços eletrônicos de prefeituras também não encontrou dados sobre prazo e tempo de espera até recebimento das fórmulas, o que se mostra como lacuna de conhecimento a respeito da duração do processo e fatores que possam influenciar num maior tempo de espera pelas fórmulas.

Sabe-se que o custo das fórmulas enterais industrializadas é elevado, fato que pode dificultar a aquisição enquanto se espera a tramitação do cadastro no PTNED. Para minimizar o impacto do tempo de espera pelas fórmulas enterais industrializadas, os pacientes e familiares recebem orientações sobre preparo de dieta enteral

artesanal. Um estudo realizado no estado do Paraná demonstrou que os programas municipais analisados priorizam a utilização de dieta com alimentos para a TNED (15) diferente das diretrizes americanas e europeias, que alegam que a dieta com alimentos é menos efetiva e menos segura comparada à fórmula comercial (16,17).

O estudo teve como objetivo identificar os fatores que possam interferir no tempo de espera dos pacientes para o recebimento das fórmulas enterais. Para tal, o estudo buscou caracterizar e estimar o tempo decorrido entre as etapas envolvidas no processo, assim como o tempo total e identificar fatores que possam estar associados a um aumento ou redução desse tempo.

Metodologia

Do estudo

Estudo descritivo, quantitativo, com coleta de dados administrativos e clínicos, de maneira retrospectiva, a partir de fontes públicas, do sistema eletrônico de informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SEI), do sistema Alphasinc e arquivos físicos armazenados na Central de Nutrição Domiciliar (CNUD).

Da amostra

A amostra do presente estudo foi composta pelos registros administrativos mantidos pelo PTNED, referentes aos pacientes que foram cadastrados no programa no ano de 2022. Foram buscados dados contidos nos relatórios e documentos necessários para a instrução do processo, assim como documentos referentes a retirada dos produtos autorizados após o cadastro na CNUD. Os registros/documentos utilizados no estudo incluem relatório médico, relatório do nutricionista e do assistente social, documento emitido pela Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT) autorizando o cadastro no PTNED, termo assinado pelo paciente ou responsável no momento de retirar os produtos autorizados na CNUD, assim como demais documentos necessários para a instrução do processo. O tamanho amostral foi de 439 processos.

Critérios de inclusão

Foram incluídos registros de cadastro de primeira vez de pacientes adultos, com idade entre 18 e 59 anos, 11 meses e 29 dias. Compuseram a amostra registros

dos pacientes cujos processos ocorreram no ano de 2022, com elaboração do primeiro relatório a partir de 01 de janeiro de 2022 e autorização do cadastro no PTNED até 31 de dezembro de 2022.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os registros duplicados, processos sem a totalidade dos documentos necessários para seguimento (falta de relatório social, nutricional ou médico) e os processos indeferidos pela Gerência de Nutrição.

Da coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de abril a novembro de 2023, na Gerência de Serviços de Nutrição e na Central de Nutrição Domiciliar, setores integrantes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Das variáveis do estudo

Foram buscados dados que caracterizam as etapas do processo que envolvem o cadastramento do paciente no PTNED: datas dos relatórios dos profissionais envolvidos no processo (nutricionista, assistente social e médico), datas da restituição dos processos e dos novos relatórios, quando aplicável, motivos de restituição de processos, data de emissão de autorização do cadastro no PTNED, data da retirada do produto junto a CNUD. Os dados foram coletados do Sistema Eletrônico de Informações da SES/DF, do sistema Alphalinc e de processos físicos, cuja busca foi feita em caixas-arquivo localizadas na Central de nutrição domiciliar (CNUD), prédio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Do armazenamento e consentimento para uso dos dados

Foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel 2019 para compilar as informações. O banco de dados foi alimentado apenas pelos pesquisadores deste estudo. Os dados foram anonimizados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e os participantes do estudo foram identificados por códigos, de maneira a preservar a identidade e evitar o vazamento de dados. O arquivo do banco de dados foi protegido por senha pessoal e intransferível e

armazenado de forma offline, para garantir a segurança e o sigilo das informações coletadas.

Dos aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado em 24 de fevereiro de 2024, no parecer de número 6.668.224.

Da análise estatística

Foram calculados para os seguintes eventos: intervalo de tempo entre a elaboração e assinatura dos relatórios social, nutricional e médico; intervalo de tempo entre a assinatura do último relatório profissional emitido para a GESNUT e o documento de despacho de inclusão no participante no PTNED; intervalo de tempo entre a assinatura do primeiro relatório até o documento de despacho de inclusão no PTNED; intervalo de tempo entre a data da assinatura do último relatório profissional e data do despacho de inclusão do paciente no programa; o tempo total desde o primeiro relatório emitido até a retirada do produto pelo participante e o tempo entre o despacho de entrada no programa e a retirada do produto pelo participante.

Todas essas métricas foram calculadas através da diferença de dias entre cada uma das datas. Essas variáveis foram tratadas como contínuas, sendo sumarizadas com mediana e intervalo interquartil (percentil 25 e percentil 75) devido a não-normalidade observada na maioria dos dados. Variáveis categóricas foram sumarizadas com contagens e proporções (n, %).

Foram analisadas as diferenças entre datas da elaboração e da assinatura nos relatórios do nutricionista, do médico e do serviço social para avaliar o tempo entre essas duas etapas, além de analisar de qual profissional parte mais a iniciativa de inclusão dos pacientes no PTNED.

Foram comparadas a datas de assinatura dos relatórios entre os 3 profissionais (nutricionista, assistente social e médico), para entender de onde parte mais a iniciativa de inclusão do paciente no PTNED. Essa assinatura no relatório marca o momento que o relatório fica disponível no SEI para compor o processo.

Para se avaliar o quesito atrasos na assinatura dos relatórios, a variável em questão foi classificada em atraso (≥ 1 dia de diferença entre elaboração e assinatura do relatório) e não atraso (0 dias entre elaboração e assinatura do relatório), sendo

investigado se há algum profissional que atrasa mais a assinatura dos relatórios. Foi analisada a mediana de tempo gasto entre a elaboração do relatório e assinatura do profissional via SEI.

Ao se analisar qual profissional atrasava mais para assinar o relatório após elaborado, as variáveis foram divididas em 2 categorias por profissional: não atraso (0 dias entre elaboração e assinatura) e atraso (≥ 1 dia entre elaboração e assinatura).

O intervalo de tempo entre a assinatura do último relatório profissional emitido para a GESNUT e o documento de despacho de inclusão no participante no PTNED foi calculado com o objetivo de mensurar e avaliar o tempo gasto pela GESNUT para avaliar os processos.

A medida do intervalo de tempo entre a assinatura do primeiro relatório profissional e do despacho de inclusão no PTNED foi calculada com objetivo de avaliar o tempo de espera do paciente até a liberação para a retirada das fórmulas. A esta variável foi atribuída a sigla MTDI (mediana de tempo para o despacho de inclusão no PTNED).

A medida do intervalo de tempo entre a data do documento de despacho de inclusão no PTNED e a data da retirada das fórmulas foi calculada para avaliar o tempo gasto pelos usuários para buscar os produtos.

A mediana de tempo total do processo (MTTP) foi avaliada analisando a mediana da diferença de tempo entre a data do primeiro relatório elaborado (data inicial) e a data da retirada do produto após a autorização do cadastro do paciente através do despacho de inclusão no PTNED emitido pela GESNUT (data final).

A análise dos tempos se deu em 2 blocos: primeiro foi analisado se os tipos de atraso tinham associação com a mediana de tempo para emissão do despacho de inclusão no programa (MTDI); em seguida avaliou-se se os tipos de atraso tinham associação com a MTTP. Os atrasos foram classificados em 3 grupos para análise: atrasos na assinatura de um ou mais relatórios, atrasos devido a restituição do processo, e atrasos na assinatura de um ou mais relatórios junto com atraso devido a restituição do processo para o mesmo paciente.

Para as análises que tiveram como desfecho de interesse o tempo total (MTTP), o número amostral foi 292. Tal dado tem como referência a data de retirada das fórmulas enterais, e, do total de 439 processos analisados, em 147 deles não ocorreu a retirada das fórmulas após o despacho de inclusão do paciente no PTNED.

Para os processos restituídos, foram elencados os motivos das restituições, e analisadas as frequências. Os dados foram descritos em percentuais.

Para inferência estatística, foram utilizados intervalos de confiança de 95% de Wald para proporções de variáveis categóricas. Para avaliar diferenças nas proporções de quais profissionais emitiam o relatório de inclusão no PTNED primeiro, foi usado um teste qui-quadrado.

Para avaliar diferenças entre as profissões na probabilidade de atrasos na assinatura do relatório inicial, foi utilizado um modelo linear generalizado logístico, onde o atraso foi a variável dependente e o tipo de profissional foi a variável preditora.

Para avaliar o efeito de variáveis socioeconômicas, nutricionais, clínicas e atrasos no tempo total para aquisição da terapia nutricional, foram utilizados modelos de regressão lineares, onde a variável dependente foram os dias totais, e as variáveis preditoras foram os diferentes fatores avaliados. Cada fator foi avaliado individualmente, em um modelo separado. Foi necessário aplicar uma transformação log-natural na variável de tempo total (dias), devido à importante não-normalidade dos dados. Os resultados foram apresentados na escala original (dias).

Por fim, para avaliar o impacto das mesmas variáveis socioeconômicas e clínicas na probabilidade de o indivíduo retirar ou não as fórmulas, foram utilizados modelos lineares generalizados logísticos.

Resultados das regressões logísticas foram apresentadas na forma de odds ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%, e probabilidades estimadas (%). Resultados das regressões lineares foram apresentados através dos coeficientes encontrados na regressão e seu intervalo de confiança de 95%, na escala original. As frequências foram apresentadas em percentuais.

Para algumas variáveis, os valores de OR, intervalo de confiança e p não foram inseridos nas tabelas, pois estas variáveis foram utilizadas como referência para as comparações estatísticas.

As análises estatísticas foram feitas no software R 4.2.2 (R Core Team, Vienna, Austria), e um alfa de 5% foi utilizado para todas as análises.

Dos aspectos legais e proteção de dados pessoais

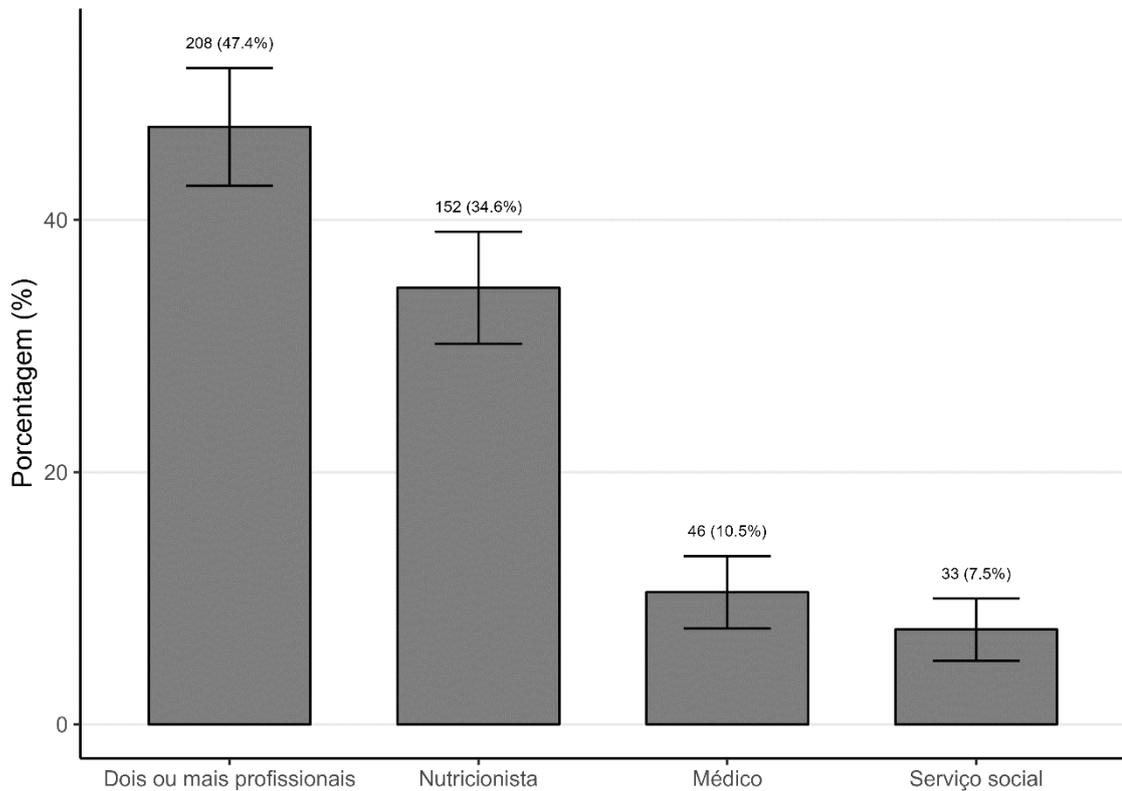
Foi solicitada autorização junto à GESNUT para busca e registro dos dados para a pesquisa. Foram seguidos os princípios éticos conforme Resolução do

Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Além disso, por ser tratarem de dados sensíveis, o estudo foi realizado em concordância com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2018).

Resultados

Foi observado que em 208 processos (47,4%) a assinatura dos relatórios de 2 ou mais profissionais se deu na mesma data, inferindo-se que os profissionais disponibilizaram os relatórios no SEI no mesmo dia. Em 152 processos (34,6%), o primeiro relatório a ser assinado foi o do nutricionista, seguido pelo relatório médico em 46 processos (10,5%) e do serviço social em 33 processos (7,5%). O teste qui-quadrado evidenciou diferença significativa entre as datas das assinaturas ($X^2 = 194,92$; $p < 0,01$), sendo que ao se analisar por profissional, observou-se que a iniciativa de inserir o paciente no PTNED parte na maioria das vezes do profissional nutricionista. Os resultados estão descritos na figura 1.

Figura 1 - Qual relatório é elaborado primeiro

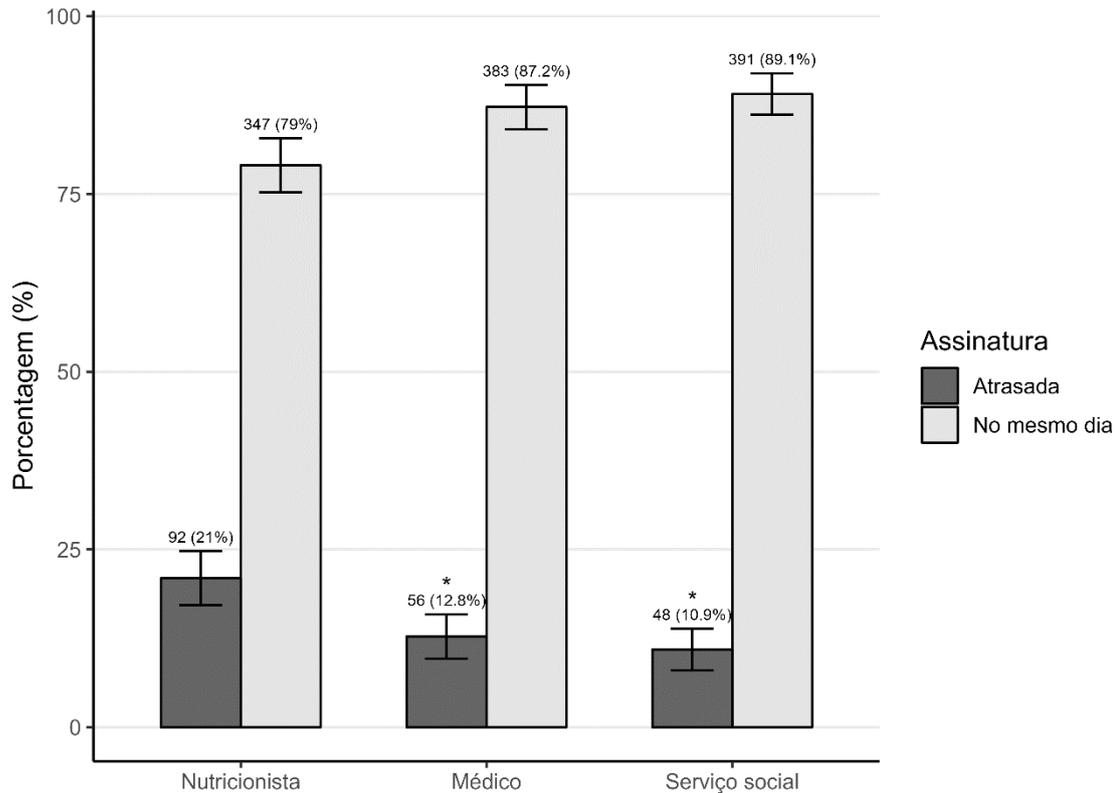


$\chi^2 = 194,92$; gl = 3; $p < 0,01$
 Fonte: Elaborado pela autora

A mediana, o intervalo interquartil (IQR), o mínimo e o máximo de tempo para a assinatura dos relatórios foram calculados. A mediana e o IQR foram de 0 dias para os 3 profissionais. Ao analisar os valores de mínimo e máximo de intervalo de dias entre a elaboração e assinatura dos relatórios, observou-se que o máximo de tempo entre elaboração e assinatura foi de 107 dias para o relatório médico, 62 dias para o relatório da nutrição e 59 dias para o relatório do serviço social.

O nutricionista atrasou a assinatura do relatório em 21% dos processos, o médico atrasou em 12,8% e o serviço social em 10,9% (Figura 2). O odds ratio (OR) foi de 0,55 para os médicos e 0,46 para o serviço social, evidenciando que esses profissionais atrasam as assinaturas 55% e 46% a menos que os nutricionistas, respectivamente.

Figura 2 - Qual profissional atrasa mais a assinatura do relatório



Fonte: elaborado pela autora

A mediana de tempo total do processo (MTTP) foi de 37 dias, com mínimo de 6 dias e máximo de 738 dias de intervalo entre a data inicial e final.

Foram buscadas associações entre a MTTP e diversas variáveis coletadas. As variáveis superintendência de saúde de origem, rede de apoio, número de habitantes por domicílio, recebimento de benefício socioassistencial, fatores de risco ou vulnerabilidade social, serviço de origem dos relatórios e diagnóstico clínico não apresentaram associação estatisticamente significativa com a MTTP (todos $p > 0.05$) e, portanto, não foram reportadas no artigo. O resumo das variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa se encontra na Tabela 1.

Para os pacientes que necessitam cuidador, a MTTP foi de 37,26 dias (IC 33,87 – 40,99), enquanto para os que não necessitam foi de 44,78 dias (IC 39,79-50,41), uma diferença de 7,52 dias a mais nesse grupo ($p < 0,005$; IC 0,05-0,36). Quando o paciente necessita de cuidador e o cuidado é compartilhado com outra pessoa, há redução na MTTP em 8,02 dias em relação aos pacientes que não necessitam cuidador ($p < 0,05$, IC 32,31 - 41,28).

Outro fator que apresentou associação com a MTTP foi o tipo de habitação. Pacientes que residiam em imóveis alugados e pacientes institucionalizados apresentaram aumento na MTTP em relação aos pacientes que residiam em habitações cedidas, sendo o tempo total de 46,19 dias no grupo dos pacientes que residiam em imóveis alugados ($p < 0,05$; IC 39,66-53,79) e 72,64 dias no grupo dos pacientes institucionalizados ($p < 0,05$; IC 41,23-127,98). Para os demais tipos de habitação não foram observados resultados estatisticamente significativos.

A via de alimentação foi um fator que apresentou associação estatisticamente significativa com a MTTP ($p < 0,01$). Pacientes com via enteral de alimentação apresentaram MTTP de 35,45 dias (IC 31,8-39,52), enquanto pacientes com via oral de alimentação tiveram uma MTTP de 44,49 dias (IC 40,23-49,2). Observa-se que há uma redução de 9 dias nos pacientes em via enteral de alimentação. Quando analisado por tipo de dispositivo de alimentação, observou-se que pacientes em uso de sonda nasoenteral apresentaram redução de 9,55 dias na MTTP em relação a pacientes que não utilizam nenhum dispositivo, com mediana de 34,48 dias até a retirada do produto ($p < 0,05$; IC 29,39-40,46).

Tabela 1 - Associação de variáveis com a Mediana de Tempo Total do Processo (MTTP)

Variáveis	MTTP (dias)	IC	p valor
Necessita cuidador			
Sim*	37,26	33,87 - 40,99	-
Não	44,78	39,79 - 50,41	$p = 0,018$
Compartilha cuidado			
Não se aplica*	44,54	39,6 - 50,11	-
Sim	36,52	32,31 - 41,28	$p = 0,022$
Não	38,9	33,18 - 45,6	$p = 0,2$
Sem registro	33,38	16,01 - 69,61	$p = 0,4$
Tipo de habitação			
Cedida*	35,63	30,26 - 41,96	-
Própria	38,61	34,89 - 42,73	$p = 0,4$
Alugada	46,19	39,66 - 53,79	$p = 0,023$
Institucionalizado	72,64	41,23 - 127,98	$p = 0,018$
Invasão	28	7,89 - 99,36	$p = 0,7$
Assentamento	54	15,22 - 191,62	$p = 0,5$
Sem registro			

Via de alimentação			
Oral*	44,49	40,23 - 49,2	-
Enteral	35,45	31,8 - 39,52	p = 0,003
Dispositivo de alimentação			
Nenhum*	44,03	39,79 - 48,72	-
Sonda nasointestinal	34,48	29,39 - 40,46	p = 0,012
Gastrostomia	37,13	31,9 - 43,21	p = 0,067
Jejunostomia	37,99	15,49 - 93,14	p = 0,7

*Variáveis de referência. IC: intervalo de confiança

Fonte: elaborado pela autora

A restituição dos processos ocorreu em 79 casos (18%), sendo 6 destes com 2 restituições (7,6%), totalizando 85 registros de motivos de restituição. Foi observada associação entre restituição e aumento na MTTP ($p < 0,01$). Os processos não restituídos apresentaram MTTP de 37,9 dias (IC 34,95-41,1), enquanto nos processos restituídos a MTTP foi de 52,01 dias (IC 43,6-62,03). Observa-se que há um aumento de aproximadamente 14 dias no tempo mediano total do processo quando ocorre a restituição.

Quanto aos motivos de restituição, o mais frequente foi relacionado a falta de um dos relatórios ou falta de assinatura (41,1%), seguido por divergência de dados nos relatórios (22,4%). Os dados estão compilados na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados relacionados aos processos restituídos

Variável					
Processo restituído	n (439)	%	MTTP (dias)	IC	p valor
Não*	360	82,00%	37,9	34,95 - 41,1	-
Sim	79	18,00%	52,01	43,6 - 62,03	p=0,001
Motivo da restituição	n (85)	%			
Falta de relatório/assinatura	35	41,10%			
Divergência de dados	19	22,40%			
Indisponibilidade/baixo estoque do produto solicitado	17	20,00%			
Falta de critérios para inclusão do paciente no PTNED	14	16,50%			

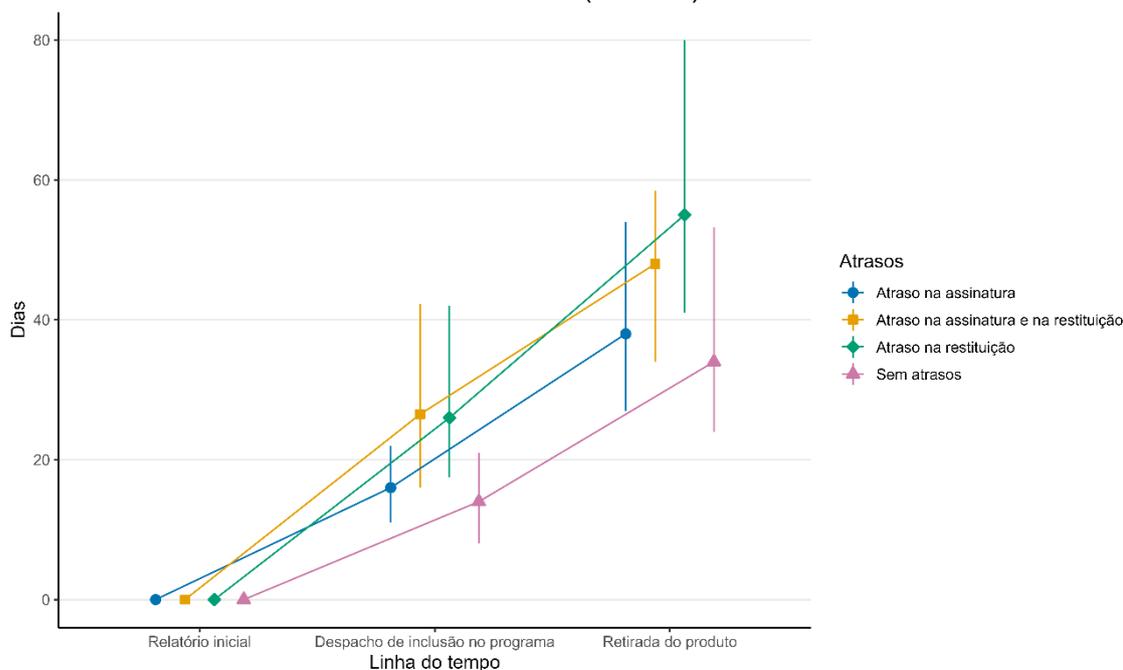
Total 85 100,00%

*Variável de referência. MTTP: mediana de tempo total do processo. IC: intervalo de confiança. PTNED: Programa de Terapia Nutricional Enteral

Fonte: elaborado pela autora

Foi feita uma linha do tempo (Figura 3) contendo os seguintes marcos para referência: data da assinatura do primeiro relatório (relatório inicial), data do documento de despacho de inclusão no programa e data da retirada do produto. Os pontos partem do d0 no relatório inicial, e mostram o tempo mediano (IQR) até o despacho de inclusão no programa e até a retirada do produto, considerado o tempo total de acordo com a classificação de atraso.

Figura 3 - Linha do tempo dos processos do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED)



Fonte: elaborado pela autora

Foi calculada a mediana de tempo para o despacho de inclusão no PTNED (MTDI), avaliando a diferença de tempo entre a assinatura do primeiro relatório e a emissão do despacho de inclusão no programa. Processos com atraso somente na assinatura de um ou mais relatórios não apresentaram associação estatisticamente significativa com a MTDI. As duas outras classificações de atrasos (atraso na assinatura e restituição e atraso somente na restituição), apresentaram associação estatisticamente significativa com essa variável ($P < 0,01$). Processos com atraso na assinatura e restituição e processos com atraso devido a restituição apresentaram um

aumento na MTDI de 13,5 dias e 15,32 dias, respectivamente, em relação aos processos sem atrasos. Os processos que ocorreram sem atrasos tiveram MTDI de 19,07 dias (IC 16,5-21,65), enquanto processos com atraso na assinatura e restituição apresentaram respectivamente MTDI de 32,57 dias (IC 25,05-40,09) e 34,39 dias (IC 28,82-39,96). Os resultados estão detalhados na tabela 3.

Tabela 3 - Associação dos tipos de atraso com a mediana de tempo para o despacho de inclusão (MTDI).

Tipo de atraso	MTDI (dias)	IC	p valor
Sem atrasos*	19,07	16,5 - 21,65	-
Assinatura	19,6	15,99 - 23,22	0,8
Assinatura e restituição	32,57	25,05 - 40,09	p < 0,001
Restituição	34,39	28,82 - 39,96	p < 0,001

* Variável de referência. IC: intervalo de confiança

Fonte: elaborado pela autora

Ao se analisar os efeitos dos tipos de atraso na MTTP, observou-se que a mediana de tempo para os processos que ocorreram sem atrasos foi de 43,71 dias (IC 35,29-52,12). Atrasos na assinatura levaram a um aumento de 15,51 dias em relação aos processos sem atraso, levando a uma MTTP de 59,22 dias (p<0,05; IC 46,94-71,51). Um aumento de 26,85 dias foi observado para os processos com atraso por restituição, com MTTP de 70,56 dias (p<0,05; IC 51,51-89,62). Não foi observada associação significativa com o tempo total nos processos com atrasos concomitantes na assinatura e restituição. Essa associação pode ter se dado pelo baixo número amostral de processos nesse grupo. Os resultados estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 - Associação dos tipos de atraso com a mediana de tempo total do processo (MTTP)

Tipo de atraso	MTTP (dias)	IC	p valor
Sem atrasos*	43,71	35,29 - 52,12	-
Assinatura	59,22	46,94 - 71,51	p = 0,041
Assinatura e restituição	53,68	28,95 - 78,41	p = 0,5
Restituição	70,56	51,51 -89,52	p = 0,012

*Variável de referência. IC: intervalo de confiança

Fonte: elaborado pela autora

A mediana de tempo decorrido entre a assinatura do último relatório e o despacho de inclusão no PTNED foi de 8 dias (IQR: 5 dias – 12 dias), com intervalo

mínimo de 0 dias e máximo de 90 dias. Este parâmetro avalia o tempo gasto pela GESNUT para analisar os processos após envio dos relatórios de inclusão no PTNED.

Após o aceite da GESNUT e o despacho para a inclusão no PTNED, a fórmula solicitada fica disponibilizada para a retirada junto à CNUD. A mediana de tempo entre a inclusão do paciente no programa e a efetiva retirada das fórmulas enterais foi de 17 dias (IQR: 11 dias – 34 dias), com intervalo mínimo de 0 dias e máximo de 721.

Dos 439 casos analisados, observou-se que 147 pacientes (33,5%) não retiraram os produtos após a autorização do cadastro no PTNED. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas e a não retirada das fórmulas.

Discussão

Os dados coletados neste trabalho consistem em informações inéditas sobre os tempos decorridos entre as etapas que envolvem o cadastramento e retirada das fórmulas enterais no PTNED. Por este motivo, não foram encontrados estudos semelhantes relacionados a tempo para comparação dos tempos decorridos entre as etapas do programa e nem de outros programas de terapia nutricional enteral domiciliar no país. Com isso, não foi possível comparar o tempo de espera pelos trâmites do PTNED com outros dados semelhantes. A discussão dos resultados se pautou nas etapas do processo, no impacto de algumas variáveis sobre a população abrangida pelo programa e discussões sobre possíveis motivos para a ocorrência de alguns eventos, como a demora e não retirada das fórmulas, a associação de variáveis com a MTTP e MTDI.

Conforme informações do Manual do PTNED (20), o paciente pode ter seu cadastro iniciado a partir de qualquer nível de atenção em saúde (primário, secundário, terciário). O profissional identifica a necessidade de cadastro no PTNED, conforme as modalidades de atenção domiciliar da Portaria 825, de 25 de abril de 2016 do Ministério da Saúde (21), e em seguida encaminha o paciente para o nível de acompanhamento conforme seu estado clínico. A iniciativa de cadastro do paciente pode partir de qualquer dos profissionais de saúde que o atendem, quando identificada a necessidade de inclusão do paciente no PTNED. Portanto, o processo se inicia tanto pelo relatório do nutricionista, quanto do assistente social ou do médico.

Observa-se que, apesar da iniciativa poder partir de qualquer um dos profissionais, ao se analisar por profissional, na maioria dos casos o primeiro relatório partiu do nutricionista, e tal resultado se mostrou estatisticamente significativo. Na rotina do atendimento do nutricionista, seja no acompanhamento ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, é realizada a avaliação e elaboração do diagnóstico nutricional (22). Conforme a RDC 503 de 2021 (23), que dispõe sobre os requisitos mínimos para a terapia nutricional enteral, compete ao nutricionista realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional. Tal especificidade na atuação do nutricionista o coloca em posição de identificar mais rapidamente e precocemente a necessidade de terapia nutricional para o paciente. Ademais, os critérios para inclusão do paciente no PTNED estão mais associados à avaliação pelo nutricionista, o que pode justificar a iniciativa partir mais deste profissional.

Os processos enviados ao PTNED seguem a seguinte sequência: o profissional preenche o relatório de inclusão referente a sua especialidade (nutricionista, médico, assistente social), insere no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), em seguida assina eletronicamente o documento e encaminha para a Gestão de Nutrição (GESNUT). A GESNUT então realiza a análise dos processos, e a depender do caso o processo pode ser restituído para a unidade de origem, aprovado através do despacho de inclusão do paciente no programa ou recusado, com as devidas motivações. A assinatura no relatório de inclusão marca o momento em que este fica disponível para visualização pelo setor que o recebe.

A análise da mediana de tempo e o IQR entre a elaboração e assinatura mostra que, em ao menos 75% da amostra, os relatórios foram elaborados e assinados no mesmo dia, o que é um bom indicativo de celeridade no processo. Ao analisar os valores de mínimo e máximo de intervalo de dias entre a elaboração e assinatura dos relatórios, observa-se que o máximo de tempo entre elaboração e assinatura foi de 107 dias para o relatório médico, 62 dias para o relatório da nutrição e 59 dias para o relatório do serviço social. Tal fato mostra uma demora maior para a assinatura do relatório médico, que pode impactar no tempo total do processo, ocasionando maior espera do paciente pelas fórmulas nutricionais das quais necessita.

Em relação a qual profissional atrasou mais a assinatura dos relatórios, o valor de OR evidenciou que, em relação aos nutricionistas, a chance de os médicos atrasarem a assinatura do relatório é 55% menor. Para os assistentes sociais, a chance de atrasar a assinatura do relatório é 46% menor do que a do nutricionista. Observa-se que o nutricionista foi o profissional que atrasou a assinatura em mais processos, quando comparado com os demais. Isso pode ser um reflexo da alta demanda e de baixo quantitativo de profissionais, o que leva a uma sobrecarga dos profissionais e acarreta em atrasos em questões burocráticas.

Segundo dados do infosaúde (24), no ano de 2022, os nutricionistas da Secretaria de saúde do Distrito Federal realizaram 33.763 atendimentos individuais, com um total de 21.603 pacientes atendidos. A equipe médica realizou 1.314.525 atendimentos individuais, com 653.570 pacientes atendidos. O assistente social realizou 27.103 atendimentos individuais, com 17.147 pacientes atendidos. O quantitativo destes profissionais é de 367 nutricionistas, 4.858 médicos e 236 assistentes sociais. Vale destacar que não há contratação de novos assistentes sociais e nutricionistas desde o ano de 2018 e 2019, respectivamente. Além disso, o andamento do processo fica sob responsabilidade do nutricionista, que é o profissional que reúne os relatórios e encaminha para a GESNUT. Essa responsabilidade faz com que o nutricionista seja o profissional que cobra as assinaturas nos relatórios dos demais profissionais para que todos os documentos estejam completos para envio, o que pode explicar a assinatura desse profissional ser a última na maioria das vezes.

Com relação à mediana de tempo total do processo (MTTP), observou-se que houve grande amplitude nos dados. O tempo máximo de 738 dias de duração do processo pode ter se dado devido à falta de dados da data da primeira retirada da fórmula enteral de um dos participantes no sistema no ano de 2022, tendo sido registrada somente a retirada de produtos após renovações do cadastro no PTNED. Como parte dos dados se encontrava em documentos físicos, pode ter ocorrido perda destes ao longo dos anos, pois a capacidade de armazenamento físico da CNUD é limitada, e, ao atingir certo limite de documentos, o excedente é encaminhado para um arquivo central, em outro local e sem catalogação, o que inviabilizou a busca por estes documentos.

Foi observado que a necessidade de cuidador e cuidado compartilhado foram fatores que interferiram na MTTP, reduzindo-a em 8,44 e 8,02 dias em relação aos

pacientes que não necessitavam cuidador. Além disso, também foi observado que o fato de os pacientes estarem em uso da via enteral para alimentação contribuiu para redução da MTTP em 9 dias. Tal fato pode ser explicado pelo fato de que pacientes com maior grau de dependência de terceiros costumam ter diagnósticos clínicos de doenças mais graves, o que pode levar a uma maior preocupação e dedicação dos cuidadores com o andamento do processo e a retirada dos produtos mais rapidamente em relação aos pacientes que não necessitam cuidador.

Estudos que avaliam perfil de usuários de programas de TNE encontram predominância de diagnósticos clínicos que levam à necessidade de terapia nutricional enteral, limitação de mobilidade e dependência de terceiros para o cuidado. Um estudo conduzido na Espanha avaliando o perfil epidemiológico da TNE no país encontrou que as doenças neurológicas e oncológicas foram responsáveis por 50% das indicações de TNE, 80% dos pacientes possuíam limitações de mobilidade, 60,3% necessitavam de cuidador (25).

No cenário brasileiro, um estudo realizado em Campinas traçou o perfil de pacientes do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e encontrou predominância de sequelas de AVC, síndromes demenciais e neoplasias na população estudada, com predomínio da via enteral para alimentação (26). Um estudo de levantamento do estado nutricional e complicações associadas a TNE em idosos encontrou predominância de via enteral para alimentação nos participantes (27). O estudo de Silva e Silveira (11), que avaliou o perfil epidemiológico de usuários de TNE do município de Alfenas, Minas Gerais, encontrou como doenças predominantes as neurológicas (63%), seguidas por neoplasias (21%), predominância da via enteral para alimentação (100%) e necessidade de cuidador em 84,2% dos participantes do estudo. O estudo de Azank (28) encontrou predominância de doenças do sistema neuromotor (83,3%) e da via enteral para alimentação (99,9%), sendo a amostra do estudo composta pela maioria de pacientes acamados, descrita em sua metodologia. Um estudo realizado na cidade de Maceió, Alagoas, com pacientes em atendimento domiciliar, encontrou como diagnóstico predominante as doenças neurológicas e dependência de cuidados de terceiros em 92% dos participantes (72,5% acamados, 19,5% deambulavam com dependência) (29).

Observa-se que a MTTP foi a maior entre os pacientes institucionalizados em relação aos demais tipos de habitação. Um estudo que avaliou as instituições de longa

permanência para idosos (ILPI) no Brasil observou que, há oportunidades de melhoria nos quesitos proporção de cuidadores de pessoas idosas e composição da equipe multiprofissional, fato que repercute no cuidado das pessoas institucionalizadas, por falta de recursos humanos suficientes. Além disso, o estudo encontrou superlotações em 8,4% das ILPI da região Centro-Oeste (30). A falta de recursos humanos suficientes, atrelada a superlotação das ILPI pode ser um fator que explica a demora maior para retirada das fórmulas enterais dessa população específica do estudo, uma vez que a retirada deve ocorrer pessoalmente pelo paciente ou responsável, e isso demanda retirar um funcionário da rotina de trabalho para realizar tal tarefa.

Ao se avaliar as ouvidorias recebidas pela GESNUT no ano de 2022 (6), observa-se que a maioria (68%) destas estavam relacionadas a indisponibilidade de produtos no PTNED. O estudo encontrou como motivo mais frequente de restituições de processos questões relacionadas aos relatórios dos profissionais, como falta do relatório ou de assinatura (41,1%) ou divergência de dados (22,4%). Indisponibilidade de produtos foi o terceiro motivo de restituição mais citado no estudo (20%). Os resultados divergiram dos dados da ouvidoria, porém a análise feita pelo estudo se debruçou sobre o processo como um todo, não analisando somente o ponto de vista dos usuários, o que dificulta a comparação deste dado.

O dado de mediana de tempo para o despacho de inclusão (MTDI) foi uma variável que analisou o tempo gasto para a aprovação do cadastro do paciente no PTNED. A mediana encontrada no estudo foi de 19,07 dias. Observa-se que as restituições são fatores que causam impacto importante na MTDI e na MTTP, consequentemente aumentando o tempo de espera dos pacientes pelas fórmulas.

O aumento no tempo de espera dos pacientes, seja por atrasos na assinatura dos relatórios ou atrasos devido a restituição de processos, trazem consequências para os pacientes e familiares. Uma MTTP maior acaba por representar mais gastos para o paciente e familiares com a compra de insumos para dieta artesanal ou de fórmulas enterais industrializadas. A depender das condições financeiras, a demora em receber as fórmulas enterais por levar a ingestão aquém das necessidades nutricionais, por dificuldade em aquisição das fórmulas ou mesmo de insumos em quantidades e variedades suficientes para preparo da dieta artesanal. Sabe-se que a oferta insuficiente de nutrientes tem como consequência a instalação ou agravamento da desnutrição, proporcionando prejuízos à saúde do indivíduo, como crescimento e

desenvolvimento inadequado em crianças, infecções frequentes, repercussões hemodinâmicas, problemas de cicatrização de feridas e lesões por pressão, perda de autonomia, dentre outros agravos (26).

Segundo informações coletadas no site infosaúde (24) sobre o PTNED, o prazo para análise dos processos após o encaminhamento dos relatórios é de 10 dias úteis. No presente estudo, foi encontrada uma mediana de 8 dias para a análise dos processos. Segundo os valores de IQR para esta variável, 75% dos processos levaram de 5 a 12 dias para serem analisados pela GESNUT. Nota-se que os valores encontrados foram dentro do prazo estipulado pela GESNUT para a análise das solicitações.

O tempo mínimo para a análise dos processos pela GESNUT foi de 0 dias, ou seja, o processo foi analisado no mesmo dia que foi recebido pelo setor, o que reforça o compromisso da GESNUT com uma menor espera dos pacientes pelas fórmulas. Uma hipótese que pode explicar os prazos adequados para análise dos processos é a de que a GESNUT teria um quantitativo adequado de profissionais, além de haver a prática de funcionamento do serviço aos sábados, onde os nutricionistas priorizam as análises das solicitações de cadastro no PTNED.

Em relação ao tempo máximo encontrado no estudo de 90 dias para análise dos processos, este pode ser devido a períodos de quadro reduzido de nutricionistas por férias, afastamentos. Vale ressaltar que a análise dos processos do PTNED não é a única demanda dos nutricionistas da GESNUT.

Quanto a retirada das fórmulas após aprovação do cadastro no PTNED através do despacho de inclusão, observa-se uma mediana de 17 dias até que o paciente ou responsável realize a retirada dos produtos junto a CNUD. Outro dado relevante encontrado foi que em 75% dos processos o intervalo de tempo para a retirada das fórmulas variou entre 11 e 34 dias. Nota-se que é um tempo considerável de espera do paciente até que esteja em posse dos produtos em casa.

Dos 439 casos analisados, em 147 (33,5%) os pacientes ou cuidadores não retiraram os produtos após a autorização do cadastro no PTNED. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas e a não retirada das fórmulas. Esse percentual de não retirada dos produtos pode acarretar em prejuízo para o DF, no tocante a gestão de recursos públicos. Os produtos não retirados se acumulam na CNUD, comprometendo o espaço físico para

armazenamento, interferindo negativamente na logística de chegada e saída de novos produtos. Além disso, produtos acumulados correm mais risco de expiração dos prazos de validade, levando a descarte e desperdícios desses itens, que possuem custo elevado. Isso evidencia a importância de estudar estratégias para conscientização dos usuários em relação a importância do acompanhamento do processo e retirada dos produtos.

Conforme o Manual Atualizado do PTNED (20), a dispensação das fórmulas nutricionais é realizada na Central de Nutrição Domiciliar (CNUD), mediante o cadastro prévio do paciente junto à GESNUT, conforme periodicidade estabelecida pela CNUD. As fórmulas são retiradas pelo próprio paciente ou por cuidador responsável. A primeira dispensação de produtos ao paciente deve ser agendada no site da Agenda DF no espaço reservado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Central de Nutrição Domiciliar – agendamento de 1ª vez. São disponibilizadas vagas de segunda a sexta-feira, exceto feriados, no período matutino.

O andamento do processo de cadastro no PTNED deve ser acompanhado de forma ativa pela parte interessada, através dos canais de comunicação oficiais da Secretaria de Saúde do DF. Em 2022, o paciente/ responsável deveria entrar em contato com a CNUD ou GESNUT via telefone para obter informação sobre o andamento do processo. Não há um sistema de comunicação da CNUD ou GESNUT que informe o paciente que o cadastro foi autorizado, como por exemplo envio de mensagem de texto ou e-mail para o paciente ou responsável cadastrado. Atualmente, o andamento dos processos é acompanhado via painel infosaúde, e o agendamento segue sendo realizado via Agenda-DF.

Segundo dados de 2020 e 2021, no Brasil, 152 milhões de pessoas utilizam a internet, o que equivale a 81% da população. Neste mesmo período, 53% dos usuários de internet pesquisaram informações sobre saúde ou serviços de saúde (31). Atualmente existe a facilidade de acesso às informações de saúde, porém não necessariamente sua compreensão, avaliação e aplicação (32), e sabe-se que a alfabetização digital é importante, por permitir acessos a oportunidades e experiências favoráveis nos campos social, econômico, político, cultural e de saúde, trazendo tanto benefícios ao indivíduo quanto à coletividade (33).

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios realizada no Distrito Federal no ano de 2021, data mais próxima do período do atual estudo,

83,36% dos entrevistados relataram possuir ao menos um celular de uso pessoal. Quanto ao acesso à internet, 85,7% dos entrevistados responderam afirmativamente, e o meio de acesso principal foi celular ou tablet o principal meio (97,9%), seguido por microcomputador (51,1%) (34).

Tal fato pode influenciar na demora do paciente ou responsável a realizar o agendamento para retirar as fórmulas, seja por falta de familiaridade com o site, dificuldade de compreensão das informações ali contidas e dificuldade para preenchimento das informações necessárias. Nesse contexto, a alfabetização digital teria um papel crucial no sentido de permitir o acesso a oportunidades e experiências favoráveis nas áreas social, econômica, política, de saúde e cultural, e trazer benefícios individuais e coletivos.

Além disso, há a dificuldade na mobilidade dentro do DF. A população de Brasília e entorno enfrenta diariamente dificuldades com o transporte público, que engloba ônibus e metrô. Mesmo com liberação bilionária de recursos para este setor, o transporte público se mostra caro, com veículos insuficientes, infraestrutura precária, superlotação, viagens demoradas, informações precárias sobre horários e itinerários. Outro ponto importante é que há carência de integração entre os modais ônibus-metrô, o que dificulta ainda mais a mobilidade e causa demora nos trajetos, com usuários levando 1h para percorrer 4,5 km de distância (35).

Em média, os brasilienses perdem 40 dias por ano no trânsito. Independentemente do meio de transporte escolhido (carro, ônibus, moto) a população do Distrito Federal sofre com grandes engarrafamentos e transporte público cheio (36,37). Tal fato dificulta acesso ao trabalho, à escola, inclusive a serviços de saúde, principalmente para os moradores do entorno do Distrito Federal (38). A dificuldade do uso do transporte público leva a população, que possui condições para tal, a utilizar os automóveis, o que acaba por gerar um acúmulo de veículos e levar a um ambiente adoeceador, mais propenso a acidentes (39).

Tais condições de mobilidade podem estar relacionadas tanto ao tempo para retirada das fórmulas após aprovação do cadastro no PTNED quanto à desistência de busca-las pela dificuldade de acesso à CNUD, que fica localizada em um setor onde não há linha de metrô disponível, o que reduz um dos meios possíveis de acesso. Outro ponto que pode dificultar ou mesmo levar à desistência da retirada das fórmulas

é que o prédio da CNUD se localiza bem afastado do ponto de ônibus, o que dificulta o transporte dos produtos e seus insumos.

Além disso, o ano de 2022 ainda refletia a pandemia de COVID-19, e pesquisas apontaram que parte da população passou a sentir medo de utilizar o transporte público após a pandemia. A depender do poder aquisitivo destes indivíduos, o transporte público poderia ser a única forma de conseguir chegar à CNUD e retirar as fórmulas. Este pode ter sido um fator que influenciou tanto no tempo quanto na não retirada das fórmulas enterais após aprovação do cadastro no PTNED.

Como limitações do estudo, é importante destacar que parte dos dados se encontrava em arquivos físicos, e alguns documentos não foram localizados. A capacidade de armazenamento físico da CNUD é limitada, e ao atingir certo limite de arquivos, o excedente precisa ser encaminhado para um arquivo central em outro local. Neste local, os processos são armazenados sem catalogação, o que inviabilizou a busca por estes documentos.

Os dados refletem o ano de 2022, que pode não ser representativo de uma séria histórica. Se o estudo tivesse sido realizado englobando outros anos, poderia ser mais representativo, porém devido a limitação de tempo para a realização do estudo, que compôs uma dissertação de mestrado, e, portanto, não viabilizou a extensão da pesquisa para abranger um período maior de tempo.

O ano de 2022 ainda refletia o panorama da pandemia de COVID-19, o que também pode ter influenciado no número de pacientes incluídos no programa, na dinâmica de armazenamento e coleta dos dados à época.

Como pontos fortes do estudo, destaca-se o ineditismo da pesquisa, que analisou o processo, o tempo e fatores de interferência. Tais dados evidenciam algumas dificuldades que os pacientes podem enfrentar para obter acesso às fórmulas enterais. Os achados chamam atenção, e podem servir como ponto de partida para mais pesquisas direcionadas tanto aos processos necessários ao funcionamento dos programas de TNED no país quanto às dificuldades enfrentadas pelos usuários no acesso às fórmulas e produtos prescritos.

Considerações finais

O estudo permitiu a identificação de fatores que podem interferir no tempo de espera dos pacientes pela tramitação do processo de cadastramento no PTNED e também que interferem na retirada das fórmulas enterais e produtos. Observou-se que há fatores relacionados ao processo e fatores relacionados às condições sociais e de saúde dos pacientes.

Em relação a fatores de interferência no tempo relacionados às etapas do processo, observou-se que a restituição de processos causa impacto na mediana de tempo total do processo. Sugere-se que os motivos de restituição encontrados no estudo sejam vistos como pontos a serem discutidos pela gestão como oportunidades de melhoria, buscando soluções para reduzir o tempo do processo e conseqüentemente a espera pelas fórmulas.

Outro ponto encontrado no estudo e que pode ser pauta de melhoria no processo é o atraso na assinatura dos relatórios. Tal fator pode ser levado a discussão com os profissionais da SES, buscando orientar e aumentar o engajamento dos profissionais em relação à importância de não somente elaborar os relatórios, mas também assiná-los o mais breve possível, a fim de não impactar tanto no curso do processo. Além disso, a adequação do quadro de nutricionistas pode auxiliar na redução do atraso de assinaturas, trazendo mais celeridade ao processo.

Em relação a fatores de interferência no tempo relacionado aos pacientes, destacam-se a necessidade de cuidador, tipo de habitação, via e dispositivo de alimentação como fatores que podem aumentar ou reduzir o tempo do processo.

Verificou-se que os pacientes ou responsáveis levam um tempo relativamente longo para retirar as fórmulas e que em 33% dos casos as fórmulas não foram retiradas após a autorização do cadastro no PTNED. Tais dados podem servir como base para estudos e ações para melhorar o entendimento da população sobre o processo, aumentar o engajamento dos pacientes na busca ativa por informações sobre o andamento do cadastro e até mesmo formas de melhorar o acesso à CNUD, ou repensar formas de distribuição das fórmulas enterais, aumentando pontos de apoio para retirada dos produtos em locais mais acessíveis e estratégicos do DF.

Sugere-se a implementação de estratégias de engajamento dos profissionais da SES/DF, como treinamento para os profissionais reforçando a importância do preenchimento adequado e assinatura dos relatórios; estratégias para facilitar a compreensão da população sobre o funcionamento do programa como elaboração de

cartilhas com linguagem acessível; busca ativa dos profissionais por motivos de não retirada dos produtos após autorização, de forma que possam ser estudadas maneiras de reduzir esses eventos, reduzindo também prejuízos para o estado.

Com o objetivo de melhorar a compreensão dos pacientes sobre o PTNED, o cadastro, acompanhamento do processo e retirada dos produtos, foi criado um canal no YouTube contendo vídeos informativos a respeito do programa. Nesse canal também foram inseridos vídeos informativos sobre cuidados com a sonda e dietas enterais, com objetivo de traduzir o conhecimento para a população.

O estudo trouxe dados inéditos referentes ao tempo gasto em cada etapa do processo de inclusão do paciente no PTNED, dados estes que podem servir de base para mais estudo futuros sobre como otimizar os tempos entre as etapas, pensar em soluções para melhoria do serviço a fim de entregar para a população resultados de eficiência e redução no tempo de espera.

Conhecer possíveis fragilidades nos processos auxilia na busca por melhorias, trazendo benefícios para os usuários do PTNED, que terão redução no tempo de espera pelos produtos, onerando menos a população na aquisição dos mesmo até a aprovação do cadastro.

Referências

1. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no distrito federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. *Com Ciências Saúde*. 2009;20(2):143–50.
2. Governo do Distrito Federal. PORTARIA Nº 374, DE 13 DE SETEMBRO DE 2023. REGULAMENTO TÉCNICO DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - PTNED [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde. 2023. p. 31–41. Available from: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2188362ff9fa459abc83d5635704b5b8/Portaria_374_13_09_2023.html
3. Governo do Distrito Federal. Portaria nº 578, de 03 de agosto de 2020. Regulamenta o funcionamento de serviços de alimentação e nutrição, no âmbito do Distrito Federal. *Secr Estado Saúde* [Internet]. 2020; Available from: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/4f65c4ed80f04a179208231c718a69d0/Portaria_578_03_08_2020.html
4. Melo A, Coelho A, Gonçalves C, Cunha C, Gama C, Campos C, et al. Manual do Programa Nutricional Enteral Domicilar - PTNED. 2021;27.
5. Governo do Distrito Federal. Alimentação e Nutrição. *Secr Estado Saúde*

- [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 29]; Available from: <https://www.saude.df.gov.br/alimentacao-e-nutricao/>
6. Governo do Distrito Federal. Boletim nº 01 de 31 de Março de 2023 [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde. GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS/SES. Boletim Informativo do PTNED. 2023. p. 2. Available from: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Boletim+Nº+012023+do+PTNED.pdf/91da278a-7a55-c9cb-f927-5666843848ff?t=1680629209826>
 7. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Impact of the Home Enteral Nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. *E Spen Eur E J Clin Nutr Metab* [Internet]. 2009 Aug;4(4):e193–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751499109000638>
 8. Galvão NRL, Moreira S da P de L, Fortes RC, Zaban ALRS. Eficácia da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal – DF. *Rev Bras Nutr Clin*. 2012;27(1):29–35.
 9. Salomon ALR, Novaes MRCG. Planificación funcional de unidad de nutrición enteral para atención domiciliaria en un hospital de Brasil. *Nutr Hosp*. 2013;28(6):2027–32.
 10. Naves LK, Tronchin DMR. Nutrição enteral domiciliar: perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 Sep 3;39:39:e2017-0175. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100437&lng=pt&tlng=pt
 11. Silva AC, Silveira SDA. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR. *DEMETERA Aliment Nutr Saúde* [Internet]. 2014 Dec 14;9(3):783–94. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10527>
 12. Alves ALL, Dutra AH de M, Nascimento AMH. Terapia nutricional enteral domiciliar com crianças e adolescentes: custos envolvidos e características clínicas e nutricionais. *Comun em Ciências da Saúde* [Internet]. 2021 Jul 13;32(02). Available from: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/630>
 13. Salomon ALR. EVOLUÇÃO CLÍNICO-NUTRICIONAL DE PACIENTES PORTADORES DE DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS E CÂNCERES DE CABEÇA E PESCOÇO E GASTROINTESTINAIS EM TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL. Universidade de Brasília; 2014.
 14. Domingues EA. Paciente Idoso Desospitalizado: a Continuidade Da Terapia Nutricional Enteral Domiciliar. Universidade de São Paulo; 2019.
 15. Thieme RD, Schieferdecker MEM, Ditterich RG. Older adults undergoing home enteral nutrition therapy: integration of national public policy and municipal programs. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2020;23(6):12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

98232020000600209&tlng=en

16. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clin Nutr [Internet]. 2020 Jan;39(1):5–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561419301980>
17. Boullata JI, Carrera AL, Harvey L, Escuro AA, Hudson L, Mays A, et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. J Parenter Enter Nutr [Internet]. 2017 Jan 4;41(1):15–103. Available from: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0148607116673053>
18. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
19. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 26]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
20. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. MANUAL DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR- PTNED. Subsecr ATENÇÃO Integr À SAÚDE - SAIS Coord ATENÇÃO SECUNDÁRIA E Integr SERVIÇOS - COASIS Dir ATENÇÃO SECUNDÁRIA E Integr SERVIÇOS - DASIS GERÊNCIA SERVIÇOS Nutr - GESNUT [Internet]. 2024;28. Available from: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual+atualizado+PTNED_versao+nova.pdf/e43072e9-3b02-57c4-dec8-b0dab1fd9f7d?t=1734527958472
21. Brasil. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Habilitadas., atualiza as equipes. Ministério da Saúde [Internet]. 2016;1–9. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
22. Conselho Federal de Nutricionistas. 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. 2018; Available from: <http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=600>
23. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 503, DE 27 DE MAIO DE 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. 2021; Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-503-de-27-de-maio-de-2021-322985331>
24. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas. Infosaúde-DF. Portal de Informações e Transparência da saúde do DF. [Internet]. 2025 [cited 2025 May 17]. Available from:

<https://info.saude.df.gov.br/>

25. Villar-Taibo R, Martínez-Olmos MA, Bellido-Guerrero D, Calleja-Fernández A, Peinó-García R, Martís-Sueiro A, et al. Burden assessment in caregivers of patients with home artificial nutrition: a need and a challenge. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2017 Feb;71(2):192–7. Available from: <https://www.nature.com/articles/ejcn2016239>
26. Gualassi AC, Hara L. Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas. *Cad Ensino e Pesqui em Saúde* [Internet]. 2022;2(2). Available from: <https://revista.ghc.com.br/index.php/cadernosdeensinoepesquisa/article/view/19/54>
27. Batista M da SA, Silva F de S. Levantamento do estado nutricional e de complicações associadas à terapia nutricional enteral domiciliar em idosos. *Braspen J* [Internet]. 2020 Jul 20;2(35):125–9. Available from: <https://braspenjournal.org/journal/braspen/article/doi/10.37111/braspenj.2020352004>
28. Azank AT, Leandro-Merhi VA, Poliselli C, Oliveira MRM de. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de Home Care. *Arq Catarinenses Med* [Internet]. 2009;38(4):11–8. Available from: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/764.pdf>
29. Carnaúba CMD, Silva TDA e, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2017 May;20(3):352–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300352&lng=en&tlng=en
30. Guimarães MRC, Giacomini KC, Ferreira RC, Vargas AMD. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 Jul;28(7):2035–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000702035&tlng=pt
31. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (CETIC). TIC Domicílios - 2020 Indivíduos [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 5]. Available from: <https://cetic.br/pt/tics/domicilios/2020/individuos/#>
32. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *J Med Internet Res* [Internet]. 2017 Jan 24;19(1):e27. Available from: <http://www.jmir.org/2017/1/e27/>
33. Santos R, Azevedo J, Pedro L. Digital divide in higher education students' digital literacy. In *Proceedings of European Conference on Information Literacy (ECIL 2013)*. *Commun Comput Inf Sci* [Internet]. 2013;397 (178-183). Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-03919-0_22
34. Governo do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios -

- PDAD 2021: Distrito Federal. Relatório CODEPLAN. Cia Planej do Dist Fed CODEPLAN [Internet]. 2022;154. Available from: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf
35. Mansur AI, Martins P. A luta diária dos brasilienses para usar o transporte público no DF. Correio Braziliense [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 8]; Available from: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/07/5019461-a-luta-diaria-dos-brasilienses-para-usar-o-transporte-publico-no-df.html>
 36. Mariano JP. Em média, brasiliense perde 40 dias por ano no trânsito [Internet]. Jornal de Brasília. Brasília; 2018 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://jornaldebrasil.com.br/brasil/brasil/brasil/brasil/em-media-brasiliense-perde-40-dias-por-ano-no-transito/>
 37. Resende P. Superlotação, tempo de espera e falta de informação são principais queixas dos usuários de ônibus do DF, aponta pesquisa do TCDF [Internet]. Tribunal de Contas do Distrito Federal. 2025 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www2.tc.df.gov.br/superlotacao-tempo-de-espera-e-falta-de-informacao-sao-principais-queixas-dos-usuarios-de-onibus-do-df-aponta-pesquisa-do-tcdf/>
 38. Vieira DM. Trânsito é obstáculo para quem mora no Entorno e trabalha no DF [Internet]. Correio Braziliense. 2017 [cited 2025 Jun 8]. Available from: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/11/14/interna_cidadesdf,640827/transito-e-obstaculo-para-quem-mora-no-entorno-e-trabalha-no-df.shtml
 39. Mouhamad L. Uso excessivo de carros deixa DF em alerta de colapso na mobilidade [Internet]. Correio Braziliense. 2024 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2024/07/6896888-uso-excessivo-de-carros-deixa-df-em-alerta-de-colapso-na-mobilidade.html>

7.2 Artigo 2: Perfil dos pacientes do programa de terapia nutricional enteral domiciliar do Distrito Federal em 2022

Foi elaborado um artigo que avaliou o perfil da população abrangida pelo PTNED, analisando características socioeconômicas, epidemiológicas e nutricionais. O artigo foi submetido à revista Comunicação em Ciências da Saúde, no dia 24/06/25.

Perfil dos pacientes do programa de terapia nutricional enteral domiciliar do Distrito Federal em 2022

INTRODUÇÃO

Mudanças nas necessidades de saúde e alterações no perfil demográfico e epidemiológico dos grupos etários e da população brasileira geraram uma demanda para adaptação do modelo de atenção à saúde^{1,2}. Nesse contexto, a atenção domiciliar (AD) se destaca como resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) ao aumento das demandas de cuidado para com os idosos, pessoas com doenças crônicas degenerativas ou sequelas de doenças ou acidentes, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde².

A AD é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e engloba ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, permitindo assim o seguimento dos cuidados. Essa modalidade possibilita um atendimento humanizado, individualizado, permitindo uma redução do tempo de recuperação, maior autonomia do indivíduo e otimização de leitos hospitalares, e pode trazer ao usuário do serviço uma concepção de melhora, prolongamento de vida com mais qualidade, melhor entendimento do seu quadro e maior participação no plano terapêutico^{3,4}. Além disso, traz a possibilidade de melhorias para o serviço de saúde, através de uma melhor articulação da rede de atenção à saúde, redução da sobrecarga dos serviços de urgência, otimização de leitos e custos hospitalares, ampliação do acesso da população acamada ou com possibilidade de cuidado em domicílio. Tais fatores contribuem para a expansão da AD no país e no mundo^{2,5}.

A terapia nutricional é um componente da atenção domiciliar cada vez mais evidenciada como integrante essencial dos cuidados em saúde^{6,7}. A terapia nutricional

enteral domiciliar (TNED) consiste na oferta de alimentação via sonda enteral ou via oral fora do ambiente hospitalar⁸. Visa manter ou recuperar o estado nutricional e funcional dos pacientes, prosseguir os cuidados hospitalares, minimizar intercorrências e evitar reinternações precoces^{7,9}.

A TNED possibilita a alta hospitalar e a reintegração ao núcleo familiar, promove comodidade, humanização do cuidado e rotatividade de leitos, além de reduzir riscos de iatrogenias e custos do tratamento^{7,10}. Implica também na redução da re-hospitalização, evita a piora do estado nutricional¹¹, aumenta a qualidade de vida e traz melhora do peso corporal¹². Grande parte dos pacientes em TNED consegue retomar as atividades rotineiras, como trabalho, escola e lazer, assim como manter a autonomia⁹.

No contexto brasileiro, o SUS efetivou a atenção domiciliar por meio do programa Melhor em Casa³. As diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)^{13,14} e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)¹⁵, norteiam a garantia de direito à alimentação adequada e saudável, que inclui a TNED.

No contexto local, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) possui um programa de fornecimento de fórmulas para fins especiais denominado Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), inicialmente regulamentado pela Portaria SES/DF nº 156 de 03/11/2004¹⁶ e atualmente regido pela portaria SES/DF 374 de 13/09/23¹⁷. Contempla pacientes com indicação de TNED por via sonda (nasogástrica ou nasoentérica) ou ostomias (gastrostomia ou jejunostomia) e casos específicos de suplementação oral, a saber: fibrose cística, epidermólise bolhosa congênita, erros inatos do metabolismo que necessitem de fórmulas especiais, doenças inflamatórias intestinais, epilepsia farmacorresistente em tratamento com dieta cetogênica, alergia à proteína do leite de vaca com diagnóstico clínico até os pacientes completarem 2 anos de idade, disfagia com necessidade de espessantes, lesão por pressão desde que desnutridos ou em risco nutricional, alguns casos de cardiopatia congênita, encefalopatia crônica não progressiva com idade de 0 a 20 anos, pacientes submetidos à cirurgia bariátrica ou metabólica para tratamento de obesidade e remissão de diabetes mellitus tipo 2, idosos sarcopênicos ou desnutridos, pacientes desnutridos portadores de: doença renal crônica, síndrome da imunodeficiência adquirida e câncer¹⁸. O programa também contempla o cadastro de

pacientes em caráter excepcional, quando a patologia de base não é contemplada nos critérios da portaria nº 374/2023¹⁷, porém a suplementação oral é imprescindível à recuperação do estado nutricional.

Sob gestão da Gerência de Serviços de Nutrição - GESNUT/DASIS/COASIS/SAIS/SES, o PTNED é destinado aos usuários do SUS acompanhados pelos profissionais da rede de saúde local e tem como objetivos: i) otimizar a desospitalização; ii) financiar o que concerne à alimentação no Programa de Internação Domiciliar (PID); iii) custear o tratamento das doenças diagnosticadas pela triagem neonatal; iv) reduzir o tempo de internação hospitalar, assim como o número de reinternações por razões concernentes ao estado nutricional; v) reduzir o risco de complicações no tocante à contaminação das dietas enterais; vi) promover mais qualidade de vida e manter ou melhorar o estado nutricional dos pacientes e vii) reduzir o número de processos judiciais em desfavor da SES/DF e otimizar os gastos em saúde^{17,18}.

O presente estudo teve como objetivo traçar um perfil socioeconômico, epidemiológico e nutricional dos pacientes adultos cadastrados no PTNED no ano de 2022, de forma a conhecer este grupo populacional.

METODOLOGIA

Do estudo

Estudo descritivo, quantitativo, com coleta de dados administrativos e clínicos, de maneira retrospectiva¹⁹, a partir de fontes públicas, do sistema de informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Sistema Eletrônico de Informação (SEI) e do sistema de dispensação de fórmulas (Alphalinc).

Da amostra

A amostra do presente estudo foi composta pelos registros administrativos mantidos pelo PTNED referentes aos pacientes cujo cadastro no Programa ocorreu entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2022. Foram buscados dados contidos nos relatórios de solicitação de inclusão do paciente no programa e nos demais documentos necessários para compor o processo. Os registros/documentos utilizados no estudo incluíam relatório médico, relatório do nutricionista e do assistente social.

Da coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada de abril a novembro de 2023, na Gerência de Serviços de Nutrição e na Central de Nutrição Domiciliar, setores integrantes da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Critérios de inclusão

Foram incluídos registros de cadastro de primeira vez de pacientes adultos, com idade entre 18 e 59 anos, 11 meses e 29 dias. Compuseram a amostra registros cujos processos ocorreram no ano de 2022, com elaboração do primeiro relatório a partir de 01 de janeiro de 2022 e autorização do cadastro no PTNED até 31 de dezembro de 2022.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os registros duplicados, processos sem a totalidade dos documentos necessários para seguimento (falta de relatório social, nutricional ou médico) e os processos indeferidos pela Gerência de Serviços de Nutrição (GESNUT).

Das variáveis do estudo

Foram buscados dados epidemiológicos, sociais e de saúde. As informações que compuseram o banco de dados foram retiradas dos relatórios do serviço social, do médico e do nutricionista, do sistema de dispensação de fórmulas e de documentos preenchidos pelo paciente ou responsável na retirada das fórmulas. Cada relatório possui campos padronizados de preenchimento obrigatório, e as informações extraídas para o banco de dados foram as respostas preenchidas por cada profissional. Os dados de índice de massa corpórea (IMC) foram utilizados para classificar o estado nutricional dos pacientes conforme a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN²⁰.

As variáveis coletadas foram divididas em 2 grandes grupos. O primeiro grupo incluiu dados socioeconômicos, composto por variáveis como idade, sexo, local de residência, regional de origem dos relatórios do médico, do serviço social e da nutrição, tipo de moradia, participação em programas sócio assistenciais, necessidade de cuidador, dentre outros. Já o segundo grupo incluiu dados epidemiológicos e

nutricionais, englobando diagnóstico clínico, via de alimentação, tipos de dispositivos utilizados para alimentação, diagnóstico nutricional segundo o IMC, dentre outros.

Os dados de diagnóstico clínico foram agrupados inicialmente, para fins de estudo, em 11 grupos conforme a classificação internacional de doenças (CID-10): *doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do sistema nervoso; doenças do sistema respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e tecido subcutâneo; doenças do aparelho geniturinário; lesões, envenenamentos, e algumas consequências de causas externas; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; doenças infecciosas e parasitárias*. Para possibilitar a realização de testes estatísticos para analisar a associação entre as variáveis qualitativas *diagnóstico clínico e sexo, diagnóstico clínico e via de alimentação, diagnóstico nutricional e sexo*, os diagnósticos clínicos foram reagrupados em 5 categorias, combinando afinidade clínica e garantindo tamanhos adequados de cada grupo. As novas categorias de diagnósticos após o reagrupamento foram: *Doenças crônicas não transmissíveis* (doenças do aparelho circulatório; neoplasias e doenças endócrinas; nutricionais e metabólicas), *Doenças neurológicas e musculoesqueléticas* (doenças do sistema nervoso), *Doenças Infecciosas, inflamatórias e imunológicas* (doenças do aparelho respiratório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças da pele e tecido subcutâneo e doenças do aparelho geniturinário), *Doenças gastrointestinais e metabólicas* (doenças do aparelho digestivo), *Causas externas e malformações* (lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas).

Do armazenamento e consentimento para uso dos dados

Foi construído um banco de dados no programa Microsoft Excel 2019 para compilar as informações. O banco de dados foi alimentado apenas pelos pesquisadores deste estudo. Os dados foram anonimizados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)²¹ e os participantes do estudo foram identificados por códigos, de maneira a preservar a identidade e evitar o vazamento de dados. O arquivo do banco de dados foi protegido por senha pessoal e intransferível e armazenado de forma offline, para garantir a segurança e o sigilo das informações coletadas.

Da análise estatística

As análises dos dados obtidos foram conduzidas com o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20. Foram realizadas estatísticas descritivas, com medidas de frequência das variáveis, além do teste qui-quadrado para avaliar associação entre variáveis. Para as variáveis contínuas idade e IMC, foram obtidos os valores de mediana e intervalo interquartil (percentil 25 e percentil 75) devido a não-normalidade observada nos dados. Variáveis categóricas foram sumarizadas com contagens e proporções (n, %). As variáveis qualitativas foram classificadas em classes, para fins de análise, de modo que a sua quantificação fosse possível.

Através das informações do endereço dos participantes, foi realizada a classificação por região administrativa de origem. Pelo serviço de origem dos relatórios social, nutricional e médico foi feita a classificação do tipo de serviço de origem dos relatórios, se proveniente da atenção primária, secundária, terciária, atenção domiciliar. Os diagnósticos clínicos foram divididos por grupos de doenças conforme a classificação CID-10, e depois realocados em grupos mais abrangentes de doenças para permitir análise estatística. A classificação do grau de dependência foi categorizada por números, variando de 0 a 5, conforme a classificação da Cruz Vermelha Espanhola. Através do dado de IMC, os pacientes foram divididos em categorias conforme o diagnóstico nutricional (baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade). A variável número de moradores por domicílio foi transformada em grupos, de 1 morador a 5 moradores ou mais, para permitir melhor análise do dado.

Dos aspectos legais e proteção de dados pessoais

Foi solicitada autorização junto à GESNUT para busca e registro dos dados para a pesquisa. A pesquisa seguiu os princípios éticos conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012²² e o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Além disso, por se tratar de dados sensíveis, o estudo foi realizado em concordância com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais²¹.

Dos aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, sendo aprovado em 24 de fevereiro de 2024, pelo parecer de número 6.668.224.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 463 pacientes possivelmente elegíveis para o estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final foi composta por 439 participantes. Os resultados foram divididos em duas grandes categorias: perfil socioeconômico e perfil epidemiológico e nutricional.

Perfil socioeconômico:

Dos 439 participantes, 233 eram do sexo feminino (53,1%) e 206 do sexo masculino (46,9%). A mediana de idade entre o público masculino foi de 50 anos (percentil 25 = 42 e percentil 75 = 55), enquanto a mediana de idade do público feminino foi de 46 anos (percentil 25 = 39 e percentil 75 = 53).

Foi observado um maior número de participantes provenientes da Ceilândia (17,3%), seguida por Samambaia (9,8%), Planaltina (6,8%), Taguatinga (6,8%), Gama (6,4%) e Recanto das Emas (5,5%). Juntos, os percentuais dessas regiões administrativas (RA) correspondem a 52,66% do total de indivíduos da amostra. As RA do Lago Norte (0,2%), Park Way (0,2%), Jardim Botânico (0,2%) e Fercal (0,2%), apresentaram os menores quantitativos de indivíduos da amostra. Observou-se, ainda, que desses 439 participantes apenas 1 relatório (0,2%) não continha a informação do endereço, portanto não sendo possível identificar sua RA de origem. (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição por região administrativa

Região administrativa de residência		
	Frequência	%
Plano Piloto	15	3,4
Gama	28	6,4
Taguatinga	30	6,8
Brazlândia	13	3
Sobradinho	13	3
Planaltina	30	6,8
Paranoá	9	2,1
Núcleo Bandeirante	3	0,7
Ceilândia	76	17,3

Guará	14	3,2
Cruzeiro	7	1,6
Samambaia	43	9,8
Santa Maria	24	5,5
São Sebastião	15	3,4
Recanto das Emas	24	5,5
Lago Sul	2	0,5
Riacho Fundo I	8	1,8
Lago Norte	1	0,2
Candangolândia	2	0,5
Águas Claras	6	1,4
Riacho Fundo II	13	3
Sudoeste/Octogonal	3	0,7
Varjão	2	0,5
Park Way	1	0,2
Setor complementar de indústria e abastecimento (SCIA)/ Estrutural	9	2,1
Sobradinho II	10	2,3
Jardim Botânico	1	0,2
Itapoã	9	2,1
Setor de Indústria e Abastecimento (SIA)	2	0,5
Vicente Pires	7	1,6
Fercal	1	0,2
Sol Nascente/ Por do Sol	15	3,4
Arniqueiras	2	0,5
Sem informação do endereço	1	0,2
Total	439	100

Fonte: elaborado pela autora

Quanto ao tipo de habitação, 50,8% dos participantes moravam em casa própria, 23,9% em casa alugada e 22,6% em casa cedida por terceiros. Quanto ao número de moradores por domicílio, em 27,3% dos casos habitam 2 pessoas no domicílio, em 23,7% habitam 3 pessoas no domicílio e em 21,2% dos casos habitam 4 pessoas no mesmo domicílio. 7,1% dos participantes moram sozinhos e 18% moram com 5 ou mais pessoas. Nesse quesito, 2,7% dos relatórios não continham a informação sobre número de moradores por domicílio.

Quanto à rede de apoio, esta estava presente para 63% dos participantes (família, amigos, igreja, serviço social, dentre outros). Fatores de risco ou vulnerabilidade social foram encontrados em 50,3% dos casos e 28,5% dos participantes são contemplados por algum tipo de benefício socioassistencial (auxílio gás, prato cheio, auxílio Brasil, dentre outros).

Pacientes que necessitam de cuidador compuseram 58,8% da amostra (258 participantes), sendo o cuidador membro da família em 95% dos casos. O cuidado é compartilhado com outra pessoa em 60,5% das situações analisadas e 71,3% dos

pacientes possui rede de apoio. Ainda sobre esse grupo específico, 52,7% apresentam fatores de risco ou vulnerabilidade social, porém 65,1% não recebem nenhum tipo de benefício socioassistencial (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas gerais e características sociodemográficas de pacientes que necessitam cuidador

Características sociodemográficas gerais.					
Variáveis	n (439)	%	Variáveis	n (439)	%
Tipo de habitação			Fatores de risco/vul. social		
Cedida	99	22,6%	Sim	221	50,3%
Própria	223	50,8%	Não	160	36,4%
Alugada	105	23,9%	Sem registro	58	13,2%
Institucionalizado	7	1,6%			
Invasão	1	0,2%			
Assentamento	1	0,2%			
Sem registro	3	0,7%			
Número de moradores por domicílio			Recebe benefício socioassistencial		
1 morador	31	7,1%	Sim	125	28,5%
2 moradores	120	27,3%	Não	308	70,2%
3 moradores	104	23,7%	Não sabe informar	1	0,2%
4 moradores	93	21,2%	Sem registro	5	1,1%
5 moradores ou mais	79	18%			
Não informado	12	2,7%			
Rede de apoio			Necessita cuidador		
Sim	277	63,1%	Sim	258	58,8%
Não	158	36%	Não	181	41,2%
Sem registro	4	0,9%			
Características sociodemográficas dos pacientes que necessitam de cuidador.					
Variáveis	n (258)	%	Variáveis	n (258)	%
Vínculo do cuidador			Fatores de risco/vul. social		
Familiar	245	95,0%	Sim	136	52,7%
Contratado	8	3,1%	Não	84	32,6%
Amigo	1	0,4%	Sem registro	38	14,7%
Sem registro	4	1,5%			
Cuidado compartilhado			Rede de apoio		
Sim	156	60,5%	Sim	184	71,3%
Não	94	36,4%	Não	71	27,5%
Sem registro	8	3,1%	Sem registro	3	1,2%
Recebe benefício socioassistencial					
Sim	86	33,3%			
Não	168	65,1%			
Não sabe informar	1	0,4%			
Sem registro	3	1,2%			

Legenda: vul. social: vulnerabilidade social

Fonte: elaborado pela autora

Perfil epidemiológico e nutricional:

Foram analisados os serviços de origem dos relatórios de solicitação de cadastro no PTNED. Verificou-se que 77,7% dos relatórios foram provenientes da atenção terciária (hospitais), 12,8% da atenção primária (UBS, Policlínicas), 5,2% da atenção domiciliar (NRAD) e 4,3% da atenção secundária (UPAs).

O diagnóstico mais prevalente na população estudada foi neoplasia maligna (33,5%), seguido por doenças do aparelho digestivo (26%). Ao estratificar por sexo, dentre os pacientes com neoplasias, 59,9% eram do sexo masculino e 40,1% do sexo feminino. Dentre os pacientes com doenças do aparelho digestivo, 91,2% eram mulheres e 8,8% homens. Vale destacar que dentro do diagnóstico de doenças do aparelho digestivo se encontram os pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica e metabólica, o que pode explicar a predominância do sexo feminino neste grupo (Tabela 3).

Tabela 3 - Diagnósticos clínicos distribuídos na amostra total e separados por sexo

Diagnóstico (CID-10)	n (439)	%	Sexo			
			Masculino		Feminino	
			n	%	n	%
Doenças do aparelho circulatório	42	9,6%	23	54,8%	19	45,2%
Neoplasias	147	33,5	88	59,9%	59	40,1%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13	3,0%	9	69,2%	4	30,8%
Doenças do sistema nervoso	51	11,6	29	56,9%	22	43,1%
Doenças do aparelho respiratório	3	0,7%	3	100%	0	0%
Doenças do aparelho digestivo	114	26,0	10	8,8%	104	91,2%
Doenças da pele e tecido subcutâneo	15	3,4%	9	60,0%	6	40,0%
Doenças do aparelho geniturinário	27	6,2%	15	55,6%	12	44,4%
Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas	19	4,3%	17	89,5%	2	10,5%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	0,9%	1	25,0%	3	75,0%
Doenças infecciosas e parasitárias	4	0,9%	2	50,0%	2	50,0%

Fonte: elaborado pela autora

Quanto ao grau de dependência do paciente para atividades de vida diária (AVD), este é avaliado pela equipe médica através da escala da Cruz Vermelha Espanhola. Segundo aplicação da escala, 38,7% dos participantes valiam-se totalmente por si mesmos, enquanto 26,7% se encontravam imobilizados em cama ou

sofá, necessitando cuidados contínuos. Ao analisar o grau de incapacidade em relação ao sexo, observa-se que dentre os 170 participantes que foram classificados como grau 0 (se valem por si mesmos), 74,1% são do sexo feminino. No extremo oposto, no grupo dos participantes classificados como grau 5 (necessitam cuidados contínuos), 63,9% são compostos pelo sexo masculino (Tabela 4).

Tabela 4 - Grau de incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola em relação a amostra total e ao sexo

Grau de Incapacidade funcional Cruz Vermelha Espanhola	n (439)	%	Sexo			
			Masculino		Feminino	
			n	%	n	%
0 - Vale-se totalmente por si mesmo, caminha normalmente	170	38,7%	44	25,9%	126	74,1%
1 - Realiza suficientemente as atividades de vida diárias (AVS); apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas	61	13,9%	34	55,7%	27	44,3%
2 - Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional; caminha com ajuda de bengala ou similar	36	8,2%	23	63,9%	13	36,1%
3 - Necessita apoio em quase todas AVD, caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos 1 pessoa	31	7,1%	19	61,3%	12	38,7%
4 - Somente realiza AVD com ajuda; caminha com extraordinária dificuldade, ajudado por, pelo menos, duas pessoas	22	5,0%	10	45,5%	12	54,5%
5 - Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos	119	27,1%	76	63,9%	43	36,1%

Fonte: elaborado pela autora

A mediana de IMC foi de 19kg/m² (desvio padrão = 6; percentil 25 = 17; percentil 75 = 23) dentre os participantes do sexo masculino e 24kg/m² (desvio padrão = 10; percentil 25 = 19; percentil 75 = 32) para o sexo feminino.

Em relação ao diagnóstico nutricional, 34,2% da amostra total apresentou diagnóstico nutricional de baixo peso. A aplicação do teste do qui-quadrado mostrou que há associação significativa entre diagnóstico nutricional e sexo ($X^2 = 58.303$; gl = 3; $p < 0,01$). Tal fato indica que a distribuição de diagnósticos nutricionais na amostra varia significativamente entre o sexo masculino e feminino. Observa-se que para os diagnósticos de baixo peso e eutrofia há predominância do sexo masculino (60% e 57,1%, respectivamente). Já para os diagnósticos de sobrepeso e obesidade, nota-se predominância do sexo feminino (59,7% e 87,4%, respectivamente), chamando mais

a atenção o diagnóstico de obesidade, sendo esse grupo o que houve mais discrepância entre os percentuais encontrados (Tabela 5).

A principal via de alimentação foi a oral (n = 251; 57,2%), seguida pela sonda nasoenteral (SNE) (n = 99; 22,6%), gastrostomia (n = 85; 19,4%) e jejunostomia (n = 4; 0,9%).

Foi observada associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico clínico agrupado e o sexo ($X^2 = 93.311$, graus de liberdade = 4, $p < 0,01$), o que indica que a distribuição entre os diagnósticos não é homogênea entre os sexos na população estudada. No grupo doenças gastrointestinais e metabólicas houve predomínio feminino (91,2%), enquanto nos demais grupos o sexo masculino apresentou maior frequência, com destaque para as causas externas e malformações (78,3%) e doenças crônicas não transmissíveis (59,4%) (Tabela 5).

Houve associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico clínico agrupado e a via de alimentação ($X^2 = 148.357$; gl = 4; $p < 0,01$). Pacientes do grupo doenças neurológicas e musculoesqueléticas e doenças crônicas não transmissíveis apresentaram maior frequência de uso de via enteral (76,5% e 63,4%, respectivamente), enquanto no grupo doenças gastrointestinais e doenças infecciosas e inflamatórias a via oral foi a mais prevalente (94,7% e 91,8%). Esses achados sugerem que o tipo de diagnóstico influencia diretamente a necessidade de suporte nutricional por via alternativa (Tabela 5).

Tabela 5 - Associações entre diagnóstico nutricional e sexo, diagnóstico clínico agrupado e sexo e diagnóstico clínico agrupado e via de alimentação

Associação entre diagnóstico nutricional e sexo						
Diagnóstico Nutricional	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Baixo peso	90	60,0%	60	40,0%	150	34,2%
Eutrofia	80	57,1%	60	42,9%	140	31,9%
Sobrepeso	25	40,3%	37	59,7%	62	14,1%
Obesidade	11	12,6%	76	87,4%	87	19,8%
					439	100,0%

$X^2 = 58.303$, graus de liberdade (gl) = 3, $p < 0.01$

Associação entre diagnóstico clínico agrupado e sexo						
Diagnóstico clínico agrupado	n (439)	%	Sexo			
			Masculino		Feminino	
			n	%	n	%
Doenças neurológicas e musculoesqueléticas	51	11,6%	29	56,9%	22	43,1%
Doenças gastrointestinais e metabólicas	114	26,0%	10	8,8%	104	91,2%
Doenças crônicas não transmissíveis	202	46,0%	120	59,4%	82	40,6%
Doenças infecciosas, inflamatórias e imunológicas	49	11,2%	29	59,2%	20	40,8%
Causas externas e malformações	23	5,2%	18	78,3%	5	21,7%
Total			206	46,9%	233	53,1%

$X^2 = 93.311$, gl = 4, $p = <0,01$

Associação entre diagnóstico clínico agrupado e via de alimentação						
Diagnóstico clínico agrupado	n (439)	%	Via de alimentação			
			Oral		Enteral	
			n	%	n	%
Doenças neurológicas e musculoesqueléticas	51	11,6%	12	23,5%	39	76,5%
Doenças gastrointestinais e metabólicas	114	26,0%	108	94,7%	6	5,3%
Doenças crônicas não transmissíveis	202	46,0%	74	36,6%	128	63,4%
Doenças infecciosas, inflamatórias e imunológicas	49	11,2%	45	91,8%	4	8,2%
Causas externas e malformações	23	5,2%	12	52,2%	11	47,8%
Total			251	57,2%	188	42,8%

$X^2 = 148.357$, gl = 4, $p = <0.01$

Fonte: elaborado pela autora

DISCUSSÃO

Perfil socioeconômico

Os dados encontrados sobre sexo coincidem com os dados da última Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios e da Pesquisa Distrital por amostra de domicílios ampliada, realizadas em 2021 e 2024, respectivamente. Ambas apontaram um predomínio do sexo feminino na população, em torno de 52%^{23,24}. Outros estudos nacionais também encontraram predomínio do sexo feminino na população estudada^{5,16,25-27}. Quanto à literatura internacional, um estudo multicêntrico realizado na Espanha em 2023 encontrou em sua amostra predominância do sexo feminino (61,4%)²⁸. Já um estudo multicêntrico realizado na Polônia em 2020 obteve em sua amostra maioria dos pacientes do sexo masculino (53,3%)²⁹.

Ceilândia é a RA mais populosa do Distrito Federal, seguida por Taguatinga e Samambaia²⁴. Tal fato pode explicar a predominância de usuários dessas regiões administrativas. Dentre as RA com menor número de pacientes dentro da amostra total, estão as regiões com maior rendimento bruto domiciliar mensal médio Lago Norte, Park Way, Lago Sul e Jardim Botânico²³. Tal fato pode ser explicado pela menor dependência do Sistema Único de Saúde (SUS) pela população de maior poder aquisitivo, que acaba optando por contratar planos de saúde.

De acordo com dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) realizada em 2021, observa-se que as RA de maior rendimento bruto domiciliar mensal também são as que possuem maior percentual de pessoas com plano de saúde privado. No Lago Norte, 70,9% dos habitantes possui plano de saúde, no Park Way 71,7%, no Jardim Botânico 72,5% e no Lago Sul 88,7%. Nas RA de maior número de pacientes na amostra, observa-se tanto menor rendimento bruto domiciliar mensal quanto menor proporção de uso de planos de saúde: Ceilândia 24,4%, Samambaia 19,4%, Planaltina 24,2%, Taguatinga 41,6%, Gama 34,1% e Recanto das Emas 13,1%²³. Um estudo realizado em Manaus no ano de 2015 avaliou o acesso a planos de saúde na região metropolitana e concluiu que a frequência de planos de saúde estava associada, dentre outras características, a maior poder aquisitivo³⁰.

A literatura mostra que há uma relação possivelmente bi-causal entre renda e saúde, uma vez que um baixo nível de renda implica em saúde precária e, essa, por

sua vez, tende a causar um baixo nível de renda. Assim, cria-se um círculo vicioso, constituindo a chamada armadilha saúde-pobreza^{31,32}. Isso pode justificar o fato de as regiões administrativas de menor poder aquisitivo serem as que possuem maior número de pacientes na amostra. O fato de haver também a relação com a renda mais baixa, faz com que os pacientes dependam mais do sistema público de saúde, por não terem condições de arcar com planos de saúde privados.

Foi observado que, da amostra estudada, 50,8% dos pacientes moravam em casa própria, 23,9% em casa alugada e 22,6% em casa cedida por terceiros. Segundo dados da PDAD 2021, 65,1% da população do Distrito Federal habitava em casa própria, 29,6% em imóvel alugado e 5,3% em imóvel cedido²³, valores divergentes dos encontrados no presente estudo. Em relação ao Censo 2022, realizado pelo IBGE, o percentual de habitantes que residem em casa própria no Distrito Federal foi de 49,21%, mais próximo ao encontrado no estudo. Já os percentuais de habitantes em imóveis alugados foram superiores no Censo (33,25%) e o percentual de pessoas que residem em imóvel cedido foi inferior ao encontrado na amostra do estudo (6,8%)³³. Tais divergências podem ter ocorrido em função de diferenças no tamanho amostral de cada pesquisa. Entretanto, nos 3 estudos observa-se predomínio de pessoas residindo em imóveis próprios, seguidos por imóveis alugados, e em menor porcentagem imóveis cedidos.

Na população brasileira, também se observa esse padrão de maior percentual da população residindo em imóveis próprios no ano de 2022 (70,8%), seguido por 20,2% residindo em imóveis alugados e 8,8% em imóveis cedidos. Apesar de imóveis próprios ainda serem predominantes na distribuição percentual, segundo dados da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE dos anos 2016, 2019 e 2022, nota-se uma tendência de declínio na condição de imóvel próprio e elevação da condição imóvel alugado para a população brasileira³⁴.

Fatores como nupcialidade e componentes demográficos apresentam relação direta com as transformações da estrutura e composição tanto familiar quanto domiciliar. O aumento da permanência dos filhos na casa dos pais, a redução do número de filhos por casal, alteração no padrão de nupcialidade e maior longevidade estão atrelados à conformação dos domicílios³⁵. Tem sido observada uma tendência, nas últimas décadas, de aumento do número de casais sem filhos, de domicílios com apenas um morador e de arranjos monoparentais, seguida por redução dos domicílios

compostos e dos casais com filhos. Além disso, também se nota uma redução do tamanho médio dos domicílios, bem como da presença de crianças³⁶.

Um estudo avaliou a distribuição dos arranjos domiciliares na região metropolitana de São Paulo entre os anos de 1991 e 2010, encontrando uma tendência de Redução do tamanho médio dos domicílios em toda a região metropolitana, sendo mais forte no centro dos municípios em comparação com as áreas periféricas. Foi observada uma predominância de domicílios com um ou dois moradores no centro e domicílios de tamanho médio maior nas regiões mais afastadas do centro³⁵. Na amostra do presente estudo, há uma predominância da conformação de 2 moradores por domicílio, o que coincide com o estudo anteriormente citado.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde representa o efeito coletivo das condições de vida sociais, econômicas e físicas e dos resultados de saúde decorrentes da interação das condições sociais nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, denominados determinantes sociais da saúde³⁷. Esses determinantes podem ter um impacto significativo na saúde e no bem-estar individual, sendo a saúde cada vez mais reconhecida como um resultado de ações de setores não relacionados a ela, como meio ambiente, economia, educação, transporte e sistemas alimentares³⁸.

A divisão em classes sociais resulta em desigualdades estruturais que interferem diretamente nas condições de vida e a saúde da população. O acesso a recursos como emprego, educação, saúde e habitação sofrem influência da classe social, o que leva a desigualdades no risco de adoecimento e mortalidade. As classes sociais mais baixas, que apresentam maiores dificuldades socioeconômicas, se encontram mais vulneráveis a condições de vida precárias, alimentação inadequada, ambientes de trabalho insalubres e menor acesso à saúde, o que eleva a prevalência de doenças e a mortalidade³⁹.

A renda familiar é composta pela soma do rendimento do trabalho de todas as pessoas empregadas em um domicílio (ou família) e do rendimento de todas as outras fontes que não se relacionam diretamente ao trabalho remunerado. Tais rendimentos são denominados renda do não trabalho, e incluem as aposentadorias e pensões; os benefícios de programas de transferência de renda, tais como o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e outros programas de transferência de renda municipais e estaduais; o seguro-desemprego; as doações

recebidas pelas famílias de organismos não governamentais e privados; bem como rendimentos provenientes de investimentos, aluguéis e bolsas de estudos⁴⁰.

No presente estudo, observa-se que há presença de fatores de risco ou vulnerabilidade social em pouco mais da metade da amostra, tanto na análise da amostra geral quanto ao se analisar somente dados do grupo dos participantes que necessitam de cuidador. Observa-se que menos de 1/3 dos participantes recebe algum tipo de benefício socioassistencial.

As transferências governamentais estabelecem proteção social para as famílias mais vulneráveis, sendo a renda do não trabalho parte importante do total da renda percebida pelas famílias. Sendo assim, essas fontes de renda não relacionadas ao trabalho compõem importante fatia do total da renda domiciliar mensal das famílias mais pobres. Além disso, essas fontes de renda apresentam maior estabilidade ao longo do tempo, possibilitando a manutenção do nível de consumo e o bem-estar, o que é particularmente importante em momentos de choques na renda do trabalho de um ou mais membros da família^{40,41}.

O cuidador é o indivíduo que, no ambiente domiciliar, realiza ou auxilia a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, com o intuito de conservar sua autonomia e independência⁴². Os achados deste estudo corroboram estudos semelhantes, onde o cuidador é um membro da família^{5,25,43,44}. A presença de fatores de risco e vulnerabilidade social em pouco mais da metade da população analisada e a baixa porcentagem de famílias que recebem benefícios socioassistenciais podem estar relacionados a alta porcentagem de cuidadores membros da família. Devido aos fatores anteriormente citados, a família pode não ter condições de contratar um cuidador, ficando a responsabilidade com os familiares. Tal fato pode interferir na renda familiar, uma vez que o cuidador membro da família acaba por abdicar do trabalho para se dedicar ao paciente integralmente.

Perfil epidemiológico e nutricional

Quanto à origem dos relatórios de solicitação de entrada no PTNED, nota-se que a maioria é proveniente de serviços hospitalares. Tal fato converge com a literatura internacional, onde um estudo realizado avaliando a terapia nutricional

domiciliar na Austrália e Nova Zelândia verificou que 81,3% dos pacientes da atenção domiciliar eram provenientes de serviços hospitalares⁶.

Na população estudada, o câncer foi o diagnóstico mais prevalente, encontrado em 33,5% dos participantes. O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, se apresentando como barreira para o aumento da expectativa de vida, uma vez que figura como uma das principais causas de morte. Na maioria dos países, é a primeira ou segunda causa de morte antes dos 70 anos⁴⁵.

O presente trabalho diverge de resultados de outros estudos realizados no Brasil, onde o câncer foi a segunda doença mais prevalente, havendo predominância de doenças neurológicas nos pacientes estudados^{5,25-27,46}, inclusive em estudos internacionais. Estudos realizados na Europa encontraram como principais diagnósticos nos pacientes de TNEC as doenças neurodegenerativas e neurovasculares, e o câncer sendo o segundo diagnóstico mais prevalente^{29,47-49}. Um estudo realizado no sul do Brasil com pacientes acompanhados pelo programa Melhor em Casa encontrou câncer como principal diagnóstico, presente em 26,3% da população estudada⁴⁴. Um estudo realizado no Canadá também encontrou câncer como diagnóstico principal nos pacientes em TNEC (46,4%)⁵⁰. Foi verificada predominância de pacientes do sexo masculino com diagnóstico de câncer (59,9%), resultado que diverge de achados de outros estudos, onde a maioria da população é do sexo feminino. Um estudo realizado em Santa Catarina, analisando o perfil de adultos jovens com câncer, encontrou prevalência do sexo feminino na amostra (76,1%)⁵¹.

O segundo diagnóstico mais prevalente na amostra estudada foi doenças do aparelho digestivo, que engloba pacientes de pós-operatório de cirurgia bariátrica. Um estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, avaliou o perfil de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, encontrando predominância do sexo feminino na amostra (85,2%) e média de idade dos pacientes de 40,2 anos⁵². Tais resultados se aproximam dos encontrados no estudo atual, onde 91,2% dos pacientes dentro do grupo de diagnóstico que engloba cirurgia bariátrica são do sexo feminino, e a mediana de idade da população do estudo é de 46 anos. Um outro estudo realizado no Maranhão em de 2018 a 2020 também encontrou em sua amostra predominância do sexo feminino (77,5%), já a média de idade dos pacientes foi inferior, 35,7 anos⁵³.

O grau de incapacidade funcional do indivíduo sofre influência do processo de envelhecimento, de doenças crônico-degenerativas que levam a perdas funcionais e comprometem as atividades básicas da vida diária, dentre elas a capacidade de se vestir e se alimentar⁵. Quanto ao grau de incapacidade funcional, a maioria dos participantes (38,7%) era totalmente independente para atividades da vida diária, enquanto 26,7% eram totalmente dependentes, imobilizados e necessitando de cuidados contínuos (26,7%).

Um estudo realizado com pacientes de atenção domiciliar de um programa de hospital universitário encontrou 88,9% dos pacientes com grau de dependência total e 2,8% totalmente independentes, resultados divergentes do encontrado no estudo atual, porém a faixa etária dos pacientes deste estudo foi predominantemente pacientes acima de 60 anos⁵. Outro estudo realizado na cidade de Maceió encontrou 72,5% dos pacientes totalmente dependentes e apenas 3% totalmente independentes. Neste estudo, a mediana de idade dos pacientes foi de 78 anos, também acima da mediana de idade do estudo atual²⁷.

Essa divergência com outros estudos pode ser explicada pelo fato de que níveis mais severos de incapacidade costumam ser encontrados na população acima dos 60 anos, devido a evolução de doenças crônicas, mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que acabam por levar à perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade^{5,54}.

O fato de a amostra do presente estudo ser composta por adultos com idade entre 18 e 59 anos pode ser um fator que contribuiu para a divergência dos resultados encontrados quanto ao grau de incapacidade funcional em relação a outros estudos, que incluem população idosa em sua amostra. Além disso, há diferentes ferramentas para avaliação de capacidade funcional e grau de dependência, e os artigos encontrados divergem quanto ao uso das ferramentas, o que dificulta a comparação.

Ao se estratificar por sexo, observa-se que no grupo de pacientes totalmente dependentes a maioria é do sexo masculino. Tal fato pode estar relacionado a predominância do sexo masculino nos diagnósticos clínicos das doenças que trazem mais debilidade, como: doenças do aparelho circulatório (54,8%) que englobam o diagnóstico de acidente vascular cerebral, neoplasias (59,9%) e doenças do sistema nervoso (56,9%) que englobam sequelas de parada cardiorrespiratória, paralisia cerebral, esclerose lateral amiotrófica, dentre outras.

A mediana de IMC do sexo masculino foi de 19kg/m², sendo os participantes masculinos em maior percentual nos diagnósticos nutricionais Baixo peso (60%) e Eutrofia (57,1%). Para o sexo feminino, a mediana de IMC foi maior, 24kg/m², assim como compôs a maioria nos percentuais de diagnóstico de sobrepeso (59,7%) e obesidade (87,4%). Estudos mostram uma prevalência maior de obesidade entre as mulheres, tanto no Brasil⁵⁵, quanto em outros países^{56,57}, o que pode justificar a predominância do sexo feminino no diagnóstico clínico de doenças gastrointestinais e metabólicas, que engloba em sua maioria pós-operatório de cirurgia bariátrica. Quanto ao sexo masculino, observa-se que é predominante em todos os demais grupos de diagnóstico agrupado do estudo, incluindo as doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tornaram-se uma preocupação para a saúde pública, afetando significativamente as populações e os sistemas de saúde⁵⁸. São responsáveis por cerca de 71% das mortes anuais em todo o mundo, superando a incidência das doenças infecciosas⁵⁹. Estudos relacionaram o desenvolvimento de DCNTs a diversos fatores, como idade, sexo, níveis de renda, escolaridade, consumo de álcool, tabagismo, qualidade do ar, acesso a cuidados de saúde de qualidade, dieta e atividade física^{57,60,61}.

Um estudo realizado na China observou que, em relação a estilo de vida, homens possuem maior tendência a piores hábitos de vida, como maior consumo de álcool e tabaco, consumo de duas ou menos refeições ao dia, menor probabilidade de prática de caminhadas na população com idade entre 45 a 64 anos⁶¹.

Analisando de forma geral, sem separação por sexo, nota-se que 34,17% da amostra está classificada como baixo peso. Tal resultado se assemelha a de outros estudos com pacientes de atenção domiciliar, que encontraram com algum grau de desnutrição pelo IMC em 45,65%⁶², 56,1%⁴⁴ e 57,1%⁶³ dos pacientes.

Quanto à via de alimentação, houve predominância da via oral no estudo, seguida por sonda nasoentérica. A predominância da via oral foi encontrada também em outros estudos que avaliaram o perfil dos usuários de atenção domiciliar, realizados em Maceió, Alagoas²⁷ e em Belo Horizonte, Minas Gerais⁶⁴. No cenário internacional foi encontrado o estudo de Taibo⁶⁵, realizado na Espanha, que também verificou predominância da via oral nos pacientes em TNE (69,2%), seguida pela sonda nasoenteral como segunda via mais utilizada para alimentação (25,1%).

Houve associação estatisticamente significativa entre os diagnósticos clínicos agrupados e via de alimentação. Os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (que englobam câncer, doenças cardiovasculares) e doenças neurológicas e musculoesqueléticas (que englobam demência, paralisia cerebral) apresentaram predominância da via enteral de alimentação. Sabe-se que as indicações mais comuns para TNE incluem disfagia orofaríngea grave em consequência de distúrbios neurológicos primários (vasculares ou degenerativos) e malignidades (cabeça e pescoço ou esofagogástrica), obstrução da saída gástrica e gastroparesia grave⁶⁶.

Não foram encontrados estudos avaliando especificamente a associação entre diagnóstico clínico e via de administração de dieta. Porém, alguns estudos, como o estudo de Flood et al⁶ e Gualasi e Hara⁶³, realizados avaliando o perfil de pacientes em TNED, encontraram predominância de diagnósticos neurológicos e de alguma DCNT nas amostras, além da maior parte da amostra em uso da via enteral para alimentação. Um estudo multicêntrico realizado na Polônia observou que em sua amostra o diagnóstico mais prevalente foi o de doenças neurológicas, com predominância da via enteral para alimentação⁴⁹.

Como limitações do estudo, destaca-se a faixa etária do público estudado, que se limitou a pacientes adultos em terapia nutricional. Para este público específico, há escassez de estudos, o que dificultou a comparação dos resultados em mesmas condições.

Como pontos positivos do estudo, destaca-se a análise de dados sobre a população adulta do Distrito Federal, público ainda com poucos estudos quando comparados à população idosa e pediátrica. Tais dados focados nesse público específico podem servir como ponto de partida para mais estudos com essa população, além de servirem de base para direcionar políticas públicas mais assertivas para o público adulto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes atendidos pelo PTNED no ano de 2022 foram, em sua maioria, provenientes das regiões administrativas mais populosas do Distrito Federal, com menor rendimento bruto domiciliar mensal, menor acesso a planos de saúde e com maior parte da população em situação de risco ou vulnerabilidade social.

Em avaliação da amostra total, a maioria dos pacientes era composta pelo sexo feminino, em uso de via oral para alimentação, com diagnóstico de neoplasias, baixo peso e com independência funcional.

Ao se analisar mais detalhadamente por sexo, observou-se no sexo masculino prevalência de baixo peso, doenças crônicas não transmissíveis, via enteral para alimentação e alto grau de dependência funcional. Este grupo, apesar de minoritário, é mais dependente, um ponto que demonstra necessidade de mais estudos sobre o perfil das doenças mais prevalentes nesse público, assim como busca de estratégias focadas na reabilitação e promoção de qualidade de vida. No sexo feminino, prevaleceu o diagnóstico nutricional de obesidade, doenças do aparelho digestivo, via oral para alimentação e independência funcional, o que também indica a necessidade de mais estudos sobre as causas de maior prevalência de obesidade nesse público, ações de promoção e incentivo a melhores hábitos alimentares e de saúde para modificar essa realidade.

Analisar o perfil da população atendida por programas como o PTNED e outras políticas públicas permite ampliar o conhecimento sobre o público abrangido, de forma que se possa planejar uma política mais direcionada ao público ao qual ela se destina. No entanto, mais estudos focados na população adulta usuária de TNED são necessários para que mais informações sejam reunidas sobre esse público, de maneira que haja maior embasamento para discussões sobre as necessidades dessa população específica, como direcionamento de políticas redistributivas para a população em situação de vulnerabilidade social, promoção de saúde.

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, de posse de informações sobre o perfil da população adulta abrangida pelo PTNED, pode direcionar os esforços no sentido de promover políticas de conscientização e prevenção das doenças mais prevalentes nesse público.

De posse de informações sobre as condições sociais da população, a exemplo dos dados sobre a regional de origem dos usuários, assim como sobre a proporção dos níveis de atenção à saúde de onde mais partem os relatórios, sugere-se como forma de melhoria da política o desenvolvimento de estudos com foco em adequação da oferta de serviços de saúde e número de profissionais nas unidades, possibilitando melhoria do acesso a essa política pública.

REFERÊNCIAS:

1. Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020;25:1863–77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501863&tlng=pt
2. Brasil. Atenção Domiciliar na atenção primária à saúde. Ministério da Saúde, editor. Ministério da Saude [Internet]. 1st ed. 2020;100. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
3. Brasil. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Habilitadas., atualiza as equipes. Ministério da Saúde [Internet]. 2016;1–9. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
4. Silva KL, Silva YC, Lage ÉG, Paiva PA, Dias OV. POR QUE É MELHOR EM CASA? A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017;22:9. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660>
5. Naves LK, Tronchin DMR. Nutrição enteral domiciliar: perfil dos usuários e cuidadores e os incidentes relacionados às sondas enterais. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018;39:39:e2017-0175. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100437&lng=pt&tlng=pt
6. Flood C, Parker EK, Kaul N, Deftereos I, Breik L, Asrani V, et al. A benchmarking study of home enteral nutrition services. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2021;44:387–96. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S240545772100187X>
7. Van Aanholt DPJ, Matsuba CST, Dias MCG, Silva M de LT da, Nascimento JE de A. Inquérito brasileiro sobre o estado atual da terapia nutricional domiciliar. *Braspen J* [Internet]. 2017;32:214–20. Available from: <https://braspenjournal.org/article/10.37111/braspenj.2017.32.3.04/pdf/braspen-32-3-214.pdf>
8. Wong A, Goh G, Banks MD, Bauer JD. A systematic review of the cost and economic outcomes of home enteral nutrition. *Clin Nutr* [Internet]. 2018;37:429–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561417302303>
9. Johnson TW, RN SS, Epp L, Mundi MS. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract* [Internet]. 2019;34:186–95. Available from: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ncp.10257>
10. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr* [Internet]. 2020;39:5–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561419301980>
11. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27:27:e3198. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100378&tlng=pt

12. Liu F, Pan X, Zhao S, Ren R, Chang G, Mao Y. Effect of Home Enteral Nutritional Support Compared With Normal Oral Diet in Postoperative Subjects With Upper Gastrointestinal Cancer Resection: A Meta-Analysis. *Front Surg* [Internet]. 2022;9:1–10. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsurg.2022.844475/full>
13. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Ministério da Saúde. 1999 [cited 2022 Mar 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.715, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011 [Internet]. 2011. p. 1–11. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html
15. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. [Internet]. Presidência da República. 2006 [cited 2022 Mar 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm
16. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Impact of the Home Enteral Nutrition regulation issue in public hospitals in Distrito Federal, Brazil. *E Spen Eur E J Clin Nutr Metab* [Internet]. 2009;4:e193–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751499109000638>
17. Governo do Distrito Federal. PORTARIA Nº 374, DE 13 DE SETEMBRO DE 2023. REGULAMENTO TÉCNICO DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR - PTNED [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde. 2023. p. 31–41. Available from: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/2188362ff9fa459abc83d5635704b5b8/Portaria_374_13_09_2023.html
18. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. MANUAL DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR- PTNED. Subsecr ATENÇÃO Integr À SAÚDE - SAIS Coord ATENÇÃO SECUNDÁRIA E Integr SERVIÇOS - COASIS Dir ATENÇÃO SECUNDÁRIA E Integr SERVIÇOS - DASIS GERÊNCIA SERVIÇOS Nutr - GESNUT [Internet]. 2024;28. Available from: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual+atualizado+PTNED_versao+nova.pdf/e43072e9-3b02-57c4-dec8-b0dab1fd9f7d?t=1734527958472
19. Pereira MG. Cap. 12. Métodos Empregados em Epidemiologia. In: *Epidemiologia - Teoria e prática*. 21st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 269.
20. Brasil. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saude Secr Atenção à Saúde Dep atenção Básica [Internet]. 2011;76. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
21. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 26]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm
22. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

- Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
23. Governo do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - PDAD 2021: Distrito Federal. Relatório CODEPLAN. Cia Planej do Dist Fed CODEPLAN [Internet]. 2022;154. Available from: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf
 24. Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal. PDAD Ampliada. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada - 2024 [Internet]. 2024. Available from: <https://pdad.ipe.df.gov.br/#pdad-ampliada-em-numeros>
 25. Silva AC, Silveira SDA. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NUTRICIONAL DE USUÁRIOS DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR. DEMETRA Aliment Nutr Saúde [Internet]. 2014;9:783–94. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/10527>
 26. Azank AT, Leandro-Merhi VA, Poliselli C, Oliveira MRM de. Indicadores nutricionais em pacientes alimentados por sonda, em sistema de Home Care. Arq Catarinenses Med [Internet]. 2009;38:11–8. Available from: <https://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/764.pdf>
 27. Carnaúba CMD, Silva TDA e, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. Rev Bras Geriatr e Gerontol [Internet]. 2017;20:352–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300352&lng=en&tlng=en
 28. Madrid-Paredes A, Leyva-Martínez S, Ávila-Rubio V, Molina-Soria JB, Sorribes-Carrera P, Yeste-Doblas C, et al. Impact of nutritional and educational support on home enteral nutrition. J Heal Popul Nutr [Internet]. 2023;42:45. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00384-4>
 29. Folwarski M, Kłęk S, Zoubek-Wójcik A, Szafranski W, Bartoszevska L, Figura K, et al. Home Enteral Nutrition in Adults—Nationwide Multicenter Survey. Nutrients [Internet]. 2020;12:2087. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/7/2087>
 30. Costa DB da, Galvão TF, Kelles SMB, Silva MT. Acesso a planos de saúde na região metropolitana de Manaus em 2015: estudo transversal de base populacional*. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2020;29:1–11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100301&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 31. Santos AMA dos, Jacinto P de A, Tejada CAO. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. Estud Econômicos (São Paulo) [Internet]. 2012;42:229–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001&lng=pt&tlng=pt
 32. Noronha K, Figueiredo L de, Andrade MV. Health and economic growth among the states of Brazil from 1991 to 2000. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2010;27:269–83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 33. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. Censo 2022. Distrito

- Federal. [Internet]. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
34. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2023. Uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro; 2023. p. 63. Available from: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/070903d82038130a93f0374ada39f81d.pdf
 35. Becceneri LB, Brusse GP de L, Aparicio CAP. Uma análise espacial dos arranjos domiciliares da Região Metropolitana de São Paulo (1991-2010). *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2021;38:1–23. Available from: <https://rebep.org.br/revista/article/view/1548>
 36. Bilac ED. Trabalho e família: Articulações possíveis. *Tempo Soc* [Internet]. 2014;26:129–45. Available from: <https://www.scielo.br/j/ts/a/6Y8y3TwKqbg4dKHfGfPkXTB/?lang=pt>
 37. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation health equity through action on the social determinants of health. Final report of Commission on social determinants of health. [Internet]. Genebra; 2008. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
 38. Morelli V, Heizelman RJ. Monitoring Social Determinants of Health Assessing Patients and Communities. *Prim Care Clin Off Pract* [Internet]. 2023;50:527–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.04.005>
 39. Souza HS de, Queiróz M de FF, Goulart PM. Epidemiologia crítica latino-americana em carta ao Senhor Futuro. Um outro mundo ainda é possível? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2023;39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2023000208002&tlng=pt
 40. Carvalho AR de, Souza LR de, Gonçalves SL, Almeida ERF de. Vulnerabilidade social e crise sanitária no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000900602&tlng=pt
 41. Ravallion M. Inequality is Bad for the Poor. *SSRN Electron J* [Internet]. 2005; Available from: <http://www.ssrn.com/abstract=780485>
 42. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. Ministério da Saúde Secr Atenção à Saúde Dep Atenção Básica [Internet]. 2015;3:90. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf
 43. Villar-Taibo R, Martínez-Olmos MA, Bellido-Guerrero D, Calleja-Fernández A, Peinó-García R, Martís-Sueiro A, et al. Burden assessment in caregivers of patients with home artificial nutrition: a need and a challenge. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2017;71:192–7. Available from: <https://www.nature.com/articles/ejcn2016239>
 44. Leindecker V, Campos F, Harb A. Perfil nutricional dos usuários acompanhados pelo programa “Melhor em Casa” em um município da região sul do Brasil. *BRASPEN J* [Internet]. 2023;38:181–8. Available from: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2023.38.2.11>
 45. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2021;71:209–49.

- Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>
46. Prado Moraes Y, Caroline Faria Moreira D, Caroline de Souza Á, Ribeiro Vieira Marques C. Perfil nutricional de usuários de terapia nutricional enteral domiciliar. *HU Rev [Internet]*. 2021;47:1–9. Available from: <https://periodicos.uff.br/index.php/hurevista/article/view/33923>
 47. Paccagnella A, Baruffi C, Pizzolato D, Favaro V, Marcon ML, Morello M, et al. Home enteral nutrition in adults: A five-year (2001–2005) epidemiological analysis. *Clin Nutr [Internet]*. 2008;27:378–85. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561408000460>
 48. Wanden-berghe Lozano C. Registro del grupo nadya-senpe de nutrición enteral domiciliar en españa; años 2016 y 2017. *Nutr Hosp [Internet]*. 2018;0–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03720>
 49. Klek S, Pawlowska D, Dziwiszek G, Komon H, Compala P, Nawojski M. The evolution of home enteral nutrition (HEN) in Poland during five years after implementation: a multicentre study. In: *Nutricion hospitalaria [Internet]*. Spain; 2015. p. 196–201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26262717>
 50. Cawsey SI, Soo J, Gramlich LM. Home Enteral Nutrition: Outcomes Relative to Indication. *Nutr Clin Pract [Internet]*. 2010;25:296–300. Available from: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0884533610368702>
 51. Sordi S, Baptistella AR, Locatelli C. Profile of Young Adults with Cancer at a University Hospital in Santa Catarina, Brazil. *O Mundo da Saúde [Internet]*. 2020;44:550–64. Available from: <https://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20200079.PDF>
 52. Arantes AJA, Silva LNF e, Batista WG, Nepomuceno GM, Mota MC, Ribeiro TC da R, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica em hospital de ensino. *HU Rev [Internet]*. 2022;48:1–7. Available from: <https://periodicos.uff.br/index.php/hurevista/article/view/35734>
 53. BARBOSA LM, SIRQUEIRA BPC, CARVALHO JTO DE, BARROS ANB, LIMA AB DE. Avaliação clínico-epidemiológica de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e metabólica em um serviço de média complexidade no Maranhão. *Rev Col Bras Cir [Internet]*. 2024;51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912024000100214&tlng=pt
 54. Barbosa BR, Almeida JM de, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2014;19:3317–25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803317&lng=pt&tlng=pt
 55. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Atenção primária à saúde e informações antropométricas [Internet]. Rio de Janeiro; 2020. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
 56. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of Obesity and Severe Obesity Among Adults: United States, 2017-2018. *NCHS Data Brief [Internet]*. 2020;1–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32487284>
 57. Boakye H, Atabila A, Hinneh T, Ackah M, Ojo-Benys F, Bello AI. The prevalence and

- determinants of non-communicable diseases among Ghanaian adults: A survey at a secondary healthcare level. Chukwuonye II, editor. PLoS One [Internet]. 2023;18:e0281310. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0281310>
58. Lloyd-Sherlock P, Minicuci N, Corso B, Beard J, Chatterji S, Ebrahim S. Diseases of the Rich? The Social Patterning of Hypertension in Six Low- and Middle-Income Countries. *Eur J Dev Res* [Internet]. 2017;29:827–42. Available from: <http://link.springer.com/10.1057/s41287-016-0063-2>
 59. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases [Internet]. Geneva; 2010. Available from: https://iris.who.int/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf
 60. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. *J Glob Health* [Internet]. 2018;8. Available from: <http://jogh.org/documents/issue201802/jogh-08-020409.pdf>
 61. Liu Y, Liu G, Wu H, Jian W, Wild SH, Gasevic D. Sex differences in non-communicable disease prevalence in China: a cross-sectional analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study in 2011. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7:e017450. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-017450>
 62. Goes Melo MC, Drummond Barboza C, Da Silva Ferreira N, Paula de Souza I. PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. *Cad ESP* [Internet]. 2024;18:e1930. Available from: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/1930>
 63. Gualassi AC, Hara L. Perfil nutricional e acesso à terapia nutricional enteral de usuários assistidos por um serviço de atenção domiciliar do SUS Campinas. *Cad Ensino e Pesqui em Saúde* [Internet]. 2022;2. Available from: <https://revista.ghc.com.br/index.php/cadernosdeensinoepesquisa/article/view/119/54>
 64. Biscione FM, Szuster DAC, Drummond E de F, Ferreira GUA, Turci MA, Lima Júnior JF, et al. Avaliação de efetividade da atenção domiciliar de uma cooperativa médica de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29:s73–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001300007&lng=pt&tlng=pt
 65. Villar Taibo R. EPIDEMIOLOGY OF HOME ARTIFICIAL NUTRITION: AN APPROXIMATION TO REALITY. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018;35:511–8. Available from: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/1799>
 66. Centers for Medicare & Medicaid. Local Coverage Determination: Enteral Nutrition. [Internet]. 2021 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?lcdid=38955>

7.3 Produto Técnico Tecnológico (PTT)

Título: Criação de canal no Youtube denominado “Informações sobre o PTNED do Distrito Federal”, com vídeos informativos para a população

Equipe técnica: Natália Carolina Gonçalves Crepalde (autora). Ana Lúcia Ribeiro Salomon (revisora)

Introdução

O mundo entrou na era digital com o rápido desenvolvimento desta tecnologia com o advento da internet no século 21. Como consequência, a tecnologia digital é utilizada cada vez mais seja para o trabalho, aprendizado ou mesmo diversão (SHI et al., 2024). No Brasil, o uso da internet é realidade para 81% da população, sendo esta ferramenta utilizada por 53% dos usuários para pesquisas sobre informações e serviços de saúde, conforme dados dos anos 2020 e 2021 (CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC), 2021).

O avanço da tecnologia está remodelando o sistema de saúde, proporcionando ampliação do acesso a serviços médicos e promovendo um aumento do engajamento dos pacientes (PRAVETTONI; TRIBERTI, 2020). A dinâmica da comunicação em saúde e a disseminação de informações sobre saúde também vem sendo alteradas por essa transformação tecnológica, fazendo com que os indivíduos sejam mais ativos e engajados no cuidado com a saúde (BAN; KIM; SEOMUN, 2024).

Apesar da facilidade de acesso à informação em saúde, sabe-se que somente este fator não garante sua compreensão, avaliação e aplicação (VAN DER VAART; DROSSAERT, 2017).

A partir do trabalho realizado para compor a presente dissertação, foi observado que pouco mais de 1/3 dos pacientes não foi até a CNUD para retirar as fórmulas enterais após a autorização do cadastro. Tal dado levantou o seguinte questionamento se esse número elevado de não retirada das fórmulas se deve à falta de compreensão sobre a necessidade da participação ativa no acompanhamento do

processo e no agendamento para retirada dos produtos após confirmação do cadastro.

O objetivo do PTT é trazer informações importantes relacionadas ao funcionamento do PTNED (funcionamento do programa, cadastro, acompanhamento do processo, agendamento e retirada dos produtos), além de informações relacionadas a cuidados com dieta enteral e com a sonda. O foco do PTT foi a tradução do conhecimento para a população, de forma que as informações sejam compreendidas com mais facilidade por pessoas de todos os níveis de escolaridade.

Método

Foi criado um canal no Youtube denominado “Informações sobre o PTNED do Distrito Federal”. Foram elaborados materiais didáticos em formato de 3 vídeos curtos, os dois primeiros com conteúdos relacionados ao funcionamento do PTNED e o terceiro com conteúdo sobre cuidados com a dieta enteral e as sondas. Os vídeos foram inseridos no canal para concentrar as informações em um só local e facilitar o acesso da população, evitando informações soltas em diversos locais.

Para o primeiro e o segundo vídeo, ambos focados no funcionamento do PTNED com orientações sobre o programa, o acompanhamento do andamento do processo, agendamento e retirada das fórmulas, foi utilizado o Manual do Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal e informações contidas no site infosaude (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. DIRETORIA DE GESTÃO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS., 2025; SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2024). Para o terceiro vídeo, focado em informações sobre cuidados com a dieta enteral e com as sondas enterais, foram utilizados como base o Guia de Terapia Nutricional Domiciliar da USP (GANDOLFO et al., 2024) e o Manual de Cuidados da Terapia Nutricional Enteral em Domicílio do governo do Pará (SILVA et al., 2021).

Para a geração das imagens e cenas realistas que compuseram os vídeos, foi utilizado o recurso Veo 3, um modelo de inteligência artificial desenvolvido pelo Google. Para a edição dos vídeos informativos, foi utilizado o aplicativo CapCut.

Foi solicitado o Certificado de Produto Brasileiro junto à Agência Nacional de Cinema (ANCINE) (Anexo I

Referências

- BAN, S.; KIM, Y.; SEOMUN, G. Digital health literacy: A concept analysis. **DIGITAL HEALTH**, v. 10, p. 1–15, 7 jan. 2024.
- CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO (CETIC). **TIC Domicílios - 2020 Indivíduos**. Disponível em: <<https://cetic.br/pt/tics/domicilios/2020/individuos/#>>. Acesso em: 5 jun. 2025.
- GANDOLFO, A. S. et al. **Guia De Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**. 2. ed. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2024.
- PRAVETTONI, G.; TRIBERTI, S. (EDS.). **P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future**. Cham: Springer International Publishing, 2020.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. DIRETORIA DE GESTÃO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS. **Infosaúde-DF. Portal de Informações e Transparência da saúde do DF**. Disponível em: <<https://info.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 17 maio. 2025.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **MANUAL DO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR- PTNED**. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual+atualizado+PTNED_versao+nova.pdf/e43072e9-3b02-57c4-dec8-b0dab1fd9f7d?t=1734527958472>.
- SHI, Z. et al. Factors influencing digital health literacy among older adults: a scoping review. **Frontiers in Public Health**, v. 12, n. November, p. 1–14, 1 nov. 2024.
- SILVA, A. C. C. DA; et al. **Manual De Cuidados Na Terapia Nutricional Enteral em Domicílio**. Belém: Secretaria de saúde pública, 2021.
- VAN DER VAART, R.; DROSSAERT, C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 1, p. e27, 24 jan. 2017.

Ficha técnica do produto técnico tecnológico (PTT).

TÍTULO	“Informações sobre o PTNED do Distrito Federal”	
DESCRIÇÃO	Canal no site Youtube contendo vídeos informativos	
TIPO DO PRODUTO	OPÇÃO DE RESPOSTA	OBSERVAÇÕES
1. Finalidade	Material didático	Vídeos informativos sobre o Programa de Terapia Nutricional Enteral do Distrito Federal (PTNED), cadastro, agendamento, acompanhamento do processo e retirada das fórmulas e orientações sobre cuidados com dietas enteras e sonda
2. Impacto - nível	<input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Baixo	Espera-se uma mudança gradual, com um maior entendimento da população tanto sobre o PTNED como sobre cuidados com as dietas enteras e sondas.
3. Impacto - demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Por concorrência <input type="checkbox"/> Contratada	PTT desenvolvido a partir da observação da necessidade de aumentar a oferta de informações sobre o PTNED
4. Impacto - objetivo	<input checked="" type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Solução de um problema previamente identificado <input type="checkbox"/> Sem um foco de aplicação inicialmente definido	Formatos e linguagem dos vídeos ainda em adaptação
5. Impacto - Área impactada	<input type="checkbox"/> Econômico <input checked="" type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Ensino <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Cultural <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Científico <input type="checkbox"/> Aprendizagem	Mais informações sobre o PTNED podem aumentar a adesão ao programa, com mais pessoas utilizando do mesmo, melhorando o estado nutricional, garantindo segurança no cuidado com dietas e sondas, reduzindo complicações e reinternações.
6. Impacto - Tipo	<input type="checkbox"/> Real <input checked="" type="checkbox"/> Potencial	Ainda não foi possível identificar mudanças concretas, pois os vídeos ainda não foram lançados para o público
7. Replicabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Os vídeos ficarão acessíveis na internet de forma pública e gratuita, portanto de fácil e ilimitado acesso e possibilidade reprodução
8. Abrangência territorial	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Nacional	Direcionado para a população do Distrito Federal por serem informações relacionadas ao programa da região do DF, porém os vídeos sobre cuidados com dieta enteral são de abrangência nacional

	<input checked="" type="checkbox"/> Regional	
9. Complexidade	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Média <input checked="" type="checkbox"/> Baixa	Foram adaptados os conteúdos de manuais já existentes, com alteração da linguagem para torná-los mais compreensíveis a toda a população, independentemente do grau de instrução
10. Inovação	<input type="checkbox"/> Alto teor inovativo <input type="checkbox"/> Sem inovação aparente <input checked="" type="checkbox"/> Baixo teor inovativo <input type="checkbox"/> Médio teor inovativo	Adaptação de informações já existentes com mudança na linguagem
11. Setor da sociedade beneficiado pelo impacto	<input type="checkbox"/> Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca <input type="checkbox"/> Indústria de transformação <input type="checkbox"/> Água, esgoto, atividade de gestão de resíduos e descontaminação <input checked="" type="checkbox"/> Saúde	Cidadão que acessa serviço de saúde em busca de terapia nutricional enteral domiciliar
12. Declaração de vínculo do produto com o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI)	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
13. Fomento	<input type="checkbox"/> Financiamento <input checked="" type="checkbox"/> Não houve <input type="checkbox"/> Cooperação	
14. Registro/depósito de propriedade intelectual	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Foi solicitado o Certificado de Produto Brasileiro dos vídeos produzidos junto à Agência Nacional do Cinema (ANCINE)
15. Estágio da Tecnologia	<input type="checkbox"/> Piloto/Protótipo <input checked="" type="checkbox"/> Finalizado ou implantado <input type="checkbox"/> Em teste	Criado o canal e vídeos publicados
16. Transferência de tecnologia/conhecimento	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
17. Endereço URL	https://www.youtube.com/channel/UC7RjhaJKuXIE_wzI9ZjTgGw	

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho se dedicou ao estudo do Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal (PTNED), trazendo dados inéditos sobre o tempo entre as etapas necessárias ao processo de cadastramento dos pacientes no programa. Tais dados podem servir como base para novos estudos sobre eficiência nas etapas do processo, com possibilidade de busca de melhorias, a fim de que haja uma redução no tempo de espera dos pacientes pelas fórmulas enterais.

A pesquisa teve caráter original e inovador, no sentido de que não foi encontrado na literatura pesquisada nenhum estudo que houvesse se debruçado sobre o tempo gasto nas etapas do processo de cadastro e fatores de influência tanto no PTNED quanto em outros programas de TNE no país, servindo como marco inicial de estudos focados sobre o tema tanto no âmbito local quanto nacional. Esses dados podem ser úteis para o planejamento estratégico do PTNED, trazendo informações que corroborem para a gestão dos processos, com a busca de soluções para otimização desses tempos, trazendo mais eficiência para o programa.

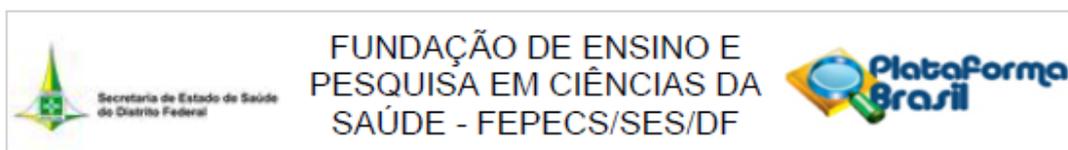
Os resultados da pesquisa contribuem para a comunidade científica no sentido de trazer informações atualizadas também sobre o perfil sociodemográfico, epidemiológico e de saúde da população adulta, que possui menor quantidade de estudos quando comparada à população pediátrica e população idosa. O fato de este ser um estudo focado no Distrito Federal não deixa de ser relevante para a comunidade acadêmica, uma vez que se torna possível comparar as características e condições de saúde entre estados, cidades, de forma a se conseguir identificar onde as políticas públicas devem atuar com maior ênfase para promover equidade na prestação de serviços públicos.

O produto técnico tecnológico desenvolvido visa contribuir para a disseminação de informações relevantes sobre o PTNED, assim como orientar sobre cuidados com a dieta e sondas enterais. O foco do PTT foi a disseminação de informações de mais fácil entendimento para população, de forma que sejam compreendidas com mais facilidade por pessoas de todos os níveis de escolaridade. De posse de mais informações sobre o acompanhamento do processo e orientações sobre os passos para agendamento da retirada dos produtos, espera-se que haja uma otimização das

etapas até a retirada das fórmulas na CNUD, o que melhora a prestação de serviço para a comunidade.

ANEXOS

Anexo I – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tempo médio entre a solicitação de inclusão do paciente no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar e o efetivo recebimento de fórmula enteral pelo programa e fatores associados, no âmbito do Distrito Federal.

Pesquisador: NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77486323.7.0000.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.668.224

Apresentação do Projeto:

1. Tipo de Projeto: TCC Mestrado da ESCS.

Tempo médio entre a solicitação de inclusão do paciente no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar e o efetivo recebimento de fórmula enteral pelo programa e fatores associados, no âmbito do Distrito Federal.

2. Instituição Proponente: Coordenação de Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu e Extensão - FEPECS

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

() Sim (X) Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem? NSA

() Nacional () Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? NSA

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

() Patrocinada (X) Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): NSA

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF? 900

Aqui citar o tamanho da amostra local, ou seja, mesmo que se trate de estudo multicêntrico, informar o nº de participantes que serão selecionados nas instituições da SES-DF

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

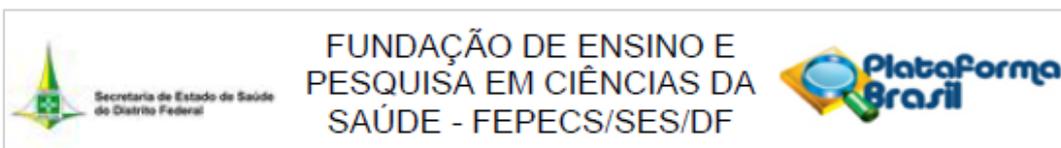
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

9. Citar TODOS os locais da SES-DF onde a pesquisa será realizada:

A pesquisa será realizada com busca em dados administrativos no Sistema de Informação Eletrônica (SEI) da Secretaria de Saúde do DF. Os dados serão coletados na Gerência de Nutrição - GESNUT

10. Qual a População que será estudada:

- () RNs
 () Lactentes
 () Crianças
 () Adolescentes
 (X) Adultos
 () Idosos

11. Envolve População em situação de vulnerabilidade? Não

12. Hipótese(s):

Parte-se da hipótese que há uma dificuldade no acesso às fórmulas enterais no âmbito da rede SUS-DF, o que pode ser traduzido como um longo prazo entre a solicitação e o atendimento. Tal hipótese foi levantada a partir da leitura dos Boletins Informativos do PTNED emitidos periodicamente pela GESNUT, que são publicados no site da SES/DF 36,55–63. Nestes boletins são disponibilizados dados sobre recursos orçamentários, processos de aquisição de produtos do PTNED, desabastecimento de fórmulas, estoque crítico de produtos, indisponibilidade de produtos, ouvidorias realizadas pela população, dentre outras informações.

A partir de informações sobre ouvidorias relacionadas ao PTNED, com a maioria delas relacionada à indisponibilidade das fórmulas enterais, pode-se observar que há a necessidade de se investigar o quanto as causas das queixas da população sobre o Programa influenciam no tempo de espera do paciente na dispensação das fórmulas enterais, de maneira que seja possível identificar formas de solucionar o problema, trazendo mais celeridade ao processo de dispensação.

A hipótese nula (H0) expressa que não há problemas com os prazos, conseqüentemente com o acesso da população às fórmulas.

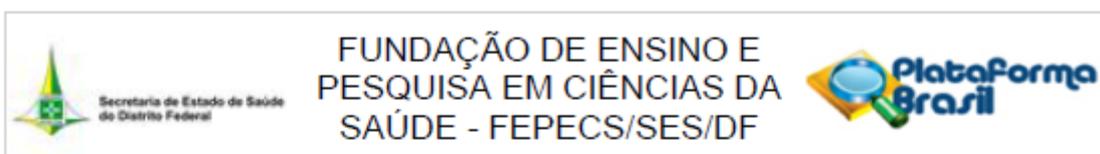
13. Critério de Inclusão: Serão incluídos todos os registros administrativos de cadastro de primeira vez no PTNED no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2022.

14. Critério de Exclusão: Serão excluídos da pesquisa os registros com dados incompletos ou ilegíveis, bem como registros duplicados

15. Breve consideração sobre a metodologia (metodologia utilizada e descrição das etapas):

A amostra do estudo será composta pelos registros administrativos mantidos pelo PTNED

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: comiteedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

referente às solicitações de fórmulas enterais, desde o início do processo via SEI, com os relatórios de solicitação de inclusão do paciente no programa até o registro da primeira retirada do produto pelo paciente ou responsável na CNUD. O tamanho da amostra (900 pacientes) foi escolhido por conveniência. Estes registros incluem prescrição médica, relatório da nutricionista e da assistente social, assim como demais documentos necessários para a instrução do processo e o registro da data da retirada do produto na CNUD (Anexo I). Serão incluídos todos os registros administrativos de cadastro de primeira vez no PTNED no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2022. Serão excluídos da pesquisa os registros com dados incompletos ou ilegíveis, bem como registros duplicados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a interferência de fatores no tempo de espera do paciente para recebimento das fórmulas enterais, desde o início do processo de solicitação de inclusão do paciente no PTNED e a efetiva retirada da fórmula enteral pelo paciente ou responsável, no âmbito do Distrito Federal.

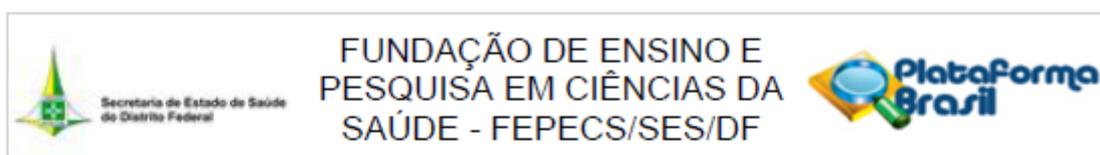
Objetivo Secundário: Caracterizar as etapas relacionadas ao acesso do usuário à terapia nutricional enteral domiciliar; Estimar o intervalo de tempo entre cada etapa do acesso do usuário, assim como o tempo total decorrido entre a primeira solicitação de inclusão do paciente no PTNED e o início do recebimento das fórmulas, caracterizado pela primeira retirada do produto pelo paciente ou responsável na Central de Nutrição Domiciliar (CNUD); Identificar fatores que estejam associados ao tempo decorrido entre a solicitação de entrada do paciente no programa e o início do recebimento das fórmulas enterais; Traçar o perfil sociodemográfico da população estudada (idade, sexo, nível de escolaridade, dentre outros); Buscar formas de contribuir para a redução do tempo de espera do paciente até o recebimento da fórmula enteral; Elaborar um canal informativo para a população, com informações gerais sobre o PTNED, orientações sobre agendamento para retirada das fórmulas enterais no sítio eletrônico Agenda DF, sobre o manejo das dietas enterais em domicílio, cuidados de armazenamento e manipulação, assim como cuidados com os dispositivos de alimentação (sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia). O canal será registrado junto à Agência Nacional de Cinema (ANCINE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa implica em alguns eventuais riscos inerentes à coleta e armazenamento de dados, que se enquadram na classificação de dados pessoais e dados sensíveis pela LGPD. Tais riscos incluem: exposição de dados pessoais (nome, endereço, renda, escolaridade, diagnóstico), risco de

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

estigmatização dos pacientes ou familiares por exposição destes dados, divulgação de informações dos pacientes e familiares. Para minimizar tais riscos e danos aos pacientes e seus familiares, serão tomadas as seguintes precauções: os dados serão coletados somente por uma pessoa (a pesquisadora deste projeto), restringindo o acesso de mais pessoas a estes dados sensíveis; será solicitado o acesso ao sistema SEI apenas por prazo definido, a fim de obter acesso às informações específicas e necessárias para a realização da pesquisa. Será garantido o zelo e o sigilo dos dados coletados, seguindo-se boas práticas para as atividades de armazenamento seguro, adequado e restrito, como o uso de senha pessoal e intransferível da planilha com o banco de dados da presente pesquisa. A pesquisadora principal assume também a responsabilidade e o compromisso de não publicizar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação do indivíduo. Os dados coletados não serão salvos em ambientes virtuais, compartilhados ou em "nuvem" eletrônica. Após a coleta, a planilha com os dados será baixada para uma pasta offline. A coleta dos dados não representa risco à saúde dos indivíduos estudados, uma vez que serão coletados dados retrospectivos, de eventos e desfechos já ocorridos, a fim de se mapear as etapas do processo em busca de lacunas e oportunidades de melhoria para o PTNED. Será solicitada autorização para o acesso à base de dados junto à GESNUT. A pesquisa seguirá todos os princípios éticos conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/201266, o projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e também serão obedecidos os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018)⁶⁷.

Benefícios:

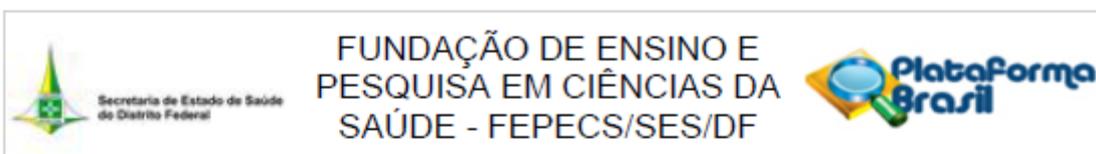
Os benefícios da pesquisa incluem a geração de informações inéditas sobre o PTNED, bem como a atualização de informações sobre a população abrangida pelo programa e a identificação do perfil dos usuários no ano de 2022. Este estudo buscará identificar as lacunas no processo de inclusão dos pacientes no PTNED e no acesso às fórmulas enterais, de forma que, a partir da análise destas lacunas de oportunidade, possam ser traçadas estratégias e identificadas alternativas para aprimorar o Programa e beneficiar os usuários atuais e futuros do PTNED. Em relação aos benefícios para a comunidade científica, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para a atualização da literatura científica sobre o tema e, desta forma, sirva como incentivo a estudos futuros sobre o tema e demais assuntos relacionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1.Ponderação entre os riscos e benefícios da pesquisa: Apresentada.

2.Relevância social: Apresentada.

Endereço:	SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP		
Bairro:	ASA NORTE	CEP:	70.710-907
UF:	DF	Município:	BRASILIA
Telefone:	(61)2017-1145	E-mail:	comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

3. Processo de recrutamento: Conveniência.
4. Critérios para inclusão e exclusão de participantes na pesquisa: Apresentado.
5. Processo de obtenção do TCLE: Não aplicável
6. Justificativa de Dispensa do TCLE: Apresentada.
7. Procedimentos efetivos para garantia do sigilo e confidencialidade: Apresentado.
8. Proteção de participantes de pesquisa em situação de vulnerabilidade: Apresentado.
9. Orçamento para realização da pesquisa: Apresentado.
10. Cronograma de Execução da pesquisa: Apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Carta de encaminhamento do Projeto: Apresentada.
2. Declaração de Compromisso do Pesquisador responsável: Apresentada.
3. Folha de Rosto: Apresentada.
4. Termo de Anuência ou Coparticipação: Apresentada.
5. Projeto Brochura: Apresentado.
6. Curriculum Lattes de todos os envolvidos na pesquisa: Apresentado.
7. TCLE (ou Termo de Assentimento) ou Dispensa dos mesmos: Apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

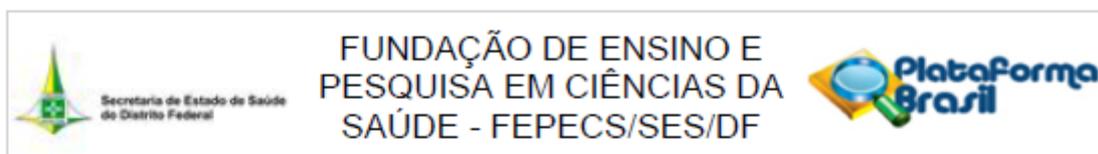
*** A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e de que os dados obtidos na mesma deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Cabe, ainda, ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

publicação dos resultados.

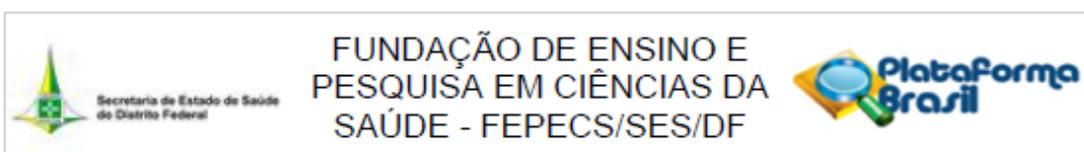
*** Reiteramos os cuidados referentes a Pandemia (COVID-19), para que sejam obedecidas as orientações legais vigentes quanto a proteção do pesquisador e dos participantes de pesquisas).

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_2141236.pdf	04/02/2024 16:29:51		Aceito
Outros	SOLICITACAO_DISPENSA_TCLE.docx	04/02/2024 16:29:07	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR_assinado_numerado.pdf	04/02/2024 16:15:26	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2141236.pdf	27/01/2024 10:49:49		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/01/2024 10:48:43	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	27/01/2024 10:48:43	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/01/2024 10:46:16	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/01/2024 10:46:16	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Pesquisa.pdf	27/01/2024 10:40:10	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PROJETO_DE_PESQUISA_assinado.pdf	27/01/2024 10:37:37	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR_assinado.pdf	27/01/2024 10:37:12	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR_assinado.pdf	27/01/2024 10:37:12	NATALIA CAROLINA GONCALVES	Postado

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR_ assinado.pdf	27/01/2024 10:37:12	CREPALDE	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2141236.pdf	15/01/2024 22:51:24		Aceito
Outros	CURRICULO_DO_ORIENTADOR.pdf	15/01/2024 22:49:38	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	CURRICULO_DA_PESQUISADORA.pdf	15/01/2024 22:49:18	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR.pdf	15/01/2024 22:48:33	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DOR.pdf	15/01/2024 22:48:33	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	15/01/2024 22:48:05	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	15/01/2024 22:47:34	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SOLICITACAO_DISPENSA_TCLE.docx	15/01/2024 09:31:41	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2141236.pdf	12/12/2023 20:40:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Pesquisa.pdf	12/12/2023 20:38:48	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Pesquisa.pdf	12/12/2023 20:38:48	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado
Outros	Fomulario_Dispenza_TCLE.pdf	12/12/2023 20:36:10	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Outros	Fomulario_Dispenza_TCLE.pdf	12/12/2023 20:36:10	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_TCLE_PTNER.pdf	12/12/2023 20:35:40	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Anexo_TCLE_PTNER.pdf	12/12/2023 20:35:40	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP

Bairro: ASA NORTE

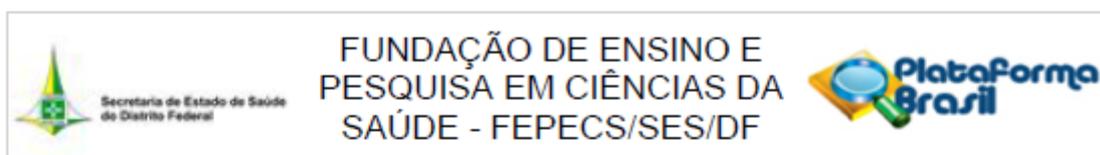
CEP: 70.710-907

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-1145

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.668.224

Ausência	Anexo_TCLE_PTNEP.pdf	12/12/2023 20:35:40	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado
Folha de Rosto	NataliaCrepalde.pdf	12/12/2023 20:27:50	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Aceito
Folha de Rosto	NataliaCrepalde.pdf	12/12/2023 20:27:50	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 24 de Fevereiro de 2024

Assinado por:

Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Anexo II – Formulário de solicitação de dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ Termo de Assentimento



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ Termo de Assentimento

Eu, **Natália Carolina Gonçalves Crepalde**, CPF 08216691688, pesquisador(a) responsável pelo projeto de pesquisa "Tempo médio entre a solicitação de inclusão do paciente no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar e o efetivo recebimento de fórmula enteral pelo programa e fatores associados, no âmbito do Distrito Federal

", cujo objetivo é Identificar a interferência de fatores no tempo de espera do paciente para recebimento das fórmulas enterais, desde o início do processo de solicitação de inclusão do paciente no PTNED e a efetiva retirada da fórmula enteral pelo paciente ou responsável, no âmbito do Distrito Federal.

, venho solicitar junto ao CEP-FEPECS a dispensa de apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)/Termo de Assentimento, conforme previsto no capítulo IV, inciso IV.B da Resolução CNS-MS nº 466 de 2012:

"Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento".

A pesquisa envolverá coleta de dados administrativos e clínicos a partir de fontes públicas e do sistema de informação utilizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Sistema Eletrônico de Informação (SEI), conforme especificado na apresentação do Projeto Básico da Plataforma Brasil e no Projeto Brochura.

O motivo da solicitação de Dispensa do Consentimento/Assentimento para o referido projeto se baseia na(s) seguinte(s) justificativa(s): Dentre os formulários de cadastro do paciente no PTNED está um incluso um Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, onde o paciente ou seu responsável realiza o preenchimento dos dados para inclusão no

Página 1 de 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Programa. Ao final deste documento consta o item 7, que versa sobre a autorização ou a recusa do uso dos dados nutricionais, médicos e demográficos para fins de pesquisa e relatórios técnicos que a Gerência de Nutrição julgar necessários. Neste item é também garantida a confidencialidade das informações coletadas, assim como a não divulgação dos dados pessoais que identifiquem o participante. A pesquisa se dará apenas com os dados dos pacientes que assinalaram o consentimento para uso de suas informações para pesquisas, e, desta forma, solicito junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O fato de serem coletados dados retrospectivos também é um fator que pode dificultar a aplicação do TCLE, uma vez que existem inúmeras situações que podem dificultar ou inviabilizar a localização do participante de pesquisa que irá compor a amostra, tais como óbito (o que pode causar desconforto nos familiares no momento em que forem procurados para assinar o termo), mudança de endereço ou telefone de contato, endereço incompleto e falta de dados cadastrais que não tornam possíveis o contato com o indivíduo. Além disso, frisa-se que não haverá contato pessoal entre a pesquisadora e os participantes de pesquisa. Entende-se que a solicitação de dispensa do TCLE está alinhada às diretrizes do *Council for International Organizations of Medical Sciences*, que prevê situações em que o Comitê de Ética dispensa a consentimento informado no âmbito de estudos epidemiológicos. A coleta dos dados não trará nenhum risco à saúde dos participantes de pesquisa, uma vez que são dados retrospectivos, de fatos que já ocorreram, com o objetivo de mapear o processo à procura de lacunas e oportunidades de melhoria para o mesmo e para o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED). Cumpre informar que os dados a serem coletados não alterarão os desfechos clínicos do indivíduo, seu acesso às fórmulas nutricionais ou mesmo o acesso ao PTNED. Acredita-se que a pesquisa trará benefícios para a população e comunidade científica. Os benefícios da pesquisa incluem a geração de informações inéditas sobre o PTNED, bem como a atualização de informações sobre a população abrangida pelo programa e a identificação do perfil dos usuários no ano de 2022. Este estudo buscará identificar as lacunas no processo de inclusão dos pacientes no PTNED e no acesso às fórmulas enterais, de forma que, a partir da análise destas lacunas de oportunidade, possam ser traçadas estratégias e identificadas alternativas para aprimorar o Programa e beneficiar os usuários atuais e futuros do PTNED. Em relação aos benefícios para a comunidade científica, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para a atualização da literatura científica sobre o tema e, desta forma, sirva como incentivo a estudos futuros sobre o tema e demais assuntos relacionados. Por fim, assegura-se que a pesquisa seguirá

Página 2 de 4

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

 (61) 2017 1145
ramal 6878



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



todos os princípios éticos conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e também serão obedecidos os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018).

Declaro que me comprometo em garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados obtidos, preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante da pesquisa, bem como a sua não estigmatização, além de não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio, econômico e financeiro.

Asseguro que foram estabelecidas salvaguardas seguras como os dados serão coletados somente por uma pessoa (a pesquisadora deste projeto), restringindo o acesso de mais pessoas a estes dados sensíveis; será solicitado o acesso ao sistema SEI apenas por prazo definido, a fim de obter acesso às informações específicas e necessárias para a realização da pesquisa. Será garantido o zelo e o sigilo dos dados coletados, seguindo-se boas práticas para as atividades de armazenamento seguro, adequado e restrito, como o uso de senha pessoal e intransferível da planilha com o banco de dados da presente pesquisa. A pesquisadora principal assume também a responsabilidade e o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação do indivíduo. Os pacientes do estudo serão identificados por códigos, de maneira a preservar a identidade e evitar o vazamento de dados. Os dados coletados não serão salvos em ambientes virtuais, compartilhados ou em "nuvem" eletrônica. Após a coleta, a planilha com os dados será baixada para uma pasta offline, para garantir a segurança e o sigilo das informações coletadas. a fim de se preservar a confidencialidade dos dados da pesquisa, e que os mesmos serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista na metodologia proposta.

Por fim, assumo a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardo deferimento.

Atenciosamente,

Página 3 de 4

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

 (61) 2017 1145
ramal 6878



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Natália Carolina Gonçalves Crepalde

Nome do pesquisador(a)

Brasília, 03 de dezembro de 2023

Importante: Caro pesquisador, este documento não precisa ser assinado. Apenas digite seu nome e anexe a solicitação na Plataforma Brasil, mantendo o recurso "copiar-colar".

Página 4 de 4

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

 (61) 2017 1145
ramal 6679

Anexo III – Parecer consubstanciado do relatório parcial enviado ao CEP

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tempo médio entre a solicitação de inclusão do paciente no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar e o efetivo recebimento de fórmula enteral pelo programa e fatores associados, no âmbito do Distrito Federal.

Pesquisador: NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77486323.7.0000.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Relatório parcial enviado devido ao período superior a 6 meses do parecer

Data do Envio: 02/12/2024

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.288.540

Apresentação da Notificação:

Trata-se de Notificação ao projeto intitulado "Tempo médio entre a solicitação de inclusão do paciente no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar e o efetivo recebimento de fórmula enteral pelo programa e fatores associados, no âmbito do Distrito Federal".

DATA DA APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP-FEPECS: 24/02/2024

Nº DO PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO: 6.668.224

Objetivo da Notificação:

O Objetivo da Notificação é:

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3345-7895 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 7.288.540

- () Comunicação de início de pesquisa
 (X) Envio de Relatório Parcial
 () Notificação de Eventos Adversos
 () Envio de Relatório Final
 () Comunicação de Finalização de Pesquisa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a execução da pesquisa desde a data de sua aprovação até a data da Notificação, temos que:

* Em relação aos Riscos:

(X) A Notificação informa que não foram observados riscos adicionais no transcorrer da pesquisa

() A Notificação informa que foram observados riscos adicionais no transcorrer da pesquisa, sendo eles:

.....

* Em relação aos Benefícios:

(X) A Notificação informa que não foram observados benefícios adicionais no transcorrer da pesquisa

() A Notificação informa que foram observados benefícios adicionais no transcorrer da pesquisa, sendo eles:

.....

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Após a avaliação da Notificação, concluímos que:

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3345-7895 E-mail: cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 7.288.540

Não há necessidade de suspensão ou ajustes na pesquisa

Há necessidade de suspensão da pesquisa, pelo motivo exposto abaixo:

.....
.....

Há necessidade dos seguintes ajustes:

.....
.....

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O(a) Pesquisador (a) anexou o(a):

- Modelo de Comunicação de Início de Pesquisa
 Modelo de Relatório Parcial Semestral
 Modelo de Relatório Final
 Modelo de Comunicação de Finalização de Pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. NOTIFICAÇÃO DE RELATÓRIO PARCIAL:

- APROVADA
 RETIRADA A PEDIDO DO(A) PESQUISADOR(A)
 NÃO APROVADA DEVIDO AS SEGUINTE INCONSISTÊNCIAS NO DOCUMENTO ANEXADO

Vale ressaltar que o objetivo da notificação é apenas apresentar o andamento da pesquisa. As

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3345-7895 E-mail: cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 7.288.540

alterações citadas no documento (como extensão de prazo ou alguma alteração metodológica) devem ser encaminhadas a esse CEP via emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Fomulario_no_10_Modelo_de_Relatorio_Parcial_Semestral.pdf	02/12/2024 16:31:59	NATALIA CAROLINA GONCALVES CREPALDE	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Dezembro de 2024

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3345-7895 E-mail: cep@fepecs.edu.br

Anexo IV - Documentos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para cadastro do paciente no Programa de Terapia Nutricional Domiciliar.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO II
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

(Paciente), _____,
residente em _____,
telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____,
CPF nº _____, está sendo admitido no Programa de Terapia de Nutrição Enteral
Domiciliar (PTNED) e reconhece as normas e critérios que o definem.

Nos casos em que o paciente não tiver condições de responder legalmente, também deverá ser preenchido o cadastro de responsável abaixo e anexadas as cópias de RG, CPF, documento comprobatório do grau de parentesco ou procuração com firma reconhecida.

(Responsável), _____,
residente em _____,
telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____,
CPF nº _____, (grau de parentesco) _____ do
paciente, está ciente e de acordo com as normas deste Termo, responsabilizando-se como cuidador junto
ao Programa de Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar (PTNED).

Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do PTNED, dentre as quais estão as elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo desta Portaria e demais instrumentos regulamentares do Programa (item 7 é de anuência opcional; marcar a opção correspondente):

- 1- Resido no Distrito Federal. Em caso de mudança para outro estado, devo informar à equipe do PTNED e não mais farei parte do Programa.
- 2- Posso via de acesso enteral (sonda ou ostomia) ou preencho os critérios de inclusão para via oral.
- 3- Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar e óbito e mudança de endereço.
- 4- Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.
- 5- Sou capacitado ou possuo cuidador capacitado para corresponsabilizar-me pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.
- 6- Estou ciente que o uso das fórmulas fornecidas é de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida à Central de Nutrição Domiciliar, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
- 7- () Sim () Não: Autorizo o uso dos dados nutricionais, médicos e demográficos para fins de pesquisa e relatórios técnicos que a Gerência de Nutrição julgar necessários. Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais, não sendo divulgados dados pessoais que identifiquem os participantes. A participação não gera qualquer despesa ou pagamento ao participante. A recusa em autorizar o fornecimento dos dados não impedirá o cadastro do paciente no PTNED.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente
(Quando for o responsável pelo cadastro)

Assinatura do responsável



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO**

**ANEXO III
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO NUTRICIONAL**

<input type="checkbox"/> CADASTRO - 1ª VEZ		<input type="checkbox"/> REAVALIAÇÃO		<input type="checkbox"/> CARATER EXCEPCIONAL	
Nome do paciente:					
Data Nascimento: / /		Idade:		Telefone:	
Diagnóstico clínico:				CID:	
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL					
<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> ASG <input type="checkbox"/> MAN-idosos <input type="checkbox"/> OMS-pediatria <input type="checkbox"/> Outra:					
História clínico-nutricional					
Peso (kg):		Altura (m):		IMC (kg/m ²):	
Pediatria (escore Z)		P/A:		A/I:	
Diagnóstico nutricional:		P/I:		IMC/I:	
PRESCRIÇÃO DIETÉTICA					
Via de administração		<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> JT			
Duração do tratamento		<input type="checkbox"/> Curto: ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Longo: > 6 meses			
Tipo de dieta		<input type="checkbox"/> Industrializada <input type="checkbox"/> Mista; n° horários artesanal:			
GET (kcal):		VET (kcal):		Obs.:	
kcal/kg peso/dia:		g PTN/kg peso/dia:			
Alteração de prescrição		<input type="checkbox"/> 1ª vez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; motivo:			
Código(s) SES		Quantidade/dia (g/mL)		Quantidade/mês (g/mL)	
<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU				x 30 =	
<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU				x 30 =	
<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU				x 30 =	
<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OU				x 30 =	
Frasco: Dia		Mês (x 30)		Equipo: Dia	
				Mês (x 30)	
				Obs.:	
Preencher se for reavaliação/renovação de caráter excepcional					
Estado geral do paciente		<input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Manteve <input type="checkbox"/> Piorou			
Reinternação último trimestre		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; n° dias internados:			
Alterou via de acesso		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; para qual via?			
Motivo alteração de via:					
Preencher se for APLV					
<input type="checkbox"/> AM/FI <input type="checkbox"/> Al. Comp.		% VET fórmula:		Duração do uso (meses):	
Diluição (g/porção):		Volume final/porção (mL):		N° porções/dia:	
Produtos testados (citar marca): <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> FI à base de LV: _____ <input type="checkbox"/> Soja: _____ <input type="checkbox"/>					
FEH c/lactose:		<input type="checkbox"/> FEH s/lactose:		<input type="checkbox"/> AAs livres:	
Data da avaliação: / /		Validade do relatório (3 meses): / /			
Nutricionista:				Unid. de atendimento:	

CARIMBO E ASSINATURA - NUTRICIONISTA PRESCRITOR DO PTNE

- Se necessitar, use o verso para informações complementares (carimbar e assinar).
- A solicitação de cadastro em caráter excepcional deve ser anexado relatório motivacional.
- Para APLV, informar na história clínico-nutricional período de AME, AM, sintomas às diferentes fórmulas, alimentos consumidos quando em AC e outras informações pertinentes. Para cadastro ou troca de categoria (elementar ↔ semi-elementar), anexar documento comprobatório com o histórico de fórmulas testadas e intercorrências apresentadas (cópia do prontuário ou relatório descritivo do médico assistente).



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO IV
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente:			
Data Nascimento:	/ /	Idade:	CID:
Diagnóstico clínico:			

AVALIAÇÃO CLÍNICA

História clínica
Exames complementares
<p>Grau de incapacidade funcional (Cruz Vermelha Espanhola):</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Vale-se totalmente por si mesmo; caminha normalmente.</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Realiza suficientemente as atividades da vida diária (AVD); apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional; caminha com ajuda de bengala ou similar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas; caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Impossível realizar, sem ajuda, quaisquer das AVD; capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por, pelo menos, duas pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 5- Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.</p>

DOENÇAS ASSOCIADAS

Fístulas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim → Débito <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Baixo Local:
Úlcera por pressão (decúbito) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim → Local:
Edema <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim → Local: Anasarca <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Diabetes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim HAS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Doença renal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Disfagia <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Via de administração	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> GT → <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Endoscópica
	<input type="checkbox"/> SNG/SNE <input type="checkbox"/> JT → <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Endoscópica

Data da avaliação: / /	Validade do relatório (6 meses): / /
Médico:	Unid. de atendimento:

CARIMBO E ASSINATURA
MÉDICO PRESCRITOR DO PTNED



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO V
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
RELATÓRIO SOCIAL

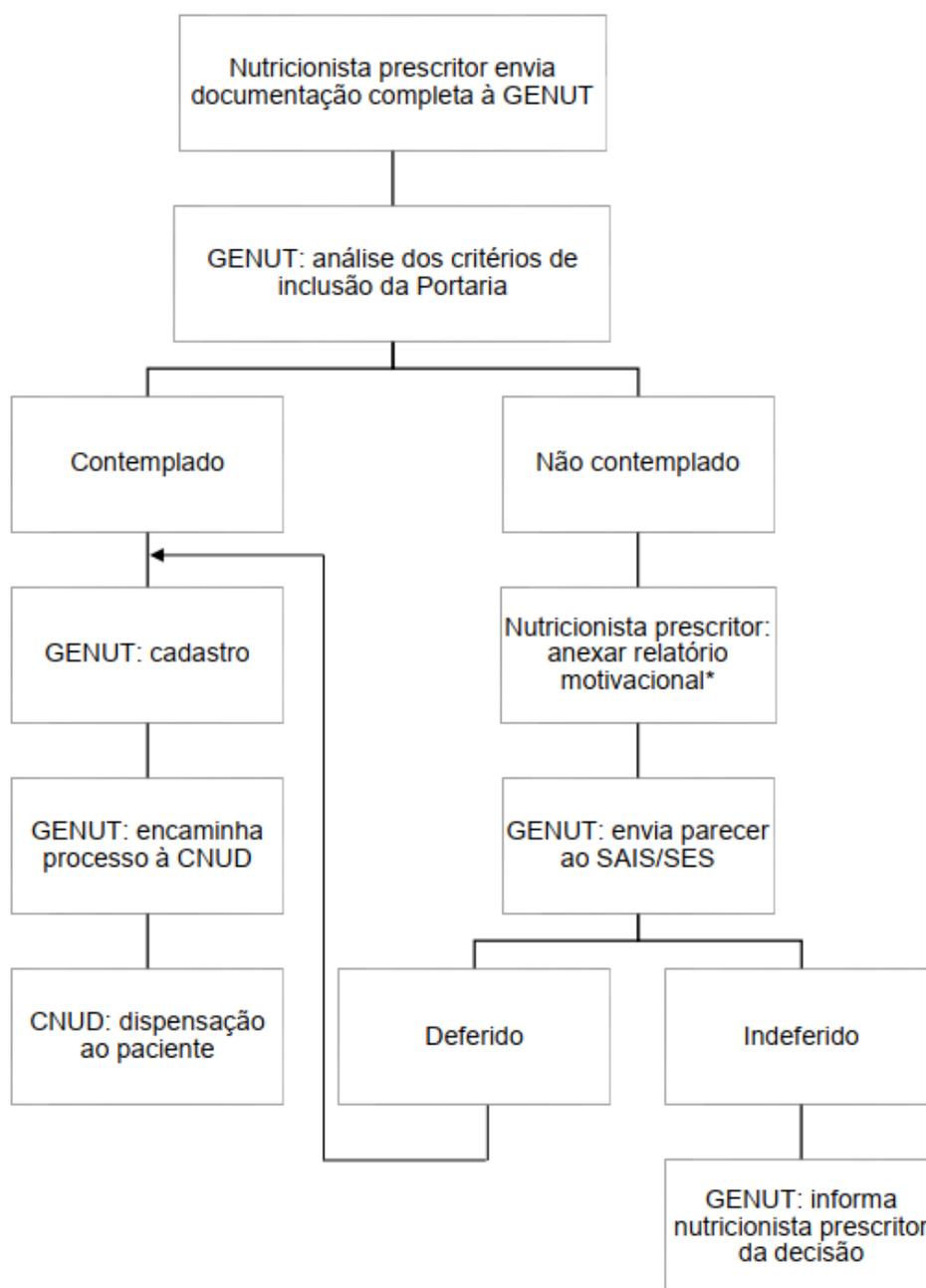
Nome do paciente:		
Data Nascimento: / /	Idade:	Telefone:
Endereço (deve ser domiciliado no Distrito Federal):		
CONDIÇÕES SOCIAIS E DOMICILIARES		
Composição familiar:		
Possui rede de apoio (vizinhos, comunidade, grupos, igreja, etc.) ou recebe acompanhamento de algum equipamento social (Assistência Social, Saúde, Previdência, Educação, Justiça, etc.)? () Não () Sim, cite:		
Família recebe algum benefício socioassistencial? () Não () Sim, cite:		
Fatores de risco ou vulnerabilidade social / determinantes e condicionantes do processo saúde-doença:		
Paciente necessita de cuidador: () Não () Sim		
CUIDADOR		
Nome:		
Data Nascimento: / /	Idade:	() Familiar () Contratado
Compartilha cuidado com outro cuidador: () Não () Sim, cite o(s) nome(s):		
HABITAÇÃO		
() Própria () Alugada () Cedida () Outro:		
Condições de moradia que possibilitem a manipulação adequada das fórmulas:		
Água potável: () Sim () Não	Energia elétrica: () Sim () Não	
Geladeira: () Sim () Não	Saneamento básico: () Sim () Não	
AVALIAÇÃO SOCIAL		
Instrumentos utilizados: () Entrevista () Visita domiciliar () Outros:		
Paciente/cuidador esclarecido, treinado e orientado para os procedimentos: () Sim () Não		
PARECER À INCLUSÃO NO PTNED		
() Favorável () Desfavorável; informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa:		
Assistente social:		
Unid. de atendimento:	Data: / /	

CARIMBO E ASSINATURA - ASSISTENTE SOCIAL



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDES E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR
GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO

ANEXO VIII
PROGRAMA DE TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR
FLUXOGRAMA DE CADASTRO



* Relatório motivacional pode ser enviado com documentação de cadastro

Anexo V – Demonstrativo do processo de solicitação de Certificado de Produto Brasileiro junto à Agência Nacional de Cinema (ANCINE)

Você está em: [Página Inicial](#) >

OBRAS NÃO PUBLICITÁRIAS - CPBs EM CADASTRAMENTO

Título Original

Organização Temporal

Ano de Produção

PESQUISAR

CPBs EM CADASTRAMENTO			
Título Original	Ano de Produção	Diretor	Ação
CUIDADOS COM A TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL	2025	NATÁLIA CAROLINA GONÇALVES CRE...	
INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DO DISTRITO FEDERAL (PTNED)	2025	NATÁLIA CAROLINA GONÇALVES CRE...	
VIDEO INFORMATIVO SOBRE O CADASTRO, ACOMPANHAMENTO E RETIRADA DOS PRODUTOS PELO PTNED	2025	NATÁLIA CAROLINA GONÇALVES CRE...	