

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Brasília

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Karina Vitor de Sousa Guimarães

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DA TERAPIA
NUTRICIONAL DOMICILIAR:
Aspectos Norteadores para uma Discussão sobre o Tema.

Brasília
2022

Karina Vitor de Sousa Guimarães

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DA TERAPIA
NUTRICIONAL DOMICILIAR:

Aspectos Norteadores para uma Discussão sobre o Tema.

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio
Silvestre Fernandes Neto

Brasília
2022

Ficha Catalográfica
Gerência Regional de Brasília
Escola de Governo Fiocruz Brasília
Biblioteca de Escola de Governo Fiocruz Brasília

G963j Guimaráes, Karina Vitor de Sousa.
Judicialização do direito à saúde no âmbito da terapia nutricional domiciliar: aspectos norteadores para uma discussão sobre o tema. / Karina Vitor de Sousa Guimaráes. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.
110 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, 2022.

Orientador: Prof. Dr. José Antônio Silvestre Fernandes Neto.

1. Direito à Saúde. 2. Terapia Nutricional. 3. Judicialização em Saúde. I. Neto, José Antônio Silvestre Fernandes. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614.2

Catálogo na fonte: Livia Rodrigues Batista / CRB1 - 3443

Karina Vitor de Sousa Guimarães

JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO ÂMBITO DA TERAPIA
NUTRICIONAL DOMICILIAR:

Aspectos Norteadores para uma Discussão sobre o Tema.

Trabalho de Dissertação apresentada à Escola
Fiocruz de Governo como requisito para
obtenção do título de mestre em Políticas
Públicas em Saúde.

Aprovado em ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Orientador: José Antônio Silvestre Fernandes Neto. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Examinador Interno: Denise Oliveira e Silva. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Examinador Externo: Rafael Mota Pinheiro. Universidade de Brasília - Unb

Examinador Suplente: Érica Ell Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Dedico esta conquista especialmente ao meu marido Fabrício Guimarães, companheiro de todos os momentos, sempre incentivando e motivando a seguir em frente, me impulsionando com seu carinho, e me fazendo sentir mais capaz do que sou. Com todo o amor e carinho, aos meus filhos Beatriz, Sofia, Pedro e Isadora, por me ensinarem a ver sempre o lado bom das coisas, por me fazerem feliz e, assim, uma pessoa melhor e, claro, por terem sido um dos principais responsáveis por esta realização.

AGRADECIMENTO

Chegou o momento de expressar os meus sinceros agradecimentos a muitos e tantos queridos familiares, amigos, colegas e profissionais, a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo.

Bem sei que faltam palavras para agradecê-los como é merecido, pela dificuldade em demonstrar a imponência do sentimento gerado pela minha gratidão, diante de todos os incentivos e contribuições que recebi. Por isso, esta etapa transcende a simples formalidade, dando um significado particular: o de constituição de uma relação recíproca de compartilhamento de anseios e ideias, gerada diante dos contratemplos, que provocaram em mim a vontade de desistir na reta final. Não foi uma caminhada simples e reta, mas sim um percurso que parecia sem fim e cheio de voltas, e hoje reconheço que esses percalços foram superados e serviram de estímulo para chegar à final, com louvor.

Os desafios foram grandes, mas as minhas motivações foram além da compreensão, capaz de transformar os breves momentos de angústia em um testemunho de fé e esperança!

Por tudo isso, agradeço primeiramente ao Deus da minha vida, por seu infinito e incondicional amor, pelas oportunidades e bênçãos concedidas, por ser meu alicerce e minha força durante todas as dificuldades enfrentadas e obstáculos que apareceram no caminho e, por ser um pai bondoso, permitindo que tudo isso acontecesse.

Qualquer palavra é insuficiente para expressar o meu agradecimento ao meu marido Fabrício. Só nós sabemos as dificuldades ultrapassadas para chegar até aqui e com certeza, sem você, nada disso teria sentido. Obrigada pelo seu apoio na realização deste estudo, seja pela compreensão nas minhas horas de ausência ou pelo incentivo de procurar sempre fazer o melhor com ética, amor e dedicação.

Aos meus filhos amados, que torceram por mais uma vitória em minha vida. Vocês são a lição mais profunda que vivi de ética, dignidade e amor. Meu especial agradecimento à minha caçula, Isadora, que nasceu e caminhou (literalmente) comigo na trajetória deste estudo, e ao mesmo tempo que transformou a minha rotina mais desafiadora, trouxe leveza, alegria e mais estímulo para continuar minha jornada, cheia de luz e gosto para minha vida, um amor especial.

Aos meus pais, Neide e Manoel, pelo amor e confiança, pelo exemplo de luta e esperança, pela motivação e apoio emocional nos momentos de insensatez e por proporcionar momentos cheios de sábias lições.

Aos meus irmãos Kleber e Kamila, e meu cunhado Jordan (o mais novo integrante da

família): agradeço o apoio incansável, por tanto carinho, pelas palavras de incentivo e a compreensão que sempre tiveram, me ajudando para que esse trabalho pudesse seguir em frente.

Às minhas amigas e hoje também nutricionistas, que Deus colocou no meu caminho e que me acompanham desde a faculdade: Cristiane, Renata e Sibebe, sou grata pela amizade e incentivo não somente a cada prova, trabalho coletivo, estágios, mas por serem âncora em todos os momentos da minha vida! Agradeço à companhia e as risadas que fizeram os meus anos de estudo mais leve e divertido.

À Escola Fiocruz de Governo, pela oportunidade de realização deste trabalho e ao corpo docente do programa pela excelência e compromisso com o conhecimento, os quais dedicam seus dias à formação de outros, acreditando na possibilidade de superação constante e que contribuíram para o meu processo de crescimento profissional e amadurecimento acadêmico, em especial, a Profa. Dra. e Nutricionista, Erika Barbosa Camargo, que durante a sua disciplina, direcionou a metodologia mais assertiva, escolhida para essa pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. e Dr. José Antônio Silvestre, pela forma competente com que me ensinou e me conduziu durante esses anos de orientação, pelo acompanhamento e incentivo nos momentos de quase renúncia. Sua dedicação, suas valiosas e incontáveis horas dedicadas a este trabalho, sua paciência em sanar as minhas dúvidas e suas intervenções que muito contribuíram para a conclusão dele.

Aos membros das bancas de qualificação e de defesa do mestrado, por apontarem os caminhos que deveria seguir na condução dessa pesquisa. Meu especial agradecimento à Profa. Dra. e Nutricionista Denise Oliveira e Silva, que me deu a oportunidade de fazer parte da tutoria do curso de especialização de Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição sob sua coordenação e ainda poder aprender com a narrativa da sua jornada, experiência e conhecimentos partilhados, por aceitar o convite em participar dessa etapa importante para a minha formação e pelas ricas sugestões apontadas na qualificação que fizeram esse trabalho ficar melhor. Seu apoio, incentivo e carisma me deram tranquilidade nesse momento de tensão.

Minha gratidão a todas as pessoas que fizeram parte da minha trajetória profissional até aqui. Não importa em qual competência vocês me lideraram, são merecedores da minha gratidão e têm um lugar especial na minha história, particularmente ao Dr. Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, por me apresentar a nutrição na sua singularidade, durante à sua gestão como diretor na Gerência-Geral de Tecnologias em Serviços de Saúde-GGTES/ANVISA, quando iniciei minha trajetória na saúde pública em 1999, ainda como

auxiliar administrativo, e tive a oportunidade de assistir às discussões sobre a Portaria RDC nº 63/2000 de Terapia de Nutrição Enteral, a qual determinou o caminho que eu decidi seguir, sendo ponto essencial pela escolha de cursar a faculdade de Nutrição. À Dra. Maria Ângela Avelar Nogueira, de modo especial, registro meu respeito, admiração e gratidão pela inestimável oportunidade que me proporcionou ao trabalhar ao seu lado e por me permitir aprender todos os dias. A vida é feita de oportunidades e você foi a responsável por me dar a maior delas, quando me convidou para trabalhar como nutricionista na Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade-CGMAC/MS (hoje CGAE/MS) com a pauta da Terapia Nutricional Hospitalar, junto à sua gestão. Obrigado por confiar em mim e no meu potencial! Ao Dr. Dan Linetzky Waitzberg, agradeço sobretudo, o privilégio de ter elucidado nesta pesquisa um tema para o qual você tanto vem contribuindo, bem como, pelo muito que me ensinou na rica contribuição sobre sua prática clínica e a produção do saber para a terapia nutricional. Profissional que admiro não somente pelos seus livros e artigos, que foram referência de estudo na faculdade, mas pela chance que tive de trabalhar no Grupo de Trabalho para revisão Resolução nº 449, de 9 de setembro de 1999 sobre alimentos para nutrição enteral na ANVISA onde pude conhecê-lo, partilhar sua visão da nutrição e ainda por ter me presenteado com o curso de especialização em nutrição clínica e terapia nutricional que foi ponto crucial para a minha formação acadêmica. Obrigada por toda dedicação e busca incansável por soluções que salvaram inúmeras vidas. Continue abrindo novas janelas para o mundo e mostrando para todos, novas maneiras de viver a realidade. E por último, mas não menos importante, à Patrícia Constante Jaime, agradeço a pessoa e profissional excepcional que você é, sua trajetória é uma inspiração para mim. Foi um privilégio trabalhar sob a sua liderança durante à sua gestão na Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição-CGAN/MS com a agenda sobre necessidades alimentares para fins especiais, sem os ensinamentos tão valiosos que recebi eu não teria sido capaz de me tornar o ser humano e profissional que sou hoje. Espero um dia poder também ser uma referência na vida profissional de alguém.

Hoje alcancei um grande objetivo e reconheço que o meu sucesso profissional nunca seria alcançado se não houvesse pessoas incríveis que estiveram comigo nesta caminhada.

Todos vocês são coautores deste trabalho.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e da persistência em chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca vencer os obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”
(José de Alencar)

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1: Procedimentos relacionados à terapia nutricional disponíveis no SUS.....	32
Quadro 2: Conceitos sobre a assistência em saúde prestada ao paciente no domicílio.....	42
Quadro 3: Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS e suas normativas.	44
Quadro 4: Modalidades de atenção domiciliar no SUS.....	47
Quadro 5: Procedimentos relacionados à atenção domiciliar no SUS.	48
Quadro 6: Detalhamento do acrônimo ECLIPSE.....	74
Quadro 7: Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.....	74
Quadro 8: Patologias discriminadas conforme a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2).	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de atendimentos e fornecimento de fórmulas nutricionais para pacientes com necessidades alimentares especiais.....	36
Figura 2: Evolução do número de processos judiciais contra a União para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas no período de 2011 a 2020.	75
Figura 3: Levantamento do número dos processos judiciais contra a União para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas em 2019, por região demográfica.....	78
Figura 4: Levantamento do número de processos judiciais contra a União para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas em 2020, por região demográfica.....	78
Figura 5: Estimativa do custo das fórmulas nutricionais industrializadas, se adquiridas pela União nos sites de compra da administração pública.	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2019, por faixa etária.	77
Tabela 2: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2020, por faixa etária.	77
Tabela 3: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2019, discriminados por patologia.....	79
Tabela 4: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2020, discriminados por patologia.....	79
Tabela 5: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2019, discriminados por tipo de fórmulas nutricionais.	82
Tabela 6: Levantamento do custo real das fórmulas nutricionais industrializadas pelo Painel de Preço (SIASG/ME), discriminadas por tipo e valor, para aquisição pela União.....	84
Tabela 7: Levantamento do custo real das fórmulas nutricionais industrializadas pelo Banco de Preços em Saúde (BPS/MS), discriminadas por tipo e valor, para aquisição pela União. ..	84

RESUMO

A desnutrição resulta da diminuição/ausência de ingestão alimentar ou absorção de nutrientes. Quando classificada como primária, isto se deve à privação de nutrientes. Já a secundária é determinada por patologias relacionadas à ingestão, digestão, absorção, metabolização e excreção do alimento, sendo evidenciada pela perda de massa muscular como um indicador de mortalidade em pacientes internados. A terapia nutricional é a principal forma de minimizar a desnutrição hospitalar ou domiciliar. O SUS não fornece fórmulas alimentares industrializadas para tratamento em domicílio, motivo que tem ocasionado o crescimento das ações judiciais para garanti-las, com base no direito fundamental à saúde preconizado na legislação nacional. O objetivo deste trabalho é analisar o fenômeno da judicialização da saúde no contexto do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar, com base em ações judiciais recebidas em 2019 e 2020, com vistas a fornecer subsídios concretos para a discussão sobre definição de uma política pública nacional sobre o tema. Realizou-se levantamento bibliográfico sobre a judicialização da saúde e o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas utilizando os descritores: atenção domiciliar, terapia nutricional domiciliar, judicialização da saúde que foram exportados para a plataforma Mendeley e selecionados aqueles cujos temas correspondiam ao tema. Para a disponibilização de dados sobre judicialização de fórmulas nutricionais industrializadas foram utilizados os relatórios de gestão anuais do MS, além de solicitação feita por meio da Lei de Acesso à Informação - LAI. Para a estimativa de custo das fórmulas foram realizadas buscas nos sites de compras da administração públicas BPS/MS e SIASG/ME, além dos valores contidos nos processos judiciais. Foram excluídas as solicitações de fórmulas para APLV, pois já existe uma iniciativa do MS para inclusão no SUS. O levantamento mostrou que em ambos os anos, a maioria dos demandantes eram crianças, com maior procedência na região Nordeste e com doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais e com doenças neurológicas. Em relação ao custo das judicializações, em 2019, 276 processos foram submetidos à apreciação do Ministério da Saúde, o que gerou um custo global no valor de R\$ 109.093,84, considerando um custo médio de R\$ 395,26 para cada pleito. No entanto, o custo médio calculado a partir dos valores obtidos nos sites de compra da administração pública foi de R\$ 0,03 cada. Verificou-se então que, se os mesmos 276 processos fossem custeados sem a inclusão dos custos indiretos, resultariam em R\$ 8,28, o que representa uma redução de 99,99%. Em 2020, por sua vez, não foram encontrados dados públicos a respeito do custo das judicializações referente aos 157 processos submetidos ao MS. Diante disso, é possível concluir que a implantação de um programa de fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a terapia nutricional domiciliar é uma forma de ampliar e melhorar a assistência a esse tipo de usuário, gerindo melhor os recursos públicos destinados à implantação de políticas públicas em saúde, tendo em vista a diminuição da judicialização para este tipo de demanda.

Palavras-Chave: Desnutrição. Judicialização em Saúde. Terapia Nutricional Domiciliar.

ABSTRACT

Malnutrition results from decreased/absence of food intake or nutrient absorption. When classified as primary, this is due to nutrient deprivation. The secondary is determined by pathologies related to ingestion, digestion, absorption, metabolism and excretion of food, being evidenced by the loss of muscle mass as an indicator of mortality in hospitalized patients. Nutritional therapy is the main way to minimize hospital or home malnutrition. The Brazilian System for Public Health (SUS) does not provide industrialized food formulas for home treatment, which has led to the growth of lawsuits to guarantee them, based on the fundamental right to health advocated in national legislation. The objective of this work is to analyze the phenomenon of the judicialization of health in the context of the supply of industrialized nutritional formulas for carrying out nutritional therapy at home, based on lawsuits received in 2019 and 2020, with a view to providing concrete subsidies for the discussion about the definition of a national public policy on the subject. A bibliographic survey was carried out on the judicialization of health and the supply of industrialized nutritional formulas using the descriptors: home care, home nutritional therapy, health judicialization that were exported to the Mendeley platform and those whose themes corresponded to this study were selected. For the availability of data on the judicialization of industrialized nutritional formulas, Brazilian Ministry of Health's annual management reports were used, in addition to a request made through the Access to Information Law - LAI. In order to estimate the cost of the formulas, searches were carried out on the BPS/MS and SIASG/ME purchase websites of the public administration, in addition to the amounts contained in the lawsuits. Requests for formulas for APLV were excluded, as there is already an initiative from the Health Ministry for inclusion in the SUS. The survey showed that in both years, most of the claimants were children, with greater origin in the Northeast region of Brazil and with endocrine, metabolic, nutritional and neurological diseases. Regarding the cost of judicializations, in 2019, 276 cases were submitted to the Ministry of Health for consideration, which generated an overall cost of BRL 109,093.84, considering an average cost of BRL 395.26 for each lawsuit. However, the average cost calculated from the values obtained on the public administration purchase websites was R\$ 0.03 each. It was then verified that, if the same 276 processes were funded without the inclusion of indirect costs, they would result in R\$ 8.28, which represents a reduction of 99.99%. In 2020, in turn, no public data were found regarding the cost of judicializations for the 157 cases submitted to the Health Ministry. In view of this, it is possible to conclude that the implementation of a program to supply industrialized nutritional formulas for home nutritional therapy is a way of expanding and improving assistance to this type of user, better managing public resources destined to the implementation of public policies in health, in view of the reduction of judicialization for this type of demand.

Keywords: Malnutrition. Judicialization in Health. Home Nutrition Therapy

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	22
2.1. Objetivo Geral.....	22
2.2. Objetivos Específicos	22
3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	23
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / REVISÃO DA LITERATURA.....	24
4.1. Terapia Nutricional no Sistema Único de Saúde	24
4.1.1. Alimentação, Nutrição e Terapia Nutricional.....	24
4.1.2. Terapia Nutricional Hospitalar	30
4.1.3. Terapia Nutricional Domiciliar	34
4.1.4. O Uso de Fórmula Nutricionais na Terapia Nutricional Domiciliar	37
4.2. A Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde	39
4.2.1. A Internação Domiciliar como Continuidade da Assistência.....	39
4.2.2. Atenção Domiciliar do SUS no Contexto da Terapia Nutricional Domiciliar	42
4.3. Direitos Humanos no Contexto da Terapia Nutricional Domiciliar.....	50
4.3.1. A Relação da Segurança Alimentar e Nutricional com a Terapia Nutricional.....	50
4.3.2. Direito Humano à Alimentação Adequada.....	53
4.3.3. A Política Nacional de Nutrição e Alimentação e sua interface com a Terapia Nutricional Domiciliar.....	56
4.4. A Judicialização da Saúde como meio de acesso à Terapia Nutricional Domiciliar pelo SUS.....	57
4.4.1. O controle judicial de políticas públicas.....	57
4.4.2. A concessão do direito à saúde por meio da judicialização	61
4.4.3. Experiências exitosas: implantação de programas municipais de fornecimento de fórmulas nutricionais como uma estratégia de saúde pública.	66
5. METODOLOGIA.....	70
5.1. Descrição do estudo e coleta de dados	70
5.2. Estratégia de busca e seleção dos artigos.....	71
5.3. Instrumentos de Coletas de Dados	71
5.4. Desenho do estudo, critérios de inclusão e de exclusão e delineamento da pergunta de pesquisa	73
5.5. Análise e interpretação dos dados.....	74

5.6. Aspectos éticos.....	75
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS.....	101
ANEXO A – Relação dos custos das fórmulas nutricionais disponíveis no Banco de Preços em Saúde (BPS/MS)	101
ANEXO B – Relação dos custos das fórmulas nutricionais disponíveis no Painel de Preços (SIASG/ME).....	102
ANEXO C – Quantitativo de visitas domiciliares realizadas em 2019 e 2020 disponíveis no Tabnet/Datasus/MS	104

1. INTRODUÇÃO

O corpo humano exige nutrientes necessários e indispensáveis à saúde. Na perspectiva clínica, a energia fornecida pela alimentação variada e em quantidades adequadas garante a manutenção satisfatória, o desempenho e o funcionamento da estrutura corporal, além de promover a individualização e os mecanismos de defesa tecidual. Muitas doenças em tratamento exigem do organismo um aporte nutricional adequado, ou seja, uma ingestão alimentar satisfatória e administração de medicamentos eficazes e seguros¹.

A desnutrição é um estado de saúde resultante da diminuição e/ou ausência de ingestão alimentar ou absorção de nutrientes, que altera a composição corporal e a massa celular corporal, que traz prejuízo à função física e mental². A classificação etiológica da desnutrição se dá conforme sua origem ou gravidade. Quanto à origem, pode ser primária caso a oferta e/ou disponibilidade de alimentos são insuficientes, diretamente ligada à pobreza (privação de nutrientes); e secundária que, a despeito de uma oferta adequada de alimentos, existem condições que impedem a nutrição eficiente, determinada por patologias que acometem os processos relacionados à ingestão, digestão, absorção, metabolização e excreção destes³. Esta última, objeto deste estudo, é evidenciada principalmente pela perda de massa muscular⁴, que se torna também um indicador para mortalidade, pois torna o indivíduo mais suscetível a complicações graves⁵, sendo mais comuns entre pacientes internados⁶. Há diversos estudos que mostram sua associação à maior incidência de complicações resultante em piora do quadro clínico, tempo de internação elevado e aumento no custo hospitalar⁷. Nesse sentido, a Terapia Nutricional (TN) adequada, acompanhada por uma Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) composta por profissionais habilitados e com treinamento específico para a prática da TN, é a principal forma de minimizar a desnutrição do paciente internado^{8,9}.

A TN é definida pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 503, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), publicada em 27 de maio de 2021, no seu Art. 3^a, item XI, como¹⁰:

Art. 3^o Para efeito desta Resolução, são adotadas as seguintes definições:

XI -Terapia Nutricional (TN) – é um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

A Nutrição Enteral, por sua vez, é definida no item XI do mesmo Artigo 3^o desta RDC, como¹⁰:

XI -Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de

nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Os procedimentos da Terapia Nutricional incluem os suplementos nutricionais orais (ONS) com a finalidade de fornecer nutrientes adicionais, substâncias bioativas, enzimas ou probióticos em complemento à alimentação. São definidos como alimentos para fins especiais, formulados ou processados, atendendo às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas¹¹.

Nos cuidados em TN, a dieta pode ser administrada por via enteral e parenteral, no entanto, a via enteral inclui a via oral (Nutrição Enteral Via Oral - NEVO) e o acesso alternativo ao sistema digestório via sondas e ostomias¹². A dieta administrada por via oral deve ser preferência naqueles pacientes em que esta não é contraindicada e que conseguem ingerir entre 55 e 60% das suas necessidades nutricionais por esta via. Caso o paciente não atinja essa quantidade, é recomendado iniciar terapia nutricional oral (TNO) com o uso de suplementação nutricional oral (ONS)^{13,14}, no entanto, para que apresente êxito ela deve ser feita após avaliação nutricional e análise de indicação¹⁵.

A TN utiliza fórmulas nutricionais industrializadas ou artesanais (caseiras) no tratamento do paciente. Quando a sua oferta é realizada no âmbito domiciliar é classificada como Terapia de Nutrição Domiciliar (TND)¹². Pode ser definida como assistência nutricional e clínica oferecida ao paciente em seu domicílio, com a finalidade de recuperar/tratar ou manter a saúde no seu estado absoluto, considerando a funcionalidade e comodidade do paciente. Ela está, portanto, associada à redução de custos assistenciais¹⁶. A TND inclui a oferta da dieta por via oral, enteral ou parenteral e deve ser parte do acompanhamento clínico de pacientes de média e alta complexidades. É considerada segura, quando bem indicada e monitorada pela equipe especializada, chamada Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional (EMTN)¹⁶.

Nesse ponto de vista, a desospitalização é um tema de relevância social, com objetivos institucionais voltados a tornar um processo mais eficaz e menos dispendioso, além de propor melhorar a qualidade de vida dos usuários, aumentar a oferta de leitos hospitalares, reduzir as intercorrências clínicas, diminuir o tempo de internação e, logo, a permanência hospitalar¹⁷.

Na prática clínica, após indicação de internação domiciliar ou indicação de uso de fórmulas nutricionais para recuperar ou estabilizar o quadro clínico do paciente, observa-se que muitos destes não dispõem de recursos financeiros suficientes para arcar com o alto custo

das fórmulas nutricionais industrializadas e não contam com apoio do Estado ou do Município, por meio de programas de políticas públicas de saúde para adquiri-las. Assim, aderem a fórmulas artesanais, também chamada dietas caseiras, que são manipuladas no domicílio, para dar andamento ao tratamento com a TND¹⁸. Isto ocorre frequentemente sem a capacitação dos cuidadores e sem as orientações apropriadas, o que propicia um risco de contaminação pela manipulação inadequada, além de perdas significativas de nutrientes ocasionadas pela má administração das dietas¹⁹.

Desse modo, muitas destas fórmulas artesanais, nem sempre são nutricionalmente adequadas²⁰. São preparadas com alimentos *in natura*, que fazem parte do consumo familiar no domicílio, diluídos, liquidificados e peneirados. O cuidador geralmente não segue as medidas caseiras durante o preparo e não respeita o tempo de cocção, prejudicando a sua composição nutricional²¹, propiciando um aumento no risco de desnutrição e comorbidades como pneumonias, anemia, infecção do trato respiratório e urinário²², além de contribuir para a reinternação hospitalar²³.

No SUS, a Atenção Básica (AB) enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços, é porta de entrada e centro de comunicação entre os diferentes serviços e equipes de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹².

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde, planejada com a finalidade de reduzir o período de internação hospitalar, de forma humanizada e com incentivo à ampliação da autonomia dos usuários²⁴. Faz parte da RAS e compreende ações de promoção da saúde, tratamento e prevenção de doenças, além da garantia da assistência à saúde e o cuidado integral no domicílio do paciente¹² da reorganização do processo de trabalho das equipes, com intuito de reduzir a demanda por atendimento hospitalar²⁵.

Como consequência às demandas demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais, essa modalidade de atendimento vem crescendo e conquistando espaço para atender à necessidade de sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde e pela busca de uma proposta de cuidado que promova maior qualidade de vida aos usuários e às suas famílias²⁶.

Nesse sentido, tem-se como um bom exemplo a implantação do Programa Melhor em Casa, que trouxe um modelo de atendimento profissional diferenciado, considerando as especificidades e necessidades do paciente. Nele, presta-se assistência àqueles que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de se deslocar do domicílio até uma unidade de saúde, ou ainda àqueles que estejam em situações nas quais a AD é a mais indicada para o seu tratamento¹². No entanto, o fornecimento de fórmulas nutricionais para a realização da TND não está contemplado no programa.

A assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS) é composta por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Esses serviços ofertam a Terapia Nutricional Enteral (TNE) e a Terapia Nutricional Parenteral (TNP), utilizam fórmulas nutricionais industrializada para pacientes internados em âmbito hospitalar, os quais são habilitados pelo Ministério da Saúde, conforme preconiza a Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009, que regulamenta o custeio dessas fórmulas²⁷. No entanto, as formulações são destinadas apenas à administração por sonda via enteral e parenteral, não contemplando fórmulas nutricionais para uso por via oral, como também não incluem a suplementação nutricional oral.

Alguns estados e municípios possuem sua rede de saúde organizada e fazem o acompanhamento de pacientes com necessidades alimentares especiais, internadas no âmbito domiciliar, os quais utilizam protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas próprios, que podem fornecer fórmulas nutricionais industrializadas para uso oral e enteral²⁸.

Atualmente, há uma diversidade de fórmulas nutricionais industrializadas disponíveis no mercado. Essas fórmulas são elaboradas com composições nutricionais específicas quimicamente calculadas e adequadas e oferecem a vantagem de reduzir a necessidade de manipulação, minimizando o risco de contaminação microbiológica. Entretanto, elas são de alto custo, o que impossibilita a sua aquisição por famílias de baixa renda para darem continuidade do tratamento no âmbito domiciliar²¹.

Essa situação traz, em síntese, a reflexão sobre o direito humano à alimentação adequada que trata da disponibilidade, adequação, acesso físico, econômico e estável aos alimentos, respeitando a dignidade humana. Porém, para que o indivíduo seja beneficiado com esses elementos, é necessária a implementação de uma política pública de segurança alimentar com a participação de outros setores²⁹.

Nessa perspectiva, quando se fala em adequação, esse termo traz o conceito estabelecido nas Leis da Alimentação, criada pelo médico nutrólogo Pedro Escudeiro, conhecido como um dos pioneiros no estudo da nutrição, que firmou quatro leis que regem uma alimentação saudável, sendo elas: lei da quantidade, lei da qualidade, lei da harmonia e lei da adequação³⁰. Esta última indica que a alimentação deve se adequar às necessidades de cada indivíduo, respeitando as suas características, considerando os ciclos da vida, o estado fisiológico, o estado de saúde, os hábitos alimentares (deficiência de nutrientes) e as condições socioeconômicas e culturais, pois em cada uma destas fases, é imprescindível que haja uma adequação dos alimentos³¹.

Ora, indispensável no rol dos direitos consagrados na Constituição Federal, o direito fundamental a uma alimentação adequada está previsto no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DHAA). É um mister do poder público adotar as políticas e ações necessárias para promover e garantir a Segurança Alimentar e Nutricional da população²⁹.

O direito à alimentação adequada é um direito humano pertencente a todas as pessoas, cuja finalidade é dar acesso regular, permanente e integral, seja ela de forma direta ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, respeitando às tradições culturais e garantindo uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva³².

Assim, faz-se necessário incluir este direito na formulação e implementação de políticas públicas, considerando que é responsabilidade do Estado formular e implementar normativas que possibilitem a efetiva concretização de SAN e o DHAA de sua população^{33,34}.

Essa inclusão requer envolvimento e dedicação de representantes da União, representada pelo Ministério da Saúde, para iniciar discussões e tomar decisões sobre essa temática, contudo, isto ainda não é uma agenda prioritária da União, por isso, tem-se observado nos últimos anos, um crescimento acelerado das ações judiciais impetradas em desfavor do SUS em busca desse direito, as quais incluem a dispensação de medicamentos e/ou fornecimento de fórmulas nutricionais para pacientes internados no âmbito domiciliar ou em tratamento com uso de alimentos para fins especiais (suplementações e fórmulas específicas). Essa tentativa de obter o direito à saúde por meio de ações judiciais, a maioria das vezes por questões financeiras e ainda pela ausência de uma política pública, chama-se judicialização da saúde.

Embora a judicialização da saúde seja um direito legal, quando há decisão favorável ao cidadão, compromete a alocação coerente de recursos públicos, em que os direitos individuais se colocam sobre os direitos coletivos, o que gera injustiças de acesso à saúde³⁵, numa dinâmica perniciosa em que o paciente, ao judicializar o direito à saúde, é beneficiado em detrimento a outros na mesma condição de saúde.

Obter o direito de acesso à Terapia Nutricional Domiciliar por meio da judicialização da saúde é assunto pouco investigado cientificamente. A discussão sobre as demandas judiciais que tratam do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas requer a análise sobre políticas públicas de saúde já implementadas que perpassam pela dimensão do orçamento público, em que as verbas para as despesas oriundas da administração pública são destinadas a fins específicos.

O Poder Judiciário, ao ser acionado, tem a obrigação de agir para obedecer ao rol dos

direitos sociais colocados em questão, quando não cumpridos. No entanto, o fazem sem a devida menção ao suprimento de uma lacuna quanto à implementação de políticas públicas de saúde que tratem do financiamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para prover uma gestão do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas. Este fenômeno crescente de judicialização expressa a interpretação de que demandas com grande impacto político ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais³⁷.

Nessa perspectiva, falar do custo da terapia nutricional domiciliar, especificamente sobre o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, adquiridas por meio da judicialização da saúde, produz ponderações dentre o elevado número de ações requerendo tal direito e a viabilidade de uma proposta de política pública de saúde que o contemple, por meio da gestão pública participativa que inclua discussões institucionais e transversais, promovidos com a participação dos Poderes constituídos, da sociedade civil, de especialistas e representantes acadêmicos.

Circunscrita a essa realidade, esta pesquisa, de natureza empírica e quantitativa, do tipo bibliográfico e documental tem por objeto demonstrar o fenômeno da judicialização da saúde no contexto do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas e alimentos para fins especiais (suplementação), adquiridas por meio da judicialização da saúde, em processos movidos contra a União, nos anos de 2019 e 2020. Pretende ainda demonstrar a forma como a política pública de saúde está sendo aplicada aos usuários do Sistema Único de Saúde nessa temática e demonstrar como se dá a atuação do Poder Judiciário nesse quesito.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar o fenômeno da judicialização da saúde no contexto do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar, com base em ações judiciais recebidas em 2019 e 2020, com vistas a fornecer subsídios concretos para a discussão sobre definição de uma política pública nacional sobre o tema.

2.2. Objetivos Específicos

- Construir um arcabouço teórico-conceitual sobre o tema da Terapia Nutricional Domiciliar (TND) e suas interfaces com a ciência da Nutrição;

- Descrever o fenômeno da judicialização da saúde, a partir dos seus conceitos e suas interconexões com o tema dos direitos humanos, direito à saúde, segurança alimentar e nutricional e formulação de políticas públicas;
- Identificar a quantidade e os custos associados aos processos judiciais recebidos no Ministério da Saúde que pleiteiam as fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar, solicitadas no ano de 2019 e 2020, recebidos no Ministério da Saúde;
- Compilar experiências exitosas com a implantação de programas fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas em âmbito municipal, destacando, a partir destas, um rol de etapas desejáveis para a criação de um Programa com financiamento federal para o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas.

3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) não garante o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para pacientes internados em casa, fato que pode interferir na efetividade da terapia nutricional domiciliar, agravando o prognóstico destes pacientes que dela dependem, perante a falta de nutrientes essenciais para a sua recuperação. Em razão disso, nos últimos anos, tem ocorrido um crescimento acelerado de ações judiciais, as quais incluem os tratamentos de saúde mais complexos que contêm a dispensação de medicamentos e o fornecimento de alimentos para fins especiais, materiais e insumo como: cateteres, frascos de alimentação, fraldas descartáveis, sondas, dentre outros.

No Brasil ainda são pequenas as iniciativas no fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para pacientes internados no âmbito do domicílio. Contudo, devido à grande demanda de processos e os custos envolvidos advindos de judicialização, alguns municípios, incentivados pela gestão local, estabeleceram protocolos e diretrizes próprias no intuito de obter o resultado esperado com o menor custo possível, mantendo a qualidade e buscando a agilidade na prestação do serviço.

O fenômeno da necessidade de judicializar o direito à saúde em si já traz um prejuízo aos cofres públicos, porém a questão se agrava não só pelas determinações impostas ao SUS, mas também pelos custos acrescentados relacionados aos pedidos de antecipação de tutela ou liminares que muitas vezes estão incluídos nos processos e que, se não cumpridos, podem

acarretar multa diária, como também determinar o cumprimento por terceiros ou até a prisão por desobediência.

Outro fator a ser considerado se dá em relação às prescrições impostas nas ações judiciais, que geralmente indicam o nome comercial dos produtos, quando deveriam indicar somente sua composição nutricional. O uso do nome comercial induz à escolha do produto pelo paciente ou pelo Poder Judiciário que acompanha o processo, sem opção para distinguir se há outras opções de fórmulas nutricionalmente similares disponíveis no mercado, igualmente eficazes, porém de menor custo²⁴.

Nota-se que as ações judiciais tendem a individualizar a assistência, privilegiando o direito individual, que prevalece sobre o coletivo. Isto cria, inclusive, uma distorção, pois possibilita que algumas demandas sejam atendidas antes de outras idênticas que já existiam antes. Este é um prejuízo não apenas para a coletividade, mas para a gestão e para a implementação das políticas nos diversos níveis de atenção à saúde²⁵.

Embora a União, representada pelo Ministério da Saúde, tenha a capacidade técnica para auxiliar a tomada de decisão em relação à judicialização da saúde, grande parte de processos judiciais e de projetos de leis foram deferidos sem o conhecimento técnico devido, produzindo direito aos pacientes do SUS sem levar em consideração o orçamento público.

Com isso, esse estudo desenhou-se em torno da necessidade de trazer uma reflexão sobre a concessão de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional ofertada à pacientes internados no âmbito do domicílio, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da judicialização, como insumo para contribuir e provocar uma discussão de formulação de uma política pública de saúde sobre essa temática, de maneira regulada e organizada.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA / REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Terapia Nutricional no Sistema Único de Saúde

4.1.1. Alimentação, Nutrição e Terapia Nutricional

Para compreender as consequências relacionadas à judicialização da saúde que ocorrem a fim de garantir o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização de terapia nutricional no âmbito do domicílio é preciso discorrer sobre o panorama das temáticas de alimentação, nutrição e terapia nutricional e suas associações, conceitos e diferenças no campo do direito e da segurança alimentar, pautados nos três pilares, a saber: a disponibilidade dos alimentos, o acesso das pessoas a eles e o consumo adequado do ponto de vista nutricional.

A área do conhecimento que trata a Ciência da Nutrição é ampla, além de multidisciplinar e interprofissional. Nela, estão contidas as bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição que engloba informações e condutas nas diferentes fases da vida e envolve fatores relacionados à saúde e à doença¹⁷⁴.

Diversos estudos e experiências práticas mostram que os alimentos consumidos quando digeridos, absorvidos e metabolizados, ou seja, quando seguem o fluxo natural da fisiologia humana, garantem a boa nutrição que é fundamental à saúde, ao aprendizado, à capacidade de mobilidade, ligados diretamente ao desenvolvimento físico e mental de todas as pessoas. Assim como também a falta de alimento ou de determinados nutrientes em quantidade e/ou qualidade é causador de distúrbios ou carências nutricionais como consequências da falta ou do excesso dos nutrientes e, nesse sentido, dos distúrbios patológicos responsáveis por quadros de desnutrição clínica¹⁷⁴.

A boa nutrição é fundamental em todas as fases da vida: gestação, infância e adolescência, na fase adulta e velhice, por ser capaz de prevenir e tratar diversas doenças. Durante a gestação, é importante estar atento às necessidades nutricionais que estão mais elevadas, para atender a demanda de nutrientes que o bebê precisa para o seu desenvolvimento. Já na infância, a nutrição direciona o seu foco para o crescimento e desenvolvimento adequado e à formação dos hábitos alimentares, sendo nessa fase em que se dá a introdução da alimentação complementar inerente ela. A adolescência compreendida entre 10 e 19 anos é onde ocorre a puberdade e as mudanças hormonais mais acentuadas, nesta fase as necessidades de nutrientes aumentam devido ao rápido desenvolvimento, no entanto, é marcada também pela grande lacuna entre as refeições ou até ausência delas, pelo livre acesso a fast foods e ainda as dietas da moda, fazendo com que a educação alimentar e nutricional dos adolescentes seja uma tarefa desafiadora para pais e profissionais de saúde. Na fase adulta, tem-se o crescimento e a formação corporal do indivíduo estruturada, por isso, utiliza-se ferramentas e técnicas antropométricas, para identificar possíveis doenças ligadas a alimentação inadequada, nesta fase também se observa fatores hormonais específicos inerente a ela. E na velhice, é preciso estar atento a perda ou diminuição do olfato, paladar, da massa magra, ao sedentarismo, aos hábitos alimentares inadequados, à hidratação, à capacidade cognitiva e integração social que tem interface com a nutrição, elaborando assim estratégias para promover uma melhor qualidade de vida¹⁷⁴.

O Guia Alimentar para a População Brasileira propõe que uma alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve os aspectos biológicos e sociais do indivíduo, devendo estar em acordo com as necessidades alimentares especiais³⁸.

A terapia nutricional é definida na primeira diretriz “Organização da Atenção Nutricional”, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), como cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados³⁹.

Em termos de normatização, a Portaria SVS/MS nº 29, de 13 de janeiro de 1998 regulamenta e conceitua os alimentos especialmente como formulados ou processados, com modificações no conteúdo de nutrientes, adequados às dietas, diferenciadas e ou opcionais, atendendo às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas¹¹.

Da mesma forma, a Portaria SVS/MS nº 449, de 09 de setembro de 1999 regulamenta e conceitua alimento para situação metabólica especial para nutrição enteral ou oral formulado para distúrbios da digestão e/ou absorção de nutrientes. Considera-se⁴⁰:

Alimentação para Nutrição Enteral alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas”.

No dia 10 de junho de 1999, com a publicação da Portaria GM nº. 710, a alimentação e nutrição foi reconhecida como um requisito básico de promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação do potencial pleno do desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Contudo, a história da alimentação permeia por práticas desenvolvidas durante anos, observando que as mudanças e introduções de novos alimentos são consideradas fatores determinantes à modificação dos hábitos alimentares, em consequência ao processo de evolução humana e industrialização^{41,42}.

Nessa perspectiva, os hábitos alimentares trazem consequências: quando a alimentação é ofertada de forma equilibrada, ou seja, com alimentos que contenham determinados grupos alimentares, fornece os nutrientes essenciais ao adequado funcionamento do corpo, mas a ausência de alimentos que contenham esses nutrientes ou a insuficiência na sua composição, indica a possibilidade de provocar deficiências nutricionais⁴³.

Estudos realizados nos últimos trinta anos apontam que paralelamente à redução rápida dos casos de desnutrição, a sociedade vive um aumento no número de casos de sobrepeso e obesidade, caracterizada pelo processo de transição nutricional da população brasileira⁴⁴.

Esse processo deu lugar às doenças relacionadas à alimentação e à nutrição e dentre as principais, se destacam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que atualmente representam um problema de saúde pública. Estas trazem um desafio para os sistemas de saúde devido às consequências econômicas e sociais que comprometem os recursos da saúde do país⁴⁵.

Tendo isso em vista, o SUS abarca em suas ações o compromisso com a erradicação da fome, implementando estratégias para a redução da desnutrição e das deficiências nutricionais e com a promoção da alimentação saudável frente o plano de governo alusivo a institucionalidade como uma política de Estado conduzida pelos princípios de participação social e da intersetorialidade⁴⁶.

Moura⁴⁷ enfatiza que a ingestão de determinados alimentos em quantidade e qualidade adequadas, garante a recomendação de nutrientes (macro e micronutrientes) fundamentais para o funcionamento regular do sistema imunológico, no intuito de eliminar os agentes agressores e garantir a integridade estrutural e funcional do organismo. No entanto, em casos de falta ou excesso de um ou mais nutrientes, esta integridade pode ser prejudicada tendo como consequência um desequilíbrio no estado nutricional e possível necessidade de suplementação. Assim como a ausência da ingestão de alimentos causam efeitos negativos, tais como a desnutrição, a ingestão excessiva pode levar a condições como o sobrepeso e a obesidade, ainda, podendo ocasionar outras doenças pela contaminação dos alimentos e o agravamento das doenças crônicas.

Quando se aborda o tema desnutrição ou deficiência nutricional, é importante destacar que Desnutrição, Fome e Pobreza são frequentemente conceituados na literatura como sinônimos. No entanto, não o são. Dos três problemas, a pobreza talvez seja o mais fácil de definir. Monteiro⁴⁸ descreveu em um estudo, as discordâncias existentes entre esses termos conceitualmente para demonstrar as inter-relações entre elas. Para o autor, a pobreza tem uma proporção mais abrangente e habitualmente mensurada através da renda para suprir as necessidades básicas como alimentação, moradia, lazer, vestuário, saúde, educação, dentre outras. Assim, famílias e indivíduos são considerados pobres quando são classificados abaixo da linha da pobreza, isto é, atingem um nível crítico de renda, insuficiente para arcar com essas necessidades básicas.

Gillespie⁴⁹ aborda o tema de modo bastante simples, para ele a pobreza é caracterizada por uma condição de não satisfação de necessidades humanas básica como comida, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, dentre outras. A desnutrição apresenta várias modalidades, são doenças causadas pela alimentação insuficiente em energia e nutrientes,

como também o inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos, geralmente estimulado por doenças de base, em particular, doenças infecciosas.

Na visão de Monteiro⁴⁸, é necessário distinguir a fome aguda, momentânea, da fome crônica, permanente. Destacar que a fome pode se evidenciar na forma aguda que corresponde a ausência do alimento, ou seja, prevalece à urgência de se alimentar, e não é relevante para a discussão que se trava aqui; ou crônica, a que interessa neste trabalho, que corresponde a oferta insuficiente da alimentação diária tendo como consequência a desnutrição. As mais variadas categorias de deficiências nutricionais ou a ausência de nutrientes essenciais na alimentação podem ser vistos como desnutrição, que se manifesta na forma de doenças originadas no aporte alimentar com carências específicas.

Kumar⁵⁰ destaca que existem diferentes denominações atribuídas às manifestações da fome, tais como a desnutrição, desnutrição energético-protéica, subnutrição, ou má-nutrição protéico-calórica. No entanto, a despeito da denominação seguida, elas significam o manifesto fisiológico e metabólico em decorrência da insuficiência por um longo período da ingestão de carboidratos, lipídios e proteínas, os quais são nutrientes essenciais.

Desnutrição em ambiente hospitalar é uma condição que permanece bastante prevalente nomeada Desnutrição Associada a Doença (DAD). Estudos desenvolvidos a nível mundial têm crescido exponencialmente e todos eles revelam que a prevalência de DAD é elevada e oscila entre os 20-60% na admissão hospitalar^{51,52} e cerca de 10% na comunidade. A patologia em si é a condição mais importante da DAD, contribuindo conforme a gravidade e a localização dela^{52,53}. A resposta metabólica à doença corresponde a redução na ingestão alimentar, na má absorção ou no aumento das perdas de nutrientes e também no aumento do gasto energético^{52,53,54}. A perda de peso é percebida então como o principal sinal da desnutrição^{51,52,54} devido à depleção de massa muscular e de massa gorda^{52,54} e assim, associa-se a agravos como um maior risco de infecções e de disfunção de órgãos⁵¹, como também a um aumento significativo da morbidade e mortalidade e consequente aumento dos custos com os cuidados de saúde⁵⁵.

Nessa abordagem, a terapia nutricional enteral e parenteral tem um papel fundamental para pacientes internados, no intuito de prevenir a desnutrição energética e/ou protéica, de vitaminas e de minerais, além de determinar a forma mais adequada das necessidades nutricionais do paciente, uma vez que ela está principalmente relacionada a doenças crônicas, insuficiência renal, insuficiência respiratória, problemas gastrointestinais, transtornos alimentares, AIDS e no pós-operatório de grandes cirurgias⁵⁶.

A terapia nutricional é uma abordagem fundamental nos cuidados oferecidos ao paciente crítico, considerando as evidências científicas que comprovam que o estado nutricional interfere diretamente na sua evolução clínica⁵⁶.

O paciente desnutrido fica mais suscetível a doenças e esta condição altera o curso da doença de várias maneiras, pois influencia diretamente os processos fisiológicos e bioquímicos deste, prejudica a resposta imunológica, as funções musculares e respiratórias, retarda a cicatrização, aumenta as complicações, prolonga a reabilitação e aumenta a duração da permanência hospitalar e a mortalidade⁵⁷.

Nesse estágio, o paciente crítico sofre uma série de alterações hormonais e a oferta de energia e nutrientes pode reduzir as consequências do catabolismo exacerbado, melhorando a sua evolução clínica⁵⁸.

A desnutrição relacionada à doença é um problema de saúde pública que afeta entre 20% e 50% dos pacientes hospitalizados. Essa variação da prevalência da desnutrição possivelmente se deve à diversidade das populações estudadas, aos diferentes métodos diagnósticos utilizados e aos diversos cenários de internação hospitalar⁵⁹.

No Brasil, estima-se uma incidência de 37,25% dos pacientes que vem a apresentar desnutrição durante a internação, de acordo com a metanálise de incidência desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral-BRASPEN.

As fórmulas nutricionais utilizadas na realização da terapia nutricional ofertam nutrientes por meio de dietas líquidas administradas por sondas gástricas ou intestinais, de forma isolada ou em conjunto com alimentos ingeridos por via oral. Cunha et.al destaca que “além da indicação clássica da NE para pacientes com incapacidade de deglutição e anorexia persistente, os avanços tecnológicos contínuos e os conhecimentos da fisiopatologia gastrointestinal permitiram estender seus benefícios aos pacientes criticamente enfermos, com graves distúrbios do aparelho digestivo, além dos casos em que há necessidades específicas de nutrientes.” Essa afirmação demonstra a relevância da utilização dessas dietas enterais, contendo composição especializada, para o tratamento de determinadas doenças como justificativa terapêutica^{175,176}.

Nesse sentido, para garantir a qualidade microbiológica e nutricional, recomenda-se a administração apenas de dietas enterais industrializadas, chamadas de fórmulas nutricionais para nutrição enteral. Usualmente, essas dietas enterais industrializadas classificam-se em a) fórmulas padrão e b) fórmulas modificadas (ou especializadas). As fórmulas padrão contêm nutrientes em sua forma intacta, em quantidades próximas às recomendações nutricionais para indivíduos normais, ou seja, que não apresentem patologias ou condições específicas. As

fórmulas modificadas se diferenciam pela ausência, redução, aumento ou adição de nutrientes não previstos na fórmula padrão¹⁷⁵. Ademais, grande variedade de fórmulas para uso enteral, podem estar na apresentação em pó (que deverá ser reconstituído/diluído em água) ou já na forma líquida, pronta para o uso, no entanto, sua prescrição é fundamentada com foco no quadro clínico do paciente, observando a capacidade digestiva e absorptiva, o estado nutricional e metabólico dele, que são fatores importantes que norteiam as necessidades nutricionais individualizadas, onde o profissional nutricionista é capaz de avaliar as considerações específicas da dieta, as quais consideram a sua densidade energética, a presença ou não de fibra, o grau de hidrólise da proteína e do lipídeo, a distribuição energética do lipídeo e do carboidrato, além da restrição ou acréscimo de nutrientes específicos¹⁷⁵.

Em termos de absorção, as dietas enterais ou fórmulas nutricionais enterais podem ser classificadas como polimérica, em que os macronutrientes se apresentam na forma íntegra, sem modificações ou oligomérica, em que os macronutrientes se apresentam parcialmente elementar e hidrolisados, que significa causar a sua decomposição através de hidrólise, ou seja, ocorre a quebra de substâncias em unidades menores; ou se apresentam totalmente hidrolisados, ou seja, aptos a serem absorvidos pelo organismo¹⁷⁷.

Essas informações técnicas e específicas imprescindíveis para uma prescrição, traz a reflexão em relação à judicialização da saúde na aquisição dessas fórmulas nutricionais, tendo em vista que as condições citadas não são levadas em consideração para a decisão do deferimento dos processos, podendo trazer riscos à saúde do paciente.

4.1.2. Terapia Nutricional Hospitalar

De acordo com a Resolução RDC nº63 de 6 de julho de 2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA “Terapia Nutricional é⁶⁰:

um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral”.

A terapia nutricional oferta nutrientes administrados tanto por via oral, com a utilização de suplementos nutricionais, sendo uma alternativa viável para complementar o aporte energético de pacientes cuja dieta padrão, tanto hospitalar ou domiciliar, seja insuficiente; ou por utilização de sondas, chamada nutrição enteral; ou ainda, quando o trato digestivo do paciente está comprometido. Neste caso, a terapia nutricional pode ser introduzida através de sonda intravenosa, a qual é administrada diretamente na veia, chamada de nutrição parenteral.

Quando a terapia nutricional é oferecida de forma adequada, constitui a principal forma de minimizar a desnutrição do paciente internado, objetivando o aporte nutricional de

macro e micronutrientes aos pacientes que por algum motivo não estão suprindo suas necessidades apenas com a via oral convencional⁵⁷.

A nutrição via oral (NVO), método mais simples e menos invasivo, é a preferencial via para pacientes que possam utilizá-la. Os suplementos nutricionais orais devem fornecer quantidades adequadas de todos os nutrientes: proteína, energia, vitaminas e minerais a fim de reforçar as necessidades nutricionais do paciente⁶¹.

A nutrição enteral (NE), tem avançado, nos últimos anos, como forma de terapia nutricional, na medida em que evoluem as tecnologias (equipamentos) e o maior conhecimento sobre os nutrientes. O conceito de que o alimento constitui importante estímulo para manter a função e a estrutura intestinal da mucosa, liberando secreções pancreáticas, biliares e fatores hormonais, além da possibilidade de melhor oferta de nutrientes, menor custo e menor risco de infecções e lesões hepáticas fazem com que a via digestiva seja cada vez mais utilizada⁶².

A nutrição parenteral (NP) é utilizada normalmente como terapia de apoio, por ser realizada para complementar as necessidades nutricionais de pacientes em que a via enteral não consegue supri-la, ou pode ser usada como terapia exclusiva (onde o uso da via enteral é proibido), sendo que em ambos os casos ela pode combater desnutrição, podendo até reverter quadro imunológico⁶³. Nesta, administram-se os nutrientes através da via endovenosa, permitindo assim a manutenção da homeostase, já que as calorias e os aminoácidos necessários são supridos⁶⁴.

Hoje, apenas a fórmula alimentar industrializada é disponibilizada pelo SUS a pacientes com diagnóstico de fenilcetonúria, uma doença decorrente de um erro inato do metabolismo que leva ao acúmulo do aminoácido no organismo, e causa, como consequência, uma série de distúrbios neurológicos. Neste caso, é isenta de fenilalanina e está contemplada na portaria GM/MS nº. 2.577, de 27 de outubro de 2006, que regulamenta o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional da Assistência Farmacêutica – CMDE, definindo, dentre outros, a lista de medicamentos, os CID para os quais a prescrição é autorizada, valores de repasse aos Estados e normas de acesso, que foi substituída pela Portaria GM/MS nº. 2.982, de 26 de novembro de 2009^{65,66}.

As demais fórmulas nutricionais industrializadas são reembolsadas pelo SUS em âmbito hospitalar para terapia nutricional enteral ou parenteral, para pacientes internados e que estão desnutridos. No entanto, só tem direito a esse custeio hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde, por meio de Portaria publicada no Diário Oficial da União, vinculada ainda à disponibilidade de recursos para tal²⁷.

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS (SIGTAP/SUS) possibilitou a identificação de 10 procedimentos relacionados à terapia nutricional, os quais contemplam os códigos que se referem aos procedimentos custeados pelo SUS²⁷, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Procedimentos relacionados à terapia nutricional disponíveis no SUS.

Procedimentos	Código do SUS	Descrição SIGTAP
Nutrição enteral em adulto	03.09.01.004-7	Aquela fórmula nutricional completa, administrada através de sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia.
Nutrição enteral em neonatologia	03.09.01.005-5	
Nutrição enteral em pediatria	03.09.01.006-3	
Nutrição parenteral em adulto	03.09.01.007-1	Aquela administrada por via intravenosa, sendo uma solução ou emulsão composta obrigatoriamente de aminoácidos, carboidratos, vitaminas e minerais, com ou sem administração diária de lipídios, para suprir as necessidades metabólicas e nutricionais de pacientes impossibilitados de alcançá-la por via oral ou enteral.
Nutrição parenteral em neonatologia	03.09.01.008-0	
Nutrição parenteral em pediatria	03.09.01.009-8	
Tratamento de desnutrição	03.03.03.002-0	Conjunto de ações para tratar doenças causadas pela baixa ou insuficiente ingestão de proteínas, carboidratos, vitaminas, lipídios e sais minerais.
Dispensação de suplemento de micronutrientes em pó/Nutrisus	01.01.04.009-1	Consiste na dispensação de sachês de micronutrientes em pó pelas equipes de saúde da atenção primária à saúde e equipes multiprofissionais para que as famílias levem o insumo para seus domicílios e façam a sua oferta para as crianças nas refeições. tem como objetivo a prevenção e controle da anemia e outras carências nutricionais entre crianças de 6 a 24 meses de idade.
Acompanhamento de paciente em terapia nutricional domiciliar	03.01.05.015-5	Consiste no atendimento domiciliar a pacientes com via alternativa de alimentação (sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia) e via oral.
Tratamento de Anemias nutricionais	03.03.02.005-9	Consiste no tratamento clínico de qualquer tipo de anemia nutricional, compreendida como a condição na qual a concentração de hemoglobina no sangue está insuficiente, abaixo dos níveis considerados normais, associada a manifestações clínicas, como consequência de uma deficiência de nutrientes essenciais para a síntese dos elementos sanguíneos.

Fonte: SIGTAP/SUS, 2022.

Contudo, os procedimentos listados que se referem ao fornecimento da dieta/fórmula nutricional só podem ser administradas em âmbito hospitalar, com exceção da *dispensação de suplemento de micronutrientes em pó/Nutrisus* que consiste no fornecimento de sachês de micronutrientes em pó pelas equipes de saúde da atenção primária à saúde e equipes multiprofissionais, para que as famílias os levem para seus domicílios e ofertem para as suas crianças durante as refeições, com o objetivo de prevenir e controlar a anemia e outras carências nutricionais entre crianças de 6 a 24 meses de idade.

Os valores descritos no SIGTAP foram definidos pelo Ministério da Saúde como valor de referência nacional para remuneração do procedimento. Foram separados em 03 categorias: *Serviço Ambulatorial*, que inclui a taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos; *Serviço Hospitalar* relacionado aos custos hospitalares como diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico; *Serviço Profissional* que explicita a fração dos atos profissionais (médicos, nutricionistas, cirurgiões dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros). No entanto, existe uma defasagem nos valores praticados, os quais não são reajustados há mais de 17 anos.

Em pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) no intuito de pleitear aprovação da CONITEC para o reembolso da terapia nutricional com a adição da suplementação oral para tratar pacientes desnutridos em internação clínica apontou que somente 6,9% dos hospitais do SUS têm habilitação para serem reembolsados para terapia nutricional⁶⁷.

O Ministério da Saúde publicou em 2009 a Portaria nº 120/SAS/MS, de 14 de abril, que normatiza a habilitação e funcionamento de dois grupos assistenciais: Unidades e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral, estabelecendo critérios e rotinas para habilitar serviços no atendimento para a assistência nutricional; subsidiando tecnicamente o controle e a implantação de serviços hospitalares; e instituindo a necessidade de Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional e Protocolos de Indicação e Acompanhamento Nutricional²⁷.

Essa normativa define ainda parâmetros para planejamento, programação, controle e avaliação dos serviços prestados, para que esse procedimento seja exercido sob a garantia da prestação de serviços com suficiência e qualidade no âmbito hospitalar. Essas normas criaram mecanismos para melhor atender o paciente hospitalizado e, simultaneamente, melhorar a capacitação e a fiscalização dos hospitais que prestam assistência integral e especializada em terapia nutricional hospitalar.

Esta se restringe aos pacientes com necessidades nutricionais específicas sob internação hospitalar, ofertando a terapia nutricional enteral e parenteral, com uso de fórmulas nutricionais industrializadas através de sondas. Logo, não são abrangidos a terapia nutricional oral com uso de suplementos nutricionais. Entretanto, em 2016, o Ministério da Saúde, publicou o Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em cujo conteúdo explicita a terapia nutricional oral com uso

de suplementos como um método de intervenção, descrita em vários momentos do referido manual.

A alta hospitalar responsável, conforme a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, deve contemplar a orientação da terapia nutricional (TN) programada e orientada pela EMTN. Ainda no hospital, o cuidador responsável por acompanhar o paciente deve ser orientado quanto aos cuidados em TN no domicílio^{12,68}.

4.1.3. Terapia Nutricional Domiciliar

Nos últimos anos o Ministério da Saúde vem buscando resgatar o princípio da integralidade do SUS, que compreende o resgate da visão do ser humano como um todo. Nessa abordagem, as políticas ministeriais vêm enfatizando o seguimento dos pacientes após sua alta hospitalar, de forma a garantir a manutenção e a recuperação total de sua saúde, a fim de que não venham necessitar com tanta frequência do recurso da internação hospitalar⁶⁹.

A Terapia Nutricional Domiciliar é considerada uma tecnologia já presente em muitos países. No Brasil, apesar de ter poucos anos, é cada vez maior a tendência de se prosseguir com os cuidados hospitalares no domicílio⁷⁰. Isto permite que o paciente volte para sua casa e receba tratamento no ambiente familiar, confortável e seguro, além de reduzir o tempo de internação e custos hospitalares. A decisão de iniciar a terapia nutricional é um esforço conjunto entre o médico que presta o atendimento, a equipe de terapia nutricional, o paciente e a sua família^{71,69}.

A indicação deste tipo de terapia tem aumentado nos últimos anos, principalmente devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas na população, especialmente nos idosos, os quais têm experimentado um aumento da expectativa de vida. No Brasil, segundo estudos do GANEP (Grupo de Apoio Nutricional Enteral e Parenteral) no período de 1990-1999 houve um aumento de 64% da indicação de Terapia Nutricional Domiciliar (TNED)^{70,72}.

No Brasil ainda são pequenas as iniciativas no fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas e no acompanhamento por uma equipe multidisciplinar no domicílio e não há normativa expressa sobre a obrigatoriedade de fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas. O SUS não garante esta assistência, não dispõe de programa de fornecimento de fórmulas nutricionais e não possui legislação ou protocolo específico para este fim, fato que pode interferir na efetividade da terapia nutricional domiciliar, piorando o prognóstico dos pacientes que dela dependem.

A importância do acompanhamento e monitoramento pela equipe multiprofissional durante a realização da terapia nutricional é relevante, no sentido de se prevenirem complicações, favorecendo a adesão do paciente e de seus familiares ao tratamento e proporcionando a recuperação do mesmo⁶⁹.

Cumprir informar que o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) instituiu em 1991 o Programa de Suporte Nutricional Enteral Domiciliar (PROSNED) no intuito de garantir ao paciente ambulatorial uma TNE similar à da Unidade de Internação, de forma gratuita, realizada no domicílio dele. Essa iniciativa foi possível tendo em vista que a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS contemplava o procedimento chamado Nutrição Enteral por dia, sob o código 191201-6, com valor unitário/dia correspondente a R\$ 12,50 (doze reais e cinquenta centavos), relacionado ao fornecimento de fórmula nutricional industrializada para a realização da terapia nutricional domiciliar⁷³.

Em 2007, por exemplo, foram fornecidas diariamente 267.513 fórmulas de nutrição enteral ambulatorial, totalizando um valor de R\$ 3.343.912,50 (três milhões trezentos e quarenta e três mil novecentos e doze reais e cinquenta centavos), os quais foram ressarcidos pelo SUS, conforme dados obtidos on-line por tabulação no Tabnet/Datasus/MS. Todavia, no processo de unificação da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, este procedimento foi excluído, sem criação de outro correspondente.

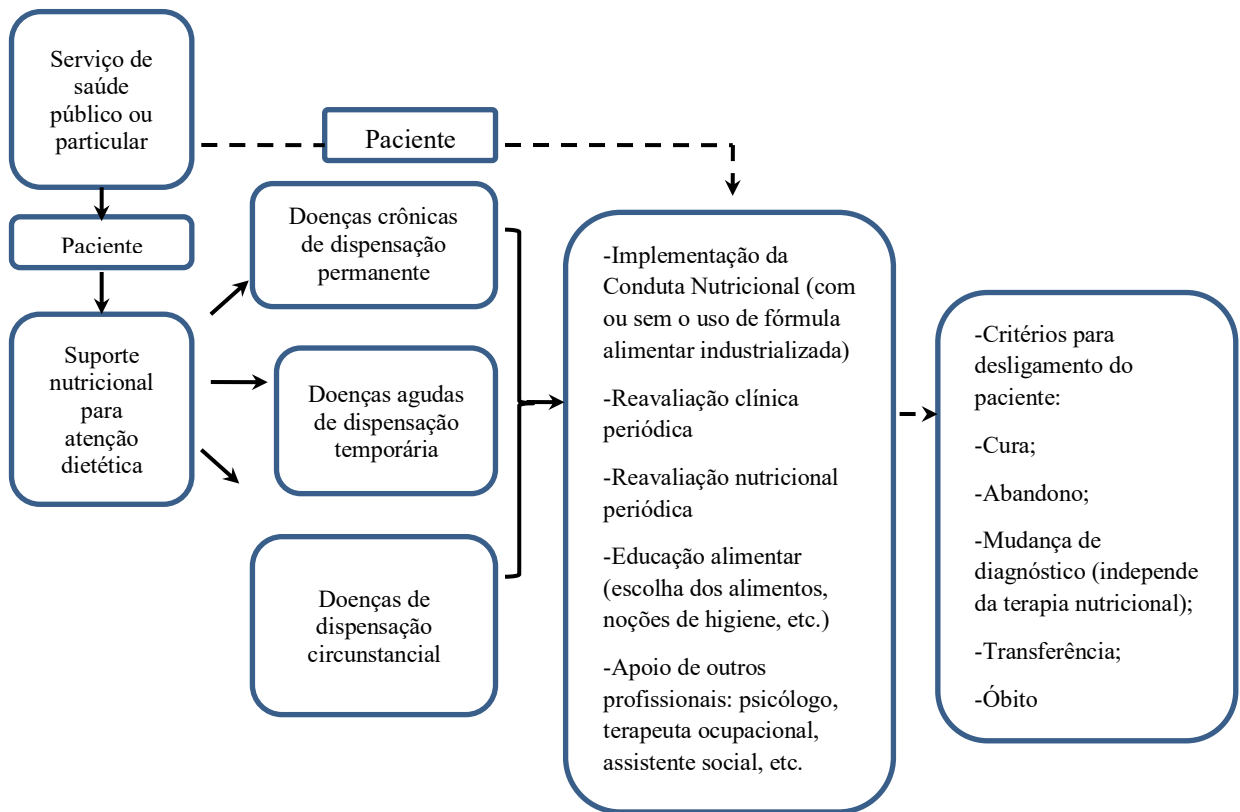
Diante do exposto, a Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE) do Ministério da Saúde recebeu diversas solicitações de reinclusão de procedimentos terapia nutricional relacionados à assistência ambulatorial e domiciliar, inclusive alegando o comprometimento de programas já estabelecidos e a desassistência gerada pela retirada do procedimento e seu impacto na população.

Ante essa realidade, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), também do Ministério da Saúde passou a receber desde 2002 crescente demanda quanto ao fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas aos usuários do SUS, os quais estão em tratamento domiciliar, tais como compostos hidrolisados proteicos, fórmulas enterais e metabólicas, fórmulas infantis e até leites em pó integral.

Pela inexistência de dados sistematizados, à época, sobre o gasto do Ministério da Saúde exclusivamente com fórmulas nutricionais industrializadas, foram convocados para reunião representantes dos Municípios de Curitiba, Salvador, Rio de Janeiro e do Distrito Federal, que tinham conhecimento da existência de fluxo para o fornecimento de fórmulas aos

seus pacientes locais. Foram apresentados, além dos custos com a aquisição das fórmulas e caracterização da demanda, o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para estes pacientes e o fluxo de atendimento utilizado por estes Estados. Abaixo, segue modelo do fluxo de atendimento, utilizado como ferramenta para o planejamento das ações direcionada aos serviços de todo o Brasil, conforme **Erro! Autoreferência de indicador não válida..**

Figura 1: Fluxograma de atendimentos e fornecimento de fórmulas nutricionais para pacientes com necessidades alimentares especiais.



Fonte: CGAN/MS

Num segundo momento, como forma de realizar um levantamento sobre a situação brasileira ante a existência e funcionamento de serviços estruturados voltados à triagem e fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, encaminhou-se aos Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição, dos 26 Estados e do Distrito Federal, um questionário com quatro perguntas abertas a fim de identificar a realidade local. De posse desses dados, verificou-se que a forma mais eficiente para o atendimento das solicitações converge, em todos os casos, para a estruturação de um serviço. Em tal serviço seria realizada triagem dos pacientes (infantil e adulto), acompanhamento médico e nutricional, e o fornecimento das fórmulas nutricionais industrializadas.

A primeira etapa do trabalho resultou em um documento que sugere a estruturação de serviços locais de referência para triagem, atendimento, acompanhamento e fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para o atendimento de 3 grupos específicos, à saber:

- Doenças de Dispensação Permanente: Compreende os portadores de doenças metabólicas decorrentes de erros inatos do metabolismo: Fenilcetonúria, Tirosinemia, Homocistinúria, Doenças do ciclo da uréia, Leucinose (doença do xarope de bordo), Acidemias isovalérica, propiônica e metilmalônica, Acidúria glutárica tipo I, Glicogenoses, Galactosemia, Adrenoleucodistrofia ligada ao X e Defeitos de oxidação de ácidos graxos;
- Doenças agudas de Dispensação Temporária: Compreende alergia alimentar, especificamente à proteína do leite de vaca e à proteína da soja.
- Doenças de Dispensação Opcional: Compreende em doenças que podem comprometer circunstancialmente a ingestão, absorção e metabolização normal dos alimentos/nutrientes como exemplo: Hepatopatia, Desnutrição, AVC, Nefropatia, HIV, Câncer, Casos Cirúrgicos, Prematuros, Cardiopatia, Alzheimer, Doenças Inflamatórias Intestinais, e outras.

Mesmo com todos os esforços para atender o pleito da terapia nutricional no âmbito domiciliar, na elaboração de manuais, diretrizes, cadernos de atenção e cuidado, dentre outros instrumentos, cujas recomendações têm embasamento científico, além da prestação do serviço referente ao cuidado, não há custeio para o fornecimento das fórmulas nutricionais industrializadas aos pacientes. A ausência de uma política pública federal para essa finalidade, tem ensejado o crescimento acelerado das ações judiciais nos últimos anos, que englobam não somente a fórmulas mas também os demais insumos como: cateteres, frascos de alimentação, fraldas descartáveis, sondas, dentre outros, e como consequência o aumento do gasto público, a realocação de recursos de forma desestruturada que reflete na desorganização orçamentária da saúde e também na priorização do direito individual em detrimento do coletivo.

4.1.4. O Uso de Fórmula Nutricionais na Terapia Nutricional Domiciliar

Em países desenvolvidos é comum o uso de fórmulas nutricionais industrializadas utilizadas para a realização da terapia nutricional domiciliar e, no Brasil, o consumo desse tipo de dieta vem aumentando progressivamente. No entanto, muitas vezes tem-se optado pelo uso de fórmulas nutricionais artesanais em função do seu custo elevado ou logística⁷⁴.

Fórmulas nutricionais industrializadas são dietas preparadas industrialmente e apresentam-se sob três formas: em pó para reconstituição, líquidas semiprontas e prontas para

uso. Já as fórmulas nutricionais artesanais, caseiras ou não-industrializadas são aquelas preparadas à base de alimentos in natura, como leite, ovos, açúcar, carnes e hortaliças, podendo ser suplementadas, com uso de módulos de nutrientes⁷⁵. A diferença entre elas vai além da sua composição nutricional, uma vez que as industrializadas são práticas, nutricionalmente completas e oferecem maior segurança quanto ao controle microbiológico e composição centesimal. Contudo, apresentam maior custo. As artesanais, por sua vez, são de baixo custo, porém apresentam maior risco de contaminação microbiológica, que, geralmente, ocorre pela falta de cuidado dos manipuladores em relação à manipulação inadequada, má utilização da temperatura durante o preparo e conservação de alimentos, higiene pessoal de manipuladores, má higienização dos equipamentos e utensílios e contaminação cruzada⁷⁵.

Além disso, o cálculo nutricional dessas dietas artesanais é limitado e não oferece total segurança, já que na maioria das vezes é obtido a partir das tabelas de composição nutricional dos alimentos utilizados, uma vez que a forma com que são manipulados, bem como os procedimentos e técnicas adotados (tempo de cozimento, trituração e peneiração) causam perdas de nutrientes. Como no Brasil não há tabela de composição de alimentos que ofereça dados precisos e completos, há a necessidade de suplementação, que deve ser considerada para adequação das necessidades diárias individuais⁷⁵.

Dessa forma, especialistas afirmam que, avaliando custo-benefício, o ideal é que se administrem as dietas industrializadas. Independente disso, também é importante que o cuidador ou manipulador das dietas receba as orientações necessárias para que sejam minimizados os riscos de contaminação durante o preparo, manuseio e administração destas⁷⁶.

A avaliação da osmolaridade, a qual refere-se ao número de partículas osmoticamente ativas de uma solução, é fator fundamental na aceitação fisiológica pelos pacientes submetidos ao uso de fórmulas, além de estar relacionada com a via e o tipo de administração da dieta. Já a viscosidade é a medida da resistência ao movimento de um fluido e influencia na velocidade de aplicação dessas dietas. Os nutrientes relacionados com a viscosidade da dieta são, principalmente, carboidratos e fibras. Ou seja, quanto maior ou menor a quantidade desses nutrientes, a dieta será mais ou menos viscosa⁷⁶.

Ao contrário das fórmulas nutricionais industrializadas, a avaliação de osmolaridade e viscosidade de fórmulas artesanais raramente é realizada por seu alto custo e/ou não disponibilidade de equipamentos, embora sejam parâmetros importantes para a administração da dieta, para que se obtenha um resultado perfeito da análise. A maioria dos alimentos utilizados na dieta artesanal apresentam um pH ligeiramente ácido ou neutro, favorecendo o

desenvolvimento de bactérias e apresentando um maior risco de contaminação em decorrência da manipulação⁷⁷.

As práticas alimentares do indivíduo são resultado de decisões, conscientes ou não, estreitamente relacionadas à cultura alimentar de sua região, à tradição alimentar de seu convívio social e às transformações decorridas do acesso à informação científica e popular. No entanto, no campo do conhecimento da alimentação e da nutrição, mais do que proporcionar o acesso a essas informações, torna-se fundamental estimular a autonomia dos indivíduos a fim de possibilitar que estes atuem intencionalmente e com independência de influências, o que demanda um consistente processo educativo⁷⁸.

É necessário que o cuidador ou o responsável pelo preparo da dieta receba orientações quanto ao manuseio correto nas preparações, manipulações, armazenamento e administração das fórmulas enterais, garantindo assim a segurança microbiológica tanto em domicílio quanto no ambiente hospitalar. A contaminação microbiológica pode prejudicar seriamente a evolução clínica destes pacientes⁷⁸.

As dietas devem ser prescritas por um profissional nutricionista, que deverá determinar corretamente a composição de macronutrientes e micronutrientes, seguindo as recomendações de Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral (BPPNE) que estabelecem orientações gerais para o preparo e administração das dietas⁷⁹.

Hoje já existem estudos científicos os quais demonstram que o processo da desospitalização de pacientes com nutrição enteral ou nutrição parenteral, ambas as vias de administração podem ser realizadas no domicílio, são viáveis, seguras e efetivas se houver uma capacitação específica direcionada aos familiares e cuidadores desses pacientes¹⁷⁸, esse contexto, novamente reforça que a contemplação de fórmulas nutricionais adquiridas por judicialização da saúde configura um risco à saúde.

4.2. A Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde

4.2.1. A Internação Domiciliar como Continuidade da Assistência

Tem sido observado, em nível mundial, um aumento pela busca da compreensão das relações entre altos custos sociais com a atenção hospitalar, incluindo tanto o custo privado quanto qualquer custo externo, e a conclusão insatisfatória, comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações⁸⁰.

Em 2000 houve um pronunciamento da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a assistência domiciliar, defendendo a necessidade de cuidados em longo prazo nas doenças

crônicas, as quais aumentam em relação à transição demográfica e epidemiológica dos últimos anos⁸¹.

A internação domiciliar surgiu como uma modalidade de atendimento alternativa à desospitalização, a qual utiliza a residência como ambiente para continuidade do cuidado/assistência, tendo apresentado uma significativa adesão, justificada pelo envelhecimento da população e o avanço das doenças crônicas⁸². Foi implementada no Brasil aos poucos em 1993, pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Saúde da Família, que incluía essa modalidade de atendimento em suas ações e desde então vem ganhando espaço importante por minimizar alguns dos principais problemas dos serviços de saúde, especialmente os da rede pública^{83,84}.

É considerada uma diretriz para a equipe básica de saúde e possui a finalidade de humanizar e garantir maior conforto à população que se beneficia com essa modalidade de atendimento, desde que as condições clínicas do usuário e a situação da família o permitam. No entanto, ressalta que ela não substitui a internação hospitalar⁸⁰. O paciente e sua família contam com uma equipe multiprofissional, formada por médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e assistente social, que oferece assistência integral e contínua durante o período de Internação Domiciliar^{80,85}.

Para Lacerda⁸⁶, a internação domiciliar é uma modalidade de cuidados organizados para atender o paciente no domicílio de forma integral e contínua, prestada e acompanhada pela equipe de saúde especializada focada na realidade do paciente e da família que além de receber os cuidados, são orientados sobre as demais ações pertinentes ao estado de saúde.

A integração e interação entre o cuidador, representado por um familiar, amigo ou vizinho, e o serviço de saúde, representado pela equipe multidisciplinar, é necessária para a execução do cuidado no domicílio⁸⁷.

Fabrizio et al.⁸⁸ salienta que a internação domiciliar não é somente executar ações de saúde e tratamento no âmbito do domicílio, mas também possibilitar que as pessoas experimentem uma nova forma de atenção à saúde individualizado e humanizado, associada ao conhecimento e a tecnologia, baseada na realidade de cada indivíduo.

Dessa forma, foi observado que a internação domiciliar possibilita uma recuperação mais rápida do paciente, com acolhimento familiar, que ocasiona a redução da incidência de infecções hospitalares, e ainda, desocupa leitos nos hospitais a pacientes que tenham a indicação para tratamento mais complexo e urgentes⁸⁵.

Para Duarte e Diogo⁸⁹ a ampliação dos atendimentos nos serviços de saúde é responsável pelo aumento do custo gerado ao setor público e suplementar. Nesse sentido, a

internação domiciliar veio contemplar também esse objetivo, considerando a redução nos custos assistenciais quando comparados às mesmas ações realizadas em ambiente hospitalar.

À vista disso, a internação domiciliar visa possibilitar a recuperação mais rápida, considerando o convívio no ambiente familiar. E mais: reduz os custos com internações e reinternações, diminuindo os riscos de infecções hospitalares, proporciona um atendimento humanizado, diminuindo a incidência de depressão causados pela doença, aumentando a disponibilidade de leitos para pacientes críticos. Reintegra ainda o paciente à vida cotidiana, bem como conduz a uma melhor interação entre o médico, a família e o paciente, proporcionando precisamente, melhores condições psicológicas a este último⁸⁵.

Ademais, a internação domiciliar influencia a autonomia do paciente, levando em conta os afazeres e hábitos familiares realizados no domicílio, podendo exercê-los no tempo dele, com o incentivo, apoio e tendência a aumentar o vínculo entre o cuidador e o paciente^{90,90}. Sob outra perspectiva, também se observa como uma forma de reduzir os gastos hospitalares^{25,91}.

São consideráveis os benefícios obtidos pelo paciente, descritos em estudos recentes, como autonomia e liberdade⁹⁰, e como os serviços se organizam para prestar esse atendimento. No entanto, há estudos que trazem outro contexto com foco na representação desse atendimento para o cuidador familiar, considerando as privações, sobrecarga e modificações na rotina familiar⁹². Nesses estudos não foram realizadas comparações entre as modalidades de internação domiciliar e hospitalar, no entanto concluíram que a internação domiciliar tem mais benefícios do que de malefícios para o cuidador e o paciente⁹².

A Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde estabeleceu requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no âmbito do SUS, considerando que proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes que exigem cuidados permanentes e contínuos do hospital, e considerando que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares. Esta Portaria incluiu na tabela do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) o Grupo de Procedimentos Internação Domiciliar que contemplava, além do custeio com a internação domiciliar, a internação domiciliar com equipe hospitalar. Entretanto, ela foi revogada e substituída pela Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, que logo mais também foi substituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 e que passou a vigorar desde então⁹³.

4.2.2. Atenção Domiciliar do SUS no Contexto da Terapia Nutricional Domiciliar

Para entender a relação da Terapia Nutricional Domiciliar (TND) no SUS com a Atenção Domiciliar (AD), é preciso discorrer sobre a criação, organização, operacionalização, normatização e os atores envolvidos nesse processo.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, publicada em 26 de janeiro de 2006 aprovou o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar⁸⁷. Ela trouxe algumas definições estabelecidas, vide:

Atenção domiciliar: Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Assistência domiciliar: Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Internação Domiciliar: Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Plano de Atenção Domiciliar - PAD: Documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: Instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

Para fins de assistência realizada no domicílio, os atendimentos da AD foram classificados conceitualmente em quatro modalidades de cuidado, que se diferenciam pela especificidade de suas finalidades e ações. São eles: a atenção domiciliar, atendimento domiciliar, visita domiciliar e internação domiciliar²⁵, conforme Quadro 2.

Quadro 2: Conceitos sobre a assistência em saúde prestada ao paciente no domicílio.

Conceitos	
Atenção Domiciliar	
Brasil (2006)	Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, realizados em domicílio.
Lacerda (2006)	A atenção domiciliar envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Assim, abrange desde a promoção até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares.
Word Health Organization (EUA, 1999)	Para o sistema americano, a atenção domiciliar à saúde pode ser compreendida como “home healthcare”, sendo o cuidado à saúde proporcionado às pessoas no próprio domicílio de forma apropriada e de alta qualidade, com relação ao custo-benefício compatível com a vida dos indivíduos, que devem manter sua autonomia, independência e melhor qualidade de vida.
Atendimento Domiciliar	
Brasil (2016)	Assistência domiciliar (ou atendimento domiciliar) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.
Wealth Canada (1997)	Provisão de uma disposição de serviços de saúde e sociais designados a dar suporte aos pacientes em suas próprias casas.

Ryu et al. (Coreia, 2004)	“Home care” baseado em uma perspectiva do setor público de saúde, por meio de ações de saúde realizadas no domicílio, junto à família e à comunidade, destinadas aos pacientes com doenças crônicas e com necessidade de longos períodos de tratamento, evitando a ocorrência de hospitalização.
Thomé et al. (Suécia, 2003)	Cuidado prestado por profissionais de saúde ao enfermo em sua própria casa, com objetivo final de bem-estar, contribuindo para a qualidade de vida e para a melhoria do estado de saúde, de forma a substituir o cuidado hospitalar.
Visita Domiciliar	
Ribeiro (2004)	A visita domiciliar caracteriza-se pelo contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações.
Mazza (2004)	Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes.
Freitas et al. (2000)	A visita domiciliar deve compreender ações sistematizadas, que se iniciam antes da visita e continuam após ela.
Murashima et al. (Japão, 2002)	Atividades de visita domiciliar realizadas por enfermeiras, que após o primeiro contato com a família definem as abordagens do cuidado, assim como as orientações a serem repassadas ao enfermo e à família para a realização das atividades de vida diária. Permite a provisão de um cuidado individualizado ao paciente, que pode ser um idoso, pacientes que necessitam de cuidados especiais e de tecnologia avançada, pacientes terminais ou pacientes com doenças mentais.
Internação Domiciliar	
Ribeiro (2004)	A internação domiciliar é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em estados mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.
Lacerda (2000)	A internação domiciliar é a prestação de cuidados sistematizados de forma integral e contínua no domicílio, com supervisão e ação da equipe de saúde específica, personalizada, centrada na realidade do cliente, envolvendo a família e, podendo ou não, utilizar equipamentos e materiais.
Nogueira (França, 2000)	A internação é uma alternativa assistencial do setor saúde que consiste em um modelo organizado capaz de dispensar um conjunto de cuidados e atenção de médicos, enfermeiras, tanto em qualidade quanto em quantidade, para pacientes em seu domicílio, que não precisam de uma infraestrutura hospitalar, mas precisam de vigilância ativa e assistência completa.

Nesta perspectiva, Lacerda et al. destacou que os conceitos e modalidades de cuidado, em específico à assistência em saúde variam entre autores, pois apontam diferenças não somente em relação ao conceito, mas também em relação à prática em termos da estruturação desse tipo de cuidado, havendo uma complementariedade e interdependência entre as quatro modalidades. Ainda nessa lógica, Lacerda et al. destaca que “em termos gerais, a nomenclatura Atenção Domiciliar designa um conceito de maior amplitude, um termo geral, que designa a organização do sistema e das práticas de saúde, que abrange o atendimento, a visita e a internação domiciliar”²⁵.

No SUS, a Atenção Domiciliar (AD) é um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, com a finalidade de garantir a continuidade dos cuidados no domicílio. Foi instituída pelo Ministério da Saúde, o qual estabeleceu diretrizes e a definiu como uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde⁸⁷.

A Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para ser um instrumento de organização, instituída em 2010 por meio da publicação da Portaria nº 4.279. Ela trouxe diretrizes com o objetivo de prestar um atendimento integral, com qualidade, que seja resolutivo, de forma regionalizada, que tenha integração entre os diversos pontos de atenção e que atenda às necessidades da população assistida. A partir dessa Portaria, foram pactuadas 05 redes prioritárias, que são: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas⁹⁴, conforme Quadro 3.

Quadro 3: Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS e suas normativas.

Portaria	Rede Temática	Característica
Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011)	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha.	Tem por finalidade criar um modelo de atenção para o parto, nascimento e à saúde da criança, com o objetivo de reduzir a mortalidade das gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal e reduzir a mortalidade dos neonatos e crianças até os dois anos de idade. (Coutinho, et.al, 2017)
Portaria GM/MS nº 1600, de 7 de junho de 2011 (BRASIL, 2011)	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	A atenção às urgências e emergências faz parte de todos os níveis de atenção, nas Unidades de atenção primária à saúde (UAPS), nas equipes de Saúde da Família, nos cuidados pós-hospitalares, na recuperação e na reabilitação. (Moreira, 2015)
Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011)	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.	Destinada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e pessoas com necessidades decorrentes de uso de drogas lícitas e ilícitas, na garantia o cuidado integral e a ressocialização do usuário. (Zanardo, et.al, 2017).
Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012)	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.	É responsável pela criação, implantação, ampliação e articulação dos serviços de saúde destinados às pessoas com deficiência nas modalidades: visual, auditiva, física e ostomias, intelectual e/ou múltiplas, com objetivo de eliminar as barreiras existentes no cuidado integral. (Cardoso, 2017)
Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014)	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.	Atribui-se aos idosos por serem mais vulneráveis a doenças infecciosas e crônicas, com foco nas doenças renais, respiratórias, cardiovasculares, hipertensão, diabetes, distúrbios nutricionais e neoplasias. (Santos, et. al, 2017)

Fonte: OLIVEIRA, N. R. C. Atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS, 2015.

São considerados pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde os locais onde os serviços de saúde são ofertados, como por exemplo: unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais e especializadas, como também os domicílios, dentre outros serviços⁹⁵.

Para sustentar a integração e articulação em coerência com a metodologia de funcionamento da RAS são firmados contratos formalizados, como instrumento de pactuação onde são descritas a designação das responsabilidades e dos objetivos. Nestes estão inclusos os aspectos éticos, sanitários e econômicos, entre os reguladores, que são também financiadores, e os prestadores de serviço, convertendo esse acordo em um compromisso firmado entre ambas as partes em garantir atendimentos com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema⁹⁶.

Após implantação das RAS houve mudança no quadro epidemiológico brasileiro tendo em vista que elas enfatizam e priorizam o princípio da integralidade, além disso, são objeto de pesquisa no campo sócio tecnológico, os quais produzem efeitos e resultados nas suas ações, sua assistência com foco na intervenção que se baseia na contextualização social e estabelece teorias que dão sustentação a sua existência¹⁷⁹.

A vista disso, considerando as definições e as características das redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as quais estabelecem diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, elas tem forte relação com a temática de fornecimento de fórmulas nutricionais, baseada nas propostas da sua implantação e implementação, sendo um espaço de acolhimento, de decisão e de articulação entre as demais redes. No entanto, embora existam muitos estudos que embasam a nutrição como um ponto crucial para a recuperação/tratamento de enfermidades, aumento de sobrevida e melhor desenvolvimento humano, estando ligada diretamente com a qualidade de vida dos usuários, ambas não contemplam a terapia nutricional com o fornecimento de fórmulas nutricionais dentro da sua organização em redes.

Para Kerber et al.⁹⁷, ao reconhecer o domicílio como o ambiente de atuação, ou seja, um espaço de execução da assistência e cuidado, a AD torna pública a presença governamental e contribui com a ampliação dos seus serviços.

O avanço no crescimento da AD em diversos países segue em conjunto ao interesse dos sistemas de saúde no seguimento da desospitalização, na reestruturação em relação à disponibilidade de leitos hospitalares, que culmina na redução de custos e direciona o cuidado com foco no paciente. Todavia, surge como mais um desafio para os sistemas de saúde, que traz a mudança na perspectiva do cuidado e do local onde a assistência é prestada⁹⁸.

No Brasil, a Atenção Domiciliar (AD), ao ser implantada no SUS como nova modalidade de atendimento, apresentou um crescimento exponencial e como consequência houve a necessidade da regulamentação das atividades e a criação de políticas públicas para a efetivação da sua oferta para a população.⁹⁹

Nesse sentido, a trajetória da AD aponta algumas referências importantes como a Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, sendo considerada um marco legislativo no seu processo de estruturação. O documento retira o foco da internação domiciliar como modelo exclusivo e centralizado de assistência e se refere a ela como uma incorporação tecnológica de natureza substitutiva ou complementar à hospitalização¹⁰⁰. Na visão de Oliveira Neto e Dias¹⁰¹, ela revogou a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, considerando questões como a sua não operacionalização, havendo a necessidade de uma revisão. Por isso, tal portaria foi redefinida posteriormente pela Portaria 2.527, de 27 de outubro de 2011, a qual possibilitou a criação do Programa Melhor em Casa, em 08 de novembro de 2011, que incorporou a AD ao SUS como um dos componentes inserido nas Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)¹⁰².

Em relação ao comprometimento para a execução da AD, a Portaria nº 2.527, reestabeleceu normas para cadastro dos Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e suas respectivas equipes, denominadas de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP). E ainda estabeleceu critérios de habilitação dos estabelecimentos de saúde, como um SAD, aos quais as EMAD e EMAP estariam atrelados. Posteriormente, em 2013, a Portaria nº 963 reiteradamente sofreu alterações que foram destacadas e redefiniu a AD no âmbito do SUS. Contudo, durante a sua execução houve a necessidade em definir as equipes habilitadas a prestar os atendimentos e os cuidados, dando origem à Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que além de redefinir a AD, impulsionou a habilitação dos SAD e atualizou as equipes^{101,103}.

Esta portaria trouxe no seu Art. 2º as seguintes definições²⁴:

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II - Atenção Domiciliar como nova modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; e

III - cuidador como a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;

Dentro de uma perspectiva específica às equipes, considerando as suas particularidades, a AD exige de seus profissionais uma conduta diferenciada na prestação dos cuidados¹⁰⁴.

Destarte, a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, estabelece a prestação dos atendimentos realizados no domicílio em três modalidades (AD1, AD2 e AD3). Estes foram organizados levando em conta o grau de complexidade e a frequência das visitas domiciliares que seriam necessárias para a execução desses atendimentos²⁴ e estão discriminadas no Quadro 4.

Quadro 4: Modalidades de atenção domiciliar no SUS.

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	-Problemas de saúde controlados/compensados	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua
	-Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde		
	-Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde		
	-Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês		
	-Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)		
AD2	- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	EMAD + EMAP	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
	-Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro		
	-Necessidade de, pelos menos, uma visita/semana		
AD3	-Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos/ procedimentos especiais	EMAD + EMAP	Habitualmente contínua

Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar vol.1, 2011).

A implantação da AD como um modelo de cuidado no SUS trouxe alguns questionamentos em relação à justificativa de hospitalização para casos específicos, a qual levanta hipóteses sobre alguns motivos de internações hospitalares serem dispensáveis ou

desnecessariamente prolongados, podendo ser substituídos ou complementados por um serviço de AD^{98,97,105}.

Por esse motivo, Loyola¹⁰⁵ afirma que, “mais do que a redução de gastos, a AD vem representando no cenário mundial o significado de ofertar cuidado de qualidade, proporcionando bem-estar e conforto ao permitir a permanência do doente em seu ambiente domiciliar, integrado ao seu contexto de vida”.

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS (SIGTAP/SUS) possibilitou a identificação de 17 procedimentos que são realizados no domicílio pela equipe do SUS. Nele estão discriminadas as características elegíveis para as suas realizações, contendo o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do paciente, informações sobre o ambiente e ainda informações sobre o controle ou acompanhamento das ações complementares ou administrativas. Cada procedimento tem propriedades definidas que os caracterizam de forma única, descritos no Quadro 5.

Quadro 5: Procedimentos relacionados à atenção domiciliar no SUS.

Procedimento	Código do SUS
Visita domiciliar por profissional de nível médio	01.01.03.001-0
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	01.01.03.002-9
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	03.01.05.005-8
Consulta/atendimento domiciliar	03.01.01.013-7
Consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada	03.01.01.016-1
Acompanhamento e avaliação domiciliar de paciente submetido à ventilação mecânica não invasiva	03.01.05.001-5
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional	03.01.05.002-3
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada	03.01.05.003-1
Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional em HIV/AIDS	03.01.05.004-0
Instalação/manutenção de ventilação mecânica não invasiva domiciliar	03.01.05.006-6
Internação domiciliar	03.01.05.007-4
Visita domiciliar pós óbito	03.01.05.010-4
Visita domiciliar por profissional de nível superior	03.01.05.014-7
Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares	03.01.08.024-0
Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a DPA /DPAC	03.05.01.016-6
Conjunto de troca para pacientes submetidos a DPA, 30 dias c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora	07.02.10.004-8

Conjunto de troca para pacientes submetidos a DPA, 15 dias c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora	07.02.10.005-6
---	----------------

Fonte: SIGTAP/SUS, 2022.

Contudo, vale ressaltar que a AD é responsável pela prestação da assistência e do cuidado ofertados no domicílio. No caso da realização da terapia nutricional domiciliar, a equipe responsável executa os procedimentos de saúde, independente da via alternativa de alimentação (sondas nasoentérica, nasogástrica, de jejunostomia ou de gastrostomia) e via oral, incluem a troca de sondas, por exemplo, mas não contempla a fórmula alimentar industrializada, ficando esse custeio por conta das famílias. Assim, na maioria das vezes, considerando o alto custo e a renda familiar, elas aderem ao uso de fórmulas nutricionais artesanais. Porém, ao observarem uma recuperação insatisfatória, diante do despreparo das famílias nessa nova demanda, pleiteiam na justiça o direito à alimentação adequada, que inclui o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas por serem nutricionalmente adequadas às condições do paciente, quando a prescrição segue a conduta da individualização.

A terapia nutricional realizada no domicílio é um elemento essencial, tendo seus benefícios comprovados em diversos estudos, os quais apontam que sua realização favorece a desospitalização, contribui para a alta responsável, para a diminuição de fatores que levam o paciente à reinternações e a inserção de condutas terapêuticas humanizadas que operacionalizam os objetivos da internação domiciliar.

O Quadro 4 e o Quadro 5, descritos acima, os quais versam sobre as modalidades de atendimentos e os procedimentos contemplados no SUS referentes à assistência domiciliar, não contemplam o fornecimento de fórmulas nutricionais, embora a premissa dessa política pública seja ofertar ao usuário a integralidade do cuidado.

Baseado na logística e no fluxo da atenção domiciliar, quando há atendimento ao usuário no domicílio em que ele tem a prescrição da terapia nutricional domiciliar, a equipe está apta para todo o suporte necessário em relação a assistência e ao cuidado, inclusive em relação às orientações quanto ao uso de fórmulas artesanais, porém, a depender da região, nem todas as equipes possuem o profissional nutricionista na sua composição, sendo essa função atribuída a outros profissionais. Além disso, ficam submetidos às possíveis situações contingenciais devido às condições sanitárias da residência, a existência de equipamentos necessários para cocção (fogão, liquidificador, etc.), armazenamento (geladeira, etc.) e ainda manipulação (utensílios de cozinha como peneira, panelas, talheres, etc.), considerando também o grau de escolaridade dos cuidadores que na maioria das vezes precisam ler as prescrições, orientações e as medidas indicadas para a preparação da fórmula nutricional.

Nessa perspectiva parece haver uma contradição quando se verifica o disposto nas normativas governamentais voltadas à realização da terapia nutricional no domicílio. Esta aparece sobretudo quando se abordam as vantagens descritas em estudos e experiências recentes: com os objetivos e diretrizes da AD, quando se aborda a integralidade do cuidado; com os princípios dos SUS, quando se fala de equidade, ao tempo que preconizam ações que devam oferecer um cuidado articulado em redes; e ainda com o disposto na Constituição Federal, que afirma ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é compartilhada entre todos os entes federativos (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). Essa contraposição prejudica os serviços de saúde que constantemente deixam de dar alta hospitalar qualificada, fazendo com que o paciente permaneça internado por mais tempo.

Após a alta responsável, mesmo cumprindo os critérios para participar das ações estabelecidas pela AD, dada a omissão do governo no fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, os pacientes e seus familiares buscam na justiça esse direito na intenção de prover suas necessidades fundamentais. Como consequência, trazem prejuízo ao sistema de saúde e o Estado, os quais arcam com mudanças na sua operacionalização, como também em relação ao ônus financeiro sendo obrigado a realocar recursos para resolver o problema pontualmente, ou seja, de forma individualizada.

A inclusão do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar, abrangendo a terapia nutricional enteral e oral, a fim de solucionar a questão da recorrente judicialização em relação ao tema, tem por fim respaldo na afirmação de Guizardi e Cavalcanti¹⁰⁶ que diz: “o desafio colocado para a gestão, no contexto de luta pela construção do SUS, implica a constituição de novas tecnologias [...] de novos dispositivos”.

4.3. Direitos Humanos no Contexto da Terapia Nutricional Domiciliar

4.3.1. A Relação da Segurança Alimentar e Nutricional com a Terapia Nutricional

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), nº 11.346 e sancionada em 2006, criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o objetivo de assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Estabeleceu princípios, conceitos, diretrizes e composição do SISAN, no intuito de elaborar políticas públicas no campo da SAN. Nesse sentido, o governo deve respeitar, proteger, gerar, fornecer, informar, acompanhar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do DHAA, bem como garantir os instrumentos para sua aplicação^{107,29}. A LOSAN dispõe no seu artigo 2º:

Art. 2º. A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, inerente à

dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.

Na mesma lógica, a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), tem como uma de suas diretrizes, a promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, a qual favorece as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional. Dessa forma, pessoas com necessidades nutricionais especiais são considerados indivíduos vulneráveis à insegurança alimentar e nutricional e necessitam de políticas de promoção do direito humano à alimentação adequada¹⁰⁸.

Malaquias¹⁰⁹ destaca em suas publicações que o modelo de cidadania é representado pelo conceito ampliado de segurança alimentar e nutricional, tendo como premissa as necessidades individuais mais básicas do ser humano: a alimentação saudável, completa, equilibrada e adequada.

A alimentação adequada é um direito fundamental e está contemplada no princípio da dignidade da pessoa humana, sendo indispensável em relação à garantia dos direitos consagrados na Constituição Federal. Assim, o poder público deve implantar e implementar políticas e ações voltadas à promoção e garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população^{107,110}. A alimentação deve ser concebida como essencial à vida e à sociedade para fomentar a garantia dos direitos humanos e o direito à saúde idealizados na Constituição. A Declaração Universal dos Direitos Humanos e Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, por exemplo, já reconhecem a relevância do Direito Humano à Alimentação Adequada. No entanto, é responsabilidade do governo incluir este direito nas políticas públicas^{111,32}, sendo necessário formular e implementar normas e critérios que possibilitem a efetiva concretização de SAN e o DHAA de sua população³⁴.

Em internações realizadas em âmbito hospitalar, a terapia nutricional é realizada com o uso de fórmulas nutricionais industrializadas que apresentam adequada composição nutricional, osmolaridade, fluidez e estabilidade, além da segurança microbiológica⁷⁰. São custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, quando há a transferência do paciente para continuidade do tratamento no domicílio, a responsabilidade é transferida às famílias. Destarte, quando há indicação de TNED, há a orientação da EMTN sobre o uso de fórmulas nutricionais artesanais por serem de baixo custo⁷⁶, porém, estas nem sempre são nutricionalmente adequadas²⁰, pois a maioria é composta por alimentos usualmente utilizados no domicílio, excessivamente diluídos e liquidificados, para facilitar a deglutição ou evitar o

entupimento das sondas, aumentando o risco de desnutrição e o aparecimento ou avanço de comorbidades^{22,76}, o que contribui para a reinternação hospitalar.

No entanto, Mazur et.al³³ afirma que ainda não se sabe se o uso de fórmulas nutricionais industrializadas por pacientes em TND que a utilizam a longo prazo leva à SAN, devido ao controle de temperatura, higiênico-sanitário e microbiológico necessários para manutenção dos nutrientes, o que pode ser um risco de insegurança alimentar e nutricional.

Há iniciativas de alguns municípios e estados brasileiros em assumir o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para continuidade do tratamento no domicílio, custeado pelo SUS, porém não foram estabelecidos critérios pelo Governo Federal para regular e definir a necessidade do uso dessas fórmulas para que o DHAA seja cumprido. As famílias de baixa renda tentam se organizar, sobretudo financeiramente, para arcar com a prescrição da alta hospitalar e se concentram na busca de condições para adquirir as fórmulas nutricionais industrializadas, a despeito de seu custo. Nesse cenário, a insegurança alimentar e nutricional é evidenciada quando todos os membros da família, que moram no domicílio, são afetados, especialmente quando esta restrição compromete o acesso e a compra de alimentos³³.

Dentro dessa perspectiva, é importante ressaltar que o conceito de “alimento” é toda substância que se ingere em seu estado natural, semi-industrializado ou industrializado, e se destina ao consumo humano, bem como toda substância que nutre o corpo¹¹², utilizando nutrientes inerentes à natureza do alimento que fazem parte dos processos biológicos¹¹³.

O entendimento da relação contrária do termo alimento-nutrição traduz a situação de insegurança alimentar e nutricional que pode ser observada nos transtornos do estado nutricional, como a desnutrição, sobrepeso e obesidade³³.

São muitos fatores que levam à insegurança alimentar. Só isto já constitui importante demanda para a elaboração de políticas públicas que priorizem a dignidade humana, com foco no cuidado integral de pessoas internadas no domicílio com o uso de TND, razão pela qual as estratégias de SAN devem ser integradas à abordagem de direitos humanos. Assim, os atendimentos devem ser pautados na equidade, buscando o respaldo no DHAA e na legislação que rege a SAN. Devem ainda implementar políticas públicas de embasamento socioeconômico e cultural que respaldam a aquisição da alimentação para tal modalidade terapêutica de tratamento³³.

TNED é imprescindível para recuperar ou manter o estado nutricional de um indivíduo¹¹⁴. Essa modalidade de atendimento humanizado proporciona o convívio familiar, por trazer conforto e qualidade de vida, durante a realização do tratamento^{115,116}.

Entretanto, para uma recuperação efetiva e o cuidado integral, a transferência do paciente para o domicílio requer uma estrutura familiar adequada, considerando as condições sanitárias e o treinamento do cuidador, em cujo escopo o uso da terapia nutricional está inserida^{117,118,119}. Apesar de ser vista pelo cuidador como uma ação positiva, está expressa vulnerabilidade, ansiedade, insegurança e incertezas diante da nova função^{118,119}.

Por isso, Leão²⁹ aponta como necessária a elaboração de políticas públicas que contemplem toda a cadeia produtiva de alimentos, desde a concepção ao consumo do indivíduo e que esteja em conformidade com outras políticas sociais.

4.3.2. Direito Humano à Alimentação Adequada

O direito à alimentação foi introduzido pela Emenda Constitucional (EC)77 nº. 64, de 04.02.2010, no artigo 6º, e teve sua tramitação iniciada no Senado no ano de 2001, com a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº. 21. No entanto, já era subentendido como consequente de outros direitos, como direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana.

Valente defende que¹²⁰:

A concepção de um direito fundamental à alimentação deve estar atrelada ao direito humano à nutrição, uma vez que o alimento só se fundamenta em uma verdadeira dimensão humana quando transforma o ser humano em bem nutrido, saudável, digno e cidadão.

O combate às doenças agudas e crônicas avança ao desafio de se sobrepôr aos interesses econômicos, ao poder de fortes indústrias, como a alimentícia, da beleza e farmacêutica, além de firmar parcerias solidárias. A Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição (ICN2) originou um conjunto de ações políticas, as quais foram acatadas pelos governos, ante a implementação delas no enfrentamento da má nutrição em todas as suas condições (sobrepeso e obesidade, retardo do crescimento, deficiências de nutricionais)¹²¹.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU em relação aos Direitos Humanos, utiliza quatro níveis de obrigações dos Estados para serem implementadas, atrelados a planos e estratégias para garantir o respeito, à proteção e à promoção do DHAA. São eles: obrigação de respeitar; obrigação de proteger; obrigação de promover e obrigação de prover^{111,29}.

Na prática, a obrigação de prover, por exemplo, está particularmente relacionada ao direito fundamental de todos de estar livre da fome, limitada à população particularmente: marginalizados, expostos à insegurança alimentar e nutricional, que necessitam, permanentemente ou temporariamente, de provisão de alimentos. Dentre eles estão os idosos,

doentes, inclusive pessoas vivendo com HIV/AIDS, gestantes e lactantes, lactentes e crianças menores de cinco anos, por apresentarem maior vulnerabilidade biológica à desnutrição²⁹.

A alimentação, na conjuntura do Direito Humano à Alimentação Adequada, inclui princípios associados desde a preparação ao consumo desses alimentos. Alimentação adequada pressupõe acesso a alimentação com características de acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, bem como aceitabilidade cultural. Nesse sentido, a acessibilidade econômica implica no acesso aos recursos necessários para a obtenção de alimentação adequada com regularidade, assim como a acessibilidade física implica que a alimentação deve ser acessível a todos grupos em situação de vulnerabilidade, nos quais as lactentes, crianças, idosos, pessoas com deficiências, doentes terminais ou pessoas com problemas de saúde, estão inseridos¹²².

A reflexão sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada, no qual se inscreve tratamento que contempla a terapia nutricional domiciliar associada ao fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está diretamente ligada ao combate à desnutrição, bem como à desospitalização. No entanto, o fortalecimento da capacidade de exigir a realização de direitos humanos demandam uma transformação apropriada na organização do Estado para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, como uma proposta de implantação de uma política pública de saúde estruturada e sistematizada sobre essa temática.

As exigências ainda são constantes e associadas à ideia de judicialização na possibilidade de obter direitos perante o Poder Judiciário, tendo como premissa a obrigação do Estado, sobretudo do Poder Executivo, por meio da implementação de políticas e programas públicos garantidores de direitos.

Dimoulis e Lunardi¹²³ refletem sobre as ações judiciais que pleiteiam alimentos ao Estado, sendo mais uma categoria de processo constitucional, considerando que a atuação do Poder Judiciário define um posicionamento para atuar em congruência às normas constitucionais. Nessa perspectiva, impor ao Estado o fornecimento da alimentação aos indivíduos é garantir um direito social, caracterizando a atuação jurisdicional constitucional.

Na saúde, o fortalecimento das políticas sociais é uma medida necessária para a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada, abrange o acesso à disponibilidade de alimento em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades alimentares e nutricionais, já que a perspectiva da privação está intimamente inserida nos problemas sociais, políticos e econômicos¹²⁴. Contextualizar o tema dos direitos humanos é abordar a sua

exigibilidade. As declarações de direitos, a constituição e as leis de um modo geral deixam de ter qualquer sentido, se na prática não tiverem a possibilidade concreta de aplicação¹²⁴.

As práticas de inclusão social com a elaboração de políticas públicas de saúde que são de competência ou atribuição da União, por meio do Poder Executivo, não são abrangidas, ou são adiadas, fator que contribui para a judicialização da saúde como forma de cumprimento de deveres e realização de direitos passíveis de serem exigidos no âmbito do Poder Judiciário.

Para a garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada, é necessário fortalecer as políticas sociais de forma que atinjam as complexidades em relação ao acesso e a disponibilidade de alimento em quantidade e qualidade suficiente, para que atendam as necessidades alimentares e nutricionais dos indivíduos¹²⁴.

Diante dessa premissa, percebe-se que a nutrição é incorporada na concepção do Direito Humano à alimentação adequada, para demonstrar a importância na demanda por uma promoção da saúde adequada, ante as complexidades das necessidades individuais de cada usuário que incluem a desnutrição, a deficiência de nutrientes, o excesso de peso e as doenças crônicas não transmissíveis¹²⁵.

Silva et al. destacam que a desnutrição está diretamente relacionada à insuficiência de recursos financeiros de um grupo populacional, caracterizado como baixa renda¹²⁶, que traz como consequência a falta de acesso a uma alimentação em quantidade e qualidade adequadas, conforme estabelecido na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional¹²⁷.

A subnutrição é outro fator que deve ser levado em consideração, uma vez que a falta de uma alimentação suficiente ou alimentação com deficiência de nutrientes, ocasionada pelo consumo de alimentos ultraprocessados e produtos alimentícios industrializados. Estes são geradores de malefícios à saúde como a obesidade e suas comorbidades, como também de doenças crônicas não transmissíveis, que são consequências do consumo desses alimentos inadequados e de alta concentração de calorias que fornecem¹²⁸.

Desse modo, o Direito Humano à Alimentação Adequada é uma importante ação utilizada como estratégia efetiva para combater a desnutrição e a subnutrição. Em relação às necessidades alimentares especiais, especialmente, sustenta o julgamento quanto às limitações que assegure efetivas estratégias no intuito de assegurar o DHAA, considerando a integridade e dignidade de um indivíduo.

4.3.3. A Política Nacional de Nutrição e Alimentação e sua interface com a Terapia Nutricional Domiciliar

A partir da década de 1990, o modelo das políticas públicas no Brasil passou a observar a Segurança Alimentar e Nutricional com a perspectiva de que a alimentação é um fator condicionante e determinante da saúde. À vista disso, a regulamentação do SUS, com a publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluiu em seu Capítulo I - dos Objetivos e Atribuições, no Artigo 6, item IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar¹²⁹. Vide:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

...

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde, aprovada em 1999 e atualizada pela portaria 2.715 em 2011, tem como compromisso subsidiar a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, com ações de promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, de vigilância alimentar e nutricional, de prevenção e cuidado integral dos agravos pertinentes à alimentação e nutrição. Esta integra ainda os esforços governamentais, por meio de um conjunto de políticas públicas que propõe respeitar, proteger, promover e conceder os direitos humanos à saúde e à alimentação³⁹.

A PNAN pode ser considerada como um marco no campo da saúde, que abarca as ações de alimentação e nutrição desde a sua elaboração³⁹. Para Coutinho et al.¹³⁰ essa política foi criada a partir de uma demanda em reconduzir a nutrição no contexto político, em constituir ações de alimentação e nutrição e em promover uma rede de apoio institucional.

Recine e Vasconcellos¹³¹ ressaltam que, ao reconhecer a alimentação e nutrição como condições imprescindíveis para a atuação na promoção e à proteção da saúde, sendo a PNAN um instrumento que subsidia condutas que inclui a administração da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

A articulação entre o SUS e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) sob o ponto de vista da PNAN tem o compromisso de dar subsídios para fortalecer as ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde. Esta tem a Atenção Básica como ordenadora das ações³⁹, tendo seu escopo definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que foi instituída em 2011 pela Portaria no 2.488, dando importância aos desafios da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde⁷³.

Dentre as áreas prioritárias definidas na PNAN estão as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação e nutrição. No entanto, também aponta como demandas a assistência aos indivíduos que apresentam necessidades alimentares especiais, por serem acometidos por doenças e agravos à saúde ou pela evolução dos ciclos da vida que causam mudanças nas necessidades nutricionais e na forma de se alimentar. Essas necessidades alimentares especiais são conceituadas pela PNAN como³⁹:

As necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).
(BRASIL, 2012a)

Ainda sobre a PNAN, a assistência relacionada à alimentação e nutrição nas RAS faz parte da primeira diretriz nela contida. Contudo, mesmo que suas ações sejam evidenciadas no âmbito da atenção básica, identifica a necessidade dessas ações também no âmbito da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, apontando, dentre outras questões, a necessidade de elaboração de protocolos e normas técnicas que incluem a normatização de critérios para promover a equidade e a regulação do acesso a alimentos para fins especiais³⁹.

Para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição, foi instituída a Portaria nº 2.685, de novembro de 2011, em cujo conteúdo se ressalta que o financiamento dessas ações é decorrente de transferência anual fundo a fundo, oriundo de recurso federal. No entanto, há contrapartida financeira com recurso municipal, que é destinado aos programas de fórmulas infantis e suplementos alimentares¹³².

Para Lira¹³³ verifica-se que grande parte das políticas públicas voltadas para ações de alimentação e nutrição são de gestão a nível federal, representada pelo Poder Executivo e há pouca iniciativa dos demais entes federativos (Estados e Municípios). Por isso, demonstra-se aqui uma descentralização ineficiente que não contempla o propósito constitucional, considerando que os entes federados, em todos os níveis de gestão, são capacitados e responsáveis pelo direito à alimentação.

4.4. A Judicialização da Saúde como meio de acesso à Terapia Nutricional Domiciliar pelo SUS

4.4.1. O controle judicial de políticas públicas

Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) demonstram que o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%²¹.

A atuação do Poder Judiciário no acesso à assistência à saúde tem forte impacto sobre a gestão, a qual influencia a tomada de decisão sobre demandas que expressam reivindicações e atuação justa para a garantia dos direitos fundamentais e sociais.

De acordo com Canotilho¹³⁴ o papel do Poder Judiciário é organizar, por meio de critérios jurídicos, orientando a abrangência, sentido e conteúdo que determinam e vinculam as decisões judiciais. Assim, é obrigação do Judiciário interpretar e aplicar a lei, além de promover a fiscalização dos demais órgãos administrativos quanto à sua execução.

Nesse sentido, é papel do Poder Legislativo a imposição de leis ou atos administrativos, para regulamentar, por meio de elaboração de critérios para a concessão dos direitos fundamentais. O papel do Poder Executivo, por sua vez, consiste em atuar no interesse público como gestores dos bens e serviços direcionados à coletividade, baseando suas ações nos direitos fundamentais, no cumprimento das leis instantaneamente¹³⁵.

A Constituição Federal de 1988 impõe regras que os órgãos governamentais devem seguir para garantir os direitos fundamentais aos usuários e evitar criar obstáculos à consecução de tais direitos. Assim, ao anunciar normas visando a integração entre os poderes, busca dar legitimidade e produzir resultados e respostas mais justos na forma de interpretar as normas constitucionais, assegurando o acesso dos usuários ao mínimo social, à alimentação adequada, ao consumo e à civilização, induzindo mudanças na distribuição de renda e na promoção do acesso à saúde¹³⁶.

Os direitos fundamentais estão previstos em vários artigos da Constituição Federal como sendo direitos de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é compartilhada entre todos os entes federativos (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). O artigo 5º, §1º, impõe normas de aplicação imediata, impostas ao poder público que deve atendê-las em toda dimensão, além de evitar que se criem regras que impeçam ou dificultem a efetividade dos direitos fundamentais¹³⁵. A normatização constitucional desses direitos visa fomentar a preservação do indivíduo contra o poder político¹³⁷.

Caliendo¹³⁸ e Lopes¹³⁹ enfatizam que a ausência de recurso financeiro é uma das dificuldades na efetivação dos direitos fundamentais, pois essa carência está associada à promoção da desigualdade, contexto em que nem todos os indivíduos podem usufruir desses direitos, ou apenas alguns poderão obtê-los. No entanto, o custo não é em si uma barreira quanto à execução da ação, mas dificulta a decisão em relação ao destino da alocação dos recursos, na escolha da política pública que será contemplada por eles, pois significa privilegiar uma área enquanto outra tem prejuízo com a ausência dele.

Para Mendes e Branco¹⁴⁰ os direitos fundamentais de ordem pessoal são aqueles em

que os usuários podem exigir dos órgãos estatais. O artigo 6º, da Constituição dispõe sobre os direitos sociais e estabelece que as políticas e ações voltadas ao atendimento desta demanda não são conduzidas por um programa de governo, mas firmam os compromissos do Estado com tais direitos.

Wang¹⁴¹ enfatiza que para dispor dos direitos sociais, há a necessidade de recursos financeiros para a implantação das políticas públicas, que demandam gastos. Uma decisão judicial favorável referente a um determinado direito social pode impor ao Estado o dever de efetuar gastos públicos, no entanto, quando estes são insuficientes para oferecer a todos os indivíduos os direitos previstos na Constituição, e são garantidos por ação judicial, muitas vezes o ente público não tem ou não pode dispor dos recursos suficientes para cumprir a decisão sem trazer prejuízo a outro direito que o Poder Público entendeu ser mais importante.

Nessa perspectiva, evidencia-se que a falta de recursos obriga que o ente público escolha onde alocar os recursos disponíveis. Isto, por óbvio, acarreta consequências em desfavorecer outras áreas que também necessitam de recursos financeiros, as quais apelam ao Poder Judiciário, como medida de proteção desses direitos¹⁴¹.

Para Lima¹⁴² a atuação do Poder Executivo está envolvida com estratégias para proteger o direito social à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal. Por isso, não se pode justificar a ausência de recursos orçamentários para eximir-se de sua obrigação. Defende, todavia, que as finanças públicas devem ser levadas em consideração para atender ações individualizadas.

Na visão de Mendes e Branco¹⁴⁰ estes consideram ser dever do Estado garantir o direito social à saúde a todos os indivíduos, independente do status individual ou coletivo, no sentido de promover, proteger, recuperar de forma universal e igualitária e desenvolver políticas públicas que materializam a prestação positiva.

As políticas públicas são ações inerentes ao Estado no cumprimento dos direitos sociais com o propósito de induzir a inclusão social com a inserção de indivíduos vulneráveis na sociedade e com a promoção do acesso à Saúde de todos os indivíduos. O Estado deve optar em alocar recursos orçamentários, considerando a eficiência econômica, uma vez que são limitados, perante os custos do direito¹⁴³.

O custo é determinante para garantir o cumprimento dos direitos que vai além das escolhas políticas, sendo necessário realizar uma análise econômica, considerando que as necessidades humanas são constantes, enquanto os recursos são limitados. O ponto principal é a aptidão política para definir as prioridades e definir critérios mínimos para as áreas essenciais no que se refere aos direitos fundamentais^{144,145}.

Bucci¹⁴⁶ define que as políticas públicas são programas de ação governamental que visam organizar os instrumentos disponíveis no Estado, a fim de realizar os objetivos públicos relevantes e politicamente determinados para a efetivação dos direitos fundamentais. Com isso, defende que a competência para implementar as políticas públicas por meio de programas e ações é de responsabilidade do poder legislativo, tendo como subsídio o preconizado na Constituição Federal a edição de leis complementares (LOA, LDO e LR) que concretizam os direitos sociais que será exercido pelo Poder Executivo.

O governo utiliza as políticas públicas como um conjunto de estratégias contendo etapas e regras tendo objetivo de encontrar soluções coerentes para problemas públicos. Nessa perspectiva, o artigo 196 da Constituição Federal define a saúde como política pública¹⁴⁶. Vejamos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1996, p. 104).

Barcellos¹⁴³ explica que há uma competição entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios na distribuição de competências e na definição de critérios em relação à resolução de problemas referentes às políticas públicas. No entanto, os parágrafos do artigo 24 da Constituição Federal fornecem parâmetros para abrangência da atuação dos entes federativos.

A Constituição Federal enfatiza que os direitos sociais em relação à saúde não podem ser aplicados de forma individual e sim de forma coletiva, tendo em vista a consagração do critério da justiça social que concede o acesso universal e igualitário a todos os indivíduos¹¹⁰. Com este propósito, Lima¹⁴² recomendou o novo modelo de gestão, no qual o Poder Judiciário deve conhecer a atuação do Poder Executivo e do Poder Legislativo em relação às políticas públicas e à Legislação vigente, pois não apresenta a realidade vivenciada por eles.

A justificativa em se transferir ao Poder Judiciário as deliberações políticas mais complexas tem o propósito de reduzir riscos à classe política e isentá-la de culpa, vista pela sociedade como uma forma de negar uma solução para os problemas¹⁴⁷. Além disso, ao inserir os tribunais nessas disputas, a classe política visa adquirir a legalidade do ato, não só por ser apoiado pela sociedade como também por esconder a intenção em preservar a autoridade de “grupos sociopolíticos dominantes que estejam com receio de perder seu controle sobre o exercício do poder político”¹⁴⁷.

Arenhart¹⁴⁸ afirma que há autores que garantem que a interferência do Poder Judiciário por meio de demandas individuais é ineficaz e não soluciona o problema que a política pública demanda. Dessa forma, defende que o direito individual esconde uma política pública

incapaz de implementar ações que contemple a todos os indivíduos e não para aqueles que buscam a judicialização da demanda em desfavor do direito coletivo.

Essa interferência do Poder Judiciário gera um conflito e como consequência uma lacuna na atuação do Poder Legislativo e a ineficiência do Poder Executivo. Diante dessa omissão, o Poder Judiciário é acionado e obrigado a proceder para cumprir as regras dos direitos sociais pleiteados para reparar a injustiça¹⁴⁹. Existem manifestações consideráveis nessa atuação, sobretudo na implementação de políticas públicas de saúde e o modo como ocorre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), aspecto que motiva a judicialização da saúde na busca da concretização deste direito¹⁴⁹.

Conhecida como fenômeno, a judicialização das políticas cresce e revela que demandas com amplo efeito político ou social estão sendo decididas pelo Poder Judiciário e não pelos órgãos competentes¹⁵⁰.

4.4.2. A concessão do direito à saúde por meio da judicialização

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pela Lei n. 8.080/90 que estabeleceu diretrizes e princípios¹⁴⁵ visando a fiscalização e controle; a integração dos serviços públicos de forma descentralizada por regiões e com atendimento integral; participação do setor privado de forma complementar¹⁵¹.

Ventura et.al³⁵ enfatiza que a missão do SUS é prestar atendimento a todos os indivíduos de forma universal, igualitária, gratuita, preventiva, com responsabilidade compartilhada entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

A insuficiência de recursos limita a aquisição de equipamentos, medicamentos e demais itens necessários à saúde, que afetam diretamente a capacidade de fazer o sistema de saúde funcionar. Além disso, a escassez de concursos públicos e a redução de salários e terceirizações impactam o desempenho e o resultado para os usuários. Esse cenário contribui para as dificuldades de gestão do Sistema Único de Saúde¹⁵².

Lima¹⁴² afirma que todos os indivíduos podem litigar contra o Estado, de forma exclusiva, para requerer serviços e procedimentos de saúde, sendo que tais direitos são postos em prática de forma insensata, o que traz repercussões negativas como o enfraquecimento do direito social à saúde por estar em conflito com benefícios que podem ser compartilhados.

A judicialização como meio de acesso à saúde é considerada um fenômeno em que um indivíduo busca no Poder Judiciário decisões relacionadas às competências do Poder Executivo ou Legislativo, à exemplo de demandas relacionadas à saúde, educação, meio ambiente, dentre outros temas. Hirsch¹⁵³ denominou esse fenômeno de constitucionalização,

que é a imposição do direito civil.

Ventura et.al³⁵ enfatizam que a judicialização da saúde traz mudanças importantes e desafios para a gestão. Hirschl¹⁴⁷ ressalta que além da concessão de direitos, a judicialização traz mudanças de ordem social, por incluir as classes menos favorecidas economicamente. Por isso, é necessário que exista uma estrutura organizacional que ampare a efetividade de tais direitos.

A judicialização das políticas é compreendida por Campilongo¹⁵⁴ como reivindicações por implementação e gestão de políticas conduzidas pelo Poder Judiciário, que é responsável pela defesa do Estado Democrático de Direito pela Constituição de 1988, cujas atribuições foram impostas para executar as obrigações dos direitos fundamentais, que incluem a isonomia judicial as minorias e aos grupos, considerados excluídos da sociedade.

Borges¹⁵⁵ conceitua judicialização como o fenômeno criado pela influência do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais, enquanto Soares e Deprá¹⁵⁶ a conceituaram como um crescente fenômeno da busca, por meio de ação judicial, de acesso à serviços e procedimentos de saúde aos usuários não conseguem obtê-los diretamente pelo Sistema Único de Saúde.

Alguns estudos demonstram que o alto número de solicitações de um mesmo produto oriundos de demandas judiciais pode fomentar a sua incorporação no SUS²². Contudo, a incorporação de novas tecnologias no SUS inclui a análise baseada em evidências, levando em consideração aspectos como eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia, além da avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já existentes^{157,158}.

A crescente demanda judicial atribui aos tribunais controle e autoridade máxima que configura um ponto de partida de uma argumentação para todos os tipos de demandas e que gera o aumento de ações judiciais. Em temas relacionados à saúde, por exemplo, já ultrapassam mais de um milhão de ações¹⁵⁹. Ademais, as demandas submetidas ultrapassam as atribuições que lhes são concedidas. Segundo Hirschl¹⁵³, a judicialização da política pública é concebida de forma confusa por confiar aos tribunais a solução de demandas específicas, sem levar em consideração a diferença entre a definição do direito e um julgamento justo.

Pereira¹⁶⁰ ressalta a importância da judicialização não gerar compensação pela ineficiência do Estado em relação à individualização e orienta quanto a necessidade cumprir as necessidades sociais, sendo uma atribuição estatal, para atender a todos.

Sant'Ana¹⁶¹ aponta a judicialização da saúde como a causa para aumentar os custos

acima dos limites orçamentários e faz críticas aos processos utilizados para propor demandas, seja coletiva ou individual.

Na percepção de Santana e Freitas Filho¹⁶², a decisão sobre a alocação de recurso coletivo que inclui o direito individual deve levar em consideração os aspectos econômico, teórico e político, sendo o aspecto financeiro gerador de resultado insatisfatório.

Com a judicialização da saúde, as concessões são realizadas sem planejamento prévio ou elaboração de critérios mínimos, o que pode comprometer a sustentabilidade do SUS. Na tomada de uma decisão favorável em relação ao fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar, é notória a falta de experiência do Poder Judiciário sobre a temática, cuja área de atuação técnica não é a saúde.

Nesse sentido, a falta de subsídio de profissionais da saúde devidamente capacitados, com experiência prática e conhecimento técnico sobre os indícios de risco, no sentido de se avaliar as condições metabólicas e fisiológicas do usuário beneficiado, a necessidade de acordo com a sua patologia, assim como os nutrientes indispensáveis na quantidade adequada é um aspecto prejudicial não somente ao usuário, mas também para a gestão federativa.

Além disso, a prescrição não se restringe apenas à avaliação médica, mas também à especialidade da equipe multiprofissional. Essa falta de experiência do Judiciário é evidenciada ainda no que tange às concessões de fórmulas com indicação do nome comercial, possuindo uma determinada marca específica, sem levar em consideração a composição nutricional e ainda sem observar o conflito de interesse na indicação desse produto por profissionais que podem ser patrocinados com amostras e outros benefícios, ao optarem por esta indicação.

É importante destacar que uma empresa do ramo da saúde apresenta vantagens ao consumidor com a oferta de produtos inovadores e novas condutas terapêuticas. Para isso investem em inovação tecnológica, financiam pesquisas, investem em capacitação profissional dentre outros pontos de interesse, no entanto, o interesse primário delas geralmente é o lucro, favorável para indenizar seus acionistas e expandir suas atividades.

Considerando a saúde como um direito e inerente à vida, uma empresa ligada ao sistema de saúde pode aumentar ainda mais suas vendas se aumentar o número de prescrições de seu produto e conseqüentemente pode aumentar seus lucros. Para tal, segundo Ramonet, é comum usarem como estratégias a persuasão do profissional de saúde, sendo a maioria autoridades médicas, são muito eficazes por influenciar o entendimento tanto dos pacientes e seus familiares, quanto dos profissionais de saúde. Assim, quando um produto ou serviço é associado com renomados profissionais, as empresas agregam respeitabilidade aos seus

produtos¹⁸⁰.

Em seus escritos sobre as propagandas, Ramonet¹⁸⁰, define como “estratégias sofisticadas que aspiram vender, não mais uma marca, mas uma personalidade”. Usualmente, as empresas de alimentos têm utilizado o marketing e a propaganda focados diretamente aos profissionais de saúde, no intuito de promover e divulgar de seus produtos e serviços. Utilizam-se de visitas periódicas dos seus representantes, as quais incluem a apresentação dos seus produtos com roupagem, linguagens ou frases atrativa, a doação de amostras, os anúncios nas revistas especializadas, comercialização em stands de eventos ligados ao tema com brindes e presentes variados, a constante colaboração na divulgação de eventos científicos, o patrocínio direto de cursos de atualização, simpósios e congressos, além da contribuição para o sustento de revistas científicas e de publicações que vão de boletins a monografias¹⁸¹.

A oferta de presentes, tidos como mimos e regalos em troca da posição e status do profissional que indica seus produtos foi bem definida por Chren, Landfeeld e Murray¹⁸² um estudo sobre a relação entre os médicos e as indústrias farmacêuticas: “Ao oferecer um presente ao outro, uma pessoa está proferindo uma relação de amizade. Ao aceitar um presente, aceita-se o início ou o reforço da relação. Um presente provoca uma resposta obrigatória daquele que recebe, geralmente certos deveres sociais como gratidão e desejo de reciprocidade.”

De acordo com Lewis H. Margolis, em seu artigo sobre a oferta de presentes das indústrias farmacêuticas, as empresas investem no marketing e na propaganda de seus produtos e serviços com a intenção de influenciar o comportamento dos médicos ao prescrevê-los e/ou indicá-los, atrelando diretamente à captação de clientes e à ampliação da sua marca¹⁸³.

Nessa perspectiva, Waitzberg em seus estudos ressalta que há grande variedade de formulações nutricionais enterais existentes no mercado brasileiro, com a possibilidade de expansão, o que torna a busca e seleção delas uma tarefa difícil, assim como reunir informações sobre o assunto são escassas e não atuais^{175,184}.

Um estudo realizado em 2018 por Cardoso et. al, apresentou o levantamento e tabulação de dados sobre um total de 74 formulações nutricionais de 6 indústrias diferentes, sendo elas: Abbott, Danone, Fresenius, Nestlé, Nutrimed e Prodiel, das quais em suas análises 47,3% eram fórmulas padrão, sendo as sem fibras as mais comuns (24,3%), assim como suas respectivas classificações e preços de mercado à época da realização da pesquisa¹⁸⁵.

Já em um estudo realizado em 2020 por Silvah et.al trouxe o levantamento e tabulação

de dados sobre um total de 46 fórmulas enterais encontradas de 5 indústrias diferentes sendo elas: Nestlé, Fresenius, Danone/Nutricia, Abbott e BBraun, em sistema fechado, ou seja, pronta para consumo sem a necessidade de preparo ou envase, comercializadas no mercado brasileiro¹⁸⁶.

Percebe-se que apesar do número elevado de formulações, que ainda está em expansão, as indústrias que têm sua marca consolidada no mercado brasileiro são poucas. No entanto, construíram a autoridade da marca com o marketing de efeito com a premissa de levar a solução às necessidades dos usuários, o que confirma as afirmações feitas por Ramonet.

Barros e Joany¹⁵⁶ corroboram com esta problemática e afirmam a influência da indústria farmacêutica nas prescrições médicas e no poder do profissional médico, contexto em que a prescrição médica põe em dúvida sua legitimidade, fato que vem sendo destacado em vários estudos¹⁶³.

Outra evidência dessa falta de experiência do Judiciário se refere às ações individualizadas que podem interferir na política pública de saúde, uma vez que o Estado e/ou Município cumprirá a determinação de acordo com o orçamento disponível, sendo necessário remanejar recurso de um determinado programa para outro, deixando outros usuários descobertos, a fim de que se cumpra a decisão judicial.

Com efeito, a consolidação do direito à saúde, que inclui o direito à alimentação e abrange ainda o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas - como continuidade do tratamento realizada no domicílio - deve ser analisada com cautela e ao ser comprovada a necessidade e a indicação por meio da avaliação nutricional, deve ser garantida pelo Estado.

Para Lira¹³³, a judicialização do direito à alimentação é uma realidade e mesmo com toda discussão abordada apenas em normativas infraconstitucionais, refere que, para ofertar ao usuário o direito à alimentação, tem-se a necessidade de criar critérios que não foram estabelecidos pela Constituição.

Ademais, é relevante informar que um usuário ao ser beneficiado com a aquisição de fórmulas alimentares industrializadas, por meio da judicialização, ganha o direito ao produto pleiteado, no entanto, ele não vem atrelado às condições inerentes a ele, como as instruções ou treinamento específico ao seu/sua cuidador/a para lidar com situações como a correta manipulação em termos de constituição da fórmula nutricional, como por exemplo, no caso de produtos em pó, a quantidade de água para diluição e quantidade de produto adequados; na administração da dieta; no caso de sonda sobre a consistência ideal para evitar obstrução das sondas considerando o uso de dietas com alta densidade calórica, dietas artesanais, com alto

teor proteico ou ricas em fibras; aptidão para resoluções de eventuais problemas básicos como falhas no manuseio e desatenção às normas do fabricante, que possuem produtos com diferentes modelos, materiais e diâmetros, cada um com suas recomendações; armazenamento das fórmulas, higienização correta para casos de reutilização da sonda ou descarte, dentre outros cuidados que o produto poderá requerer. A concentração, osmolaridade, densidade de uma dieta, por exemplo, quando mal administrados/calculados, podem causar diarreia, distúrbios gástricos e impedir a correta absorção de nutrientes. Uma vez instituída na prática, a judicialização da saúde traz um impacto a milhares de indivíduos, no que diz respeito à aquisição das fórmulas nutricionais e a ausência de capacitação de cuidadores para sua correta administração.

Pscheidt¹⁶⁴ explica que o Poder Judiciário é o órgão garantidor dos direitos fundamentais estabelecidos na Constituição. Contudo, independente da sua importância, não pode se conferir ao direito à saúde valor absoluto, causando a desorganização do sistema governamental, que inclui o Sistema Único de Saúde e que tem efeito diante à instigação em relação ao princípio da isonomia, uma vez este direito é garantido pela Constituição Federal de 1988, mas também é regulado por normativas infraconstitucionais¹⁶⁵.

É notório que a judicialização da saúde é prejudicial e contraditória ao princípio da equidade, ameaça a organização e a sustentabilidade do sistema de saúde, reposicionando as prioridades e gerando riscos à saúde, no entanto, essa ação direciona as atenções para o setor Saúde, evidenciando a expectativa que a sociedade tem relação ao SUS¹⁶⁶.

4.4.3. Experiências exitosas: implantação de programas municipais de fornecimento de fórmulas nutricionais como uma estratégia de saúde pública.

Vêm crescendo as iniciativas municipais com a implantação de programas de fornecimento de fórmulas nutricionais como uma estratégia de saúde pública no intuito de fomentar a desospitalização, subsidiar o tratamento das doenças diagnosticadas pelas equipes de saúde, reduzir o tempo de permanência hospitalar, reduzir o número de reinternações ocasionadas pelo estado nutricional e reduzir o risco de complicações relacionadas à contaminação das fórmulas nutricionais artesanais. Ademais serve ainda para melhorar e/ou manter o estado nutricional dos pacientes, bem como reduzir o número de processos judiciais em desfavor das Secretarias de Saúde, otimizando assim, os gastos públicos em saúde.

Como exemplo, apresentamos 04 programas em Estados distintos que aderiram a essa estratégia, a saber: Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Santa Catarina.

No Distrito Federal, o Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED)

da SES/DF é um programa de fornecimento de fórmulas para fins especiais para uso domiciliar, regulamentado pela Portaria nº 478, de 06 de setembro de 2017. Neste documento consta a descrição do fluxo de atendimento e seus critérios de inclusão e exclusão. Assim, contempla a indicação de dieta via sondas (nasogástrica ou nasoentérica) ou ostomias (gastrostomia ou jejunostomia) em virtude da incapacidade de alimentação pela via oral e alguns casos de suplementação oral nos seguintes casos: fibrose cística, epidermólise bolhosa congênita, erros inatos de metabolismo (EIM), doenças inflamatórias intestinais, epilepsia farmacorresistente, alergia à proteína do leite de vaca em menores de 2 (dois) anos de idade, disfagia com necessidade do uso de espessante e pacientes desnutridos portadores de doença renal crônica, lesão por pressão, AIDS, câncer e idosos desnutridos.

Sob gestão da Gerência de Serviços de Nutrição-GESNUT/SES, fornece fórmulas nutricionais para fins especiais desde 2005. Mensalmente, são atendidos 2.328 pacientes que se beneficiam pela disponibilidade de cerca de 45 produtos entre fórmulas para erros inatos de metabolismo, fórmulas infantis para crianças com alergia ao leite de vaca, fórmulas enterais pediátricas, fórmulas enterais para adultos, suplementos orais, módulos de nutrientes e materiais para administração de nutrição enteral. Esse programa vem mostrando resultados significativos referente à proposta de implantação, descritas no seu Relatório de Atividades, publicados anualmente^{167,168}.

No Rio Grande do Sul, foi criado em 2005 o Centro de Referência para Assessoria em Fórmulas Nutricionais Especiais, com a finalidade de avaliar tecnicamente as solicitações de fórmulas nutricionais especiais pelos usuários do SUS à Secretaria Estadual de Saúde. Para atender à demanda de modo racional, os Centros de Referência foram compostos por especialistas responsáveis pela emissão de avaliações técnicas quanto à melhor terapêutica para doenças específicas com custo considerado elevado do ponto de vista da sociedade. Para tanto, no Estado do Rio Grande do Sul foi firmada uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre para a execução dos projetos de criação e execução dos Centros de Referência para essas situações de alto custo. Apesar do grande número de processos administrativos e judiciais de solicitação de fórmulas no Estado até fevereiro de 2005, inexistia padronização e centralização na avaliação das solicitações e fornecimento dessas fórmulas. Porém, embora o CR represente grande parte da totalidade dos processos avaliados em situações de alto custo, o efeito da sua implantação sobre a demanda de requisições de fórmulas, número de usuários atendidos e custos para o Estado ainda não foram mensurados¹⁶⁹.

Em Minas Gerais, para o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, a

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, desenvolveu dietas enterais semiartesanais (a base de alimentos) e espessantes caseiros de baixo custo, fácil preparo e composição nutricional adequada, que podem ser utilizados pelos usuários com segurança, desde que respeitadas as orientações e técnicas de preparo e armazenamento. Todo familiar/responsável pelo usuário que demandar dieta enteral por via alternativa recebe orientações sobre cuidados, preparo e infusão da dieta enteral, bem como informações sobre o período de fornecimento da dieta industrializada. O nutricionista da Rede SUS-BH capacita o familiar ou cuidador quanto ao preparo, utilização e armazenamento da dieta enteral a ser utilizada, seja industrializada, artesanal ou mista, conforme a Cartilha de Terapia Nutricional Enteral que eles disponibilizam.

Além da Cartilha, eles possuem protocolos próprios de fornecimento de fórmulas nutricionais onde estão descritos o fluxograma de atendimento, os critérios clínicos para adesão ao programa, bem como informações sobre as fórmulas disponibilizadas e as quantidades fornecidas. Para os casos de crianças que se alimentam exclusivamente por via oral e que possuem alergia à proteína do leite de vaca–APLV, ou são filhos lactentes de mães infectadas pelo HIV, existe outro fluxo específico na Rede SUS-BH a ser seguido¹⁷⁰.

Seguindo essa mesma estratégia, muitos municípios do Estado de Minas Gerais têm implantado programas para o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, tais como: Ipatinga/MG, Contagem/MG, Januária/MG, Pedro Leopoldo/MG, São Tiago/MG, dentre outros.

Em Santa Catarina, o Programa de Fórmulas Infantis Especiais de Florianópolis foi criado em 1994 e normatizado em 1998 na Rede Básica de Saúde Municipal. Ao longo dos anos, o Programa foi revisado e modificado, com o objetivo de se adequar às mudanças que aconteceram na rede de saúde de Florianópolis. Atualmente, o Programa conta com uma coordenação em nível central (Secretaria Municipal de Saúde - SMS), mas se insere nos processos de trabalho da rede de Atenção Primária e de Atenção Especializada de Florianópolis.

O Programa atua com foco na necessidade de racionalizar a oferta de fórmulas infantis pelo município de Florianópolis; de padronizar, dentro de princípios éticos, a variabilidade da prescrição, especialmente quanto ao uso racional de fórmulas infantis especiais; e a necessidade de ofertar um elenco definido de acordo com critérios técnicos, científicos e de estudos de medicina baseada em evidências clínicas, disponível no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, a fim de dar o rigor necessário ao fornecimento de fórmulas infantis e garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada e a Segurança Alimentar e Nutricional

das crianças com diagnóstico de distúrbios nutricionais¹⁷¹.

Em 2010, o Ministério da Saúde organizou a II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS e o I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária, onde vários municípios apresentaram trabalhos relatando suas experiências exitosas, realizadas no âmbito da alimentação e nutrição. Foram publicados 1.000 exemplares desses relatos na Série F. Comunicação e Educação em Saúde - 1ª edição. A coleção institucional também pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde disponível no endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/bvs>¹⁸⁷.

Essa Mostra trouxe o relato de alguns municípios sobre Programas de Fórmulas Nutricionais os quais corroboram com implantação de uma polícia pública eficaz para a gestão e redução dos processos por judicialização, vide¹⁸⁷.

Em Itajaí-SC, por exemplo, destaca-se:

“Resultados Alcançados: Através do Programa de Fórmulas Nutricionais, foi possível garantir o tratamento de usuários do SUS com distúrbios nutricionais específicos, como crianças intolerantes à lactose ou que tenham alergia à proteína do leite de vaca ou de soja, pacientes oncológicos, desnutridos, alimentados por sonda ou ostomia, entre outros. Desde a implantação do Programa de Fórmulas Nutricionais não houve mais ações judiciais para fornecimento de leites modificados, suplementos alimentares, fórmulas de aminoácidos e nutrição enteral. Lições Aprendidas com a Experiência: O fornecimento de fórmulas nutricionais sem a necessidade de ação judicial promove a humanização no atendimento a este usuário do SUS, pois reduz o transtorno causado ao paciente em um momento tão crítico de sua vida. Sugere-se o repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde para aquisição de fórmulas nutricionais e a implantação desta experiência nas demais localidades do país.”

Já no município de Curitiba-PR, vale enfatizar:

“Resultados Alcançados: Após um ano da implantação da ação estratégica, houve redução de 42,9% do custo per capita com a dispensação de Fórmula Alimentares Industrializadas (FAI). O número de pacientes acompanhados aumentou em 48,2%. O monitoramento nutricional proporcionou conhecer a prevalência das doenças, idade, procedência dos pacientes, via de acesso da alimentação, conduta nutricional, tempo de acompanhamento e resposta ao tratamento. Verificou-se predominância da manutenção do estado nutricional em todas as faixas etárias. 48% dos atendimentos foram no domicílio. Lições Aprendidas: A inserção do nutricionista no SUS para a atenção aos pacientes em TNE propiciou o atendimento a um maior número de usuários, a adequação da conduta nutricional com consequente otimização do gasto com FAI, garantindo a manutenção do estado nutricional. Nos atendimentos domiciliares, pode-se compreender o modo de vida da família, adequar o plano alimentar à rotina do paciente, resgatar valores simbólicos da alimentação e orientar quanto à participação da família no processo de cuidado, cura ou recuperação do paciente. Com a estratégia implantada, o atendimento ao paciente em TNE passou da mera distribuição de FAI para a assistência integral à saúde, resultando em uma experiência bem-sucedida, podendo ser desenvolvida em outros municípios, contribuindo positivamente no pacto pela saúde.”

Apresentamos ainda o município de Ribeirão Preto mostra a articulação entre serviços como estratégia de implantação bem-sucedida de gestão de saúde e destaca:

“o tratamento clínico-nutricional implicava na utilização de dietas enterais ou

fórmulas infantis especiais, passaram a requerer junto ao Ministério Público, o fornecimento gratuito. Em 2002, foi criada a Comissão de Análise de Solicitações Especiais (CASE), por meio de uma parceria estabelecida entre o Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII), o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP), e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), com o objetivo de auxiliar a Promotoria Pública Estadual de Ribeirão Preto na avaliação dos pedidos não-padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa comissão, composta inicialmente por médicos e farmacêuticos, foi ampliada a partir de 2006, incluindo nutricionistas e advogados (Portaria do DRS XIII de 22/09/2006), devido à crescente demanda de solicitações de dietas enterais e fórmulas infantis. Foi elaborado um projeto, objetivando padronizar e hierarquizar o atendimento de pacientes em uso de Terapia Nutricional Domiciliar, atendidos pelo SUS, e após a sua consolidação repassar a experiência para os outros Municípios da DRS XIII e Ministério da Saúde. O Projeto envolveu as seguintes fases: 1- Levantamento da legislação existente. 2- Padronização das especificações técnicas, para solicitação e aquisição das fórmulas. 3- Elaboração de Fluxograma de Atendimento. 4- Elaboração de impressos para avaliação, acompanhamento e controle das fórmulas. 5- Garantir o financiamento dessas dietas dentro do orçamento da Secretaria da Saúde e da DRS XIII. 6- Implantação de Ambulatório de Nutrição pela Secretaria Municipal da Saúde, para centralização dos atendimentos. Ao final de 2007, todas as fases propostas, exceto o ambulatório, haviam sido concretizadas, o que coincidiu com a ampliação da equipe. Até o final de 2007, foram avaliadas 66 solicitações de dietas enterais. Destes, 29 indivíduos eram do sexo feminino e 37 do sexo masculino, com idade média de 75,84 para as mulheres e 68,42 para os homens. Os diagnósticos foram de: Acidente Vascular Cerebral (7 homens e 11 mulheres); Demência e Alzheimer (3 homens e 8 mulheres); neoplasia (2 cada grupo); megaesôfago chagásico (3 pacientes) e outras. Foram avaliadas 14 solicitações de fórmulas infantis, sendo 3 pacientes do sexo feminino e 11 do sexo masculino. A principal causa da solicitação foi alergia ao leite de vaca (7); seguido por desnutrição (2). Conclui-se que a padronização dos tipos de dietas solicitadas possibilitou aquisição por registro de preço, o que agilizou o fornecimento das fórmulas e reduziu o custo, além de garantir o atendimento e segmento clínico-nutricional do paciente por uma equipe multidisciplinar. Para que as cidades possam implantar o Comitê e o Protocolo, é necessária existência de equipe multidisciplinar, com nutricionistas.”

Experiências como essas demonstram que a existência de programa de governo, em âmbito federal, pode impactar positivamente a vida de muitos usuários e ainda reduzir ações judiciais para aquisição fórmulas alimentares industrializadas, bem como seus custos associados para a União.

5. METODOLOGIA

5.1. Descrição do estudo e coleta de dados

Este estudo se insere na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo Fiocruz em Brasília. É um estudo descritivo, de abrangência nacional, com abordagem quantitativa, que envolve pesquisa bibliográfica e análise de dados extraídos de ações judiciais submetidas contra a União com o objetivo de pleitear o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar no período compreendido entre 1º de

janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2020.

5.2. Estratégia de busca e seleção dos artigos

A seleção dos documentos foi realizada de acordo com os objetivos da pesquisa e, em busca dessa compreensão, realizou-se levantamento bibliográfico de pesquisas nacionais sobre a judicialização da saúde e do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, a fim de se obter experiências, iniciativas e avaliações sobre o tema.

Para tal foram empregados os seguintes descritores: atenção domiciliar, terapia nutricional domiciliar, judicialização da saúde, a partir de buscas nos sistemas Mesh, Emtree e DeCS, para verificar se as nomenclaturas estavam de acordo com as bases de dados.

Os artigos encontrados a partir das buscas utilizando os descritores estabelecidos foram exportados para a plataforma Mendeley. Após sua leitura, foram analisados quanto à pertinência do seu uso nesta pesquisa e selecionados aqueles cujos temas correspondiam à dissertação.

Foram pesquisados artigos científicos em português, inglês e espanhol nas bases bibliográficas Medline (via Pubmed), Embase, The Cochrane Library, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science e Scielo. Foram realizadas também consultas com base nas citações bibliográficas de cada artigo, teses, dissertações, e relatórios de pesquisa.

5.3. Instrumentos de Coletas de Dados

Além dos artigos que foram escolhidos, outros instrumentos de pesquisa adotados foram: Pesquisas documentais, incluindo leis, resoluções, portarias, relatórios de gestão e manuais com acesso público à internet. Para as consultas realizadas na plataforma do Ministério da Saúde, a saber: Saúde Legis, Tabnet/Datasus/MS, Sigtap, foram feitas buscas a partir de descritores sobre terapia nutricional que permitiram identificar um rol de portarias e procedimentos sobre o tema. As primeiras portarias encontradas nas referências bibliográficas foram levando ao conhecimento das demais. Além disso, manuais instrutivos e demais documentos oficiais foram utilizados para conhecimento da organização da Terapia Nutricional no SUS no período estudado.

Foram utilizadas ainda dissertações encontradas por intermédio dos catálogos de universidades brasileiras como Unicamp, UNESP, USP, UNB. Limites de data não foram aplicados na estratégia de busca.

Considerando a limitação do acesso por usuário externo ao Sistema Eletrônico de Informações (SEI) utilizado pelo Ministério da Saúde, que é a ferramenta oficial de gestão

de documentos e processos eletrônicos, foi necessário realizar busca de dados essenciais para compor essa pesquisa por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI). Após essa demanda, foi disponibilizado um banco de dados sobre judicialização de fórmulas nutricionais industrializadas em tabela Excel.

O comparativo de preços foi feito com base nas tabelas dos sites de compras da administração pública, disponíveis para órgãos e entidades públicas das esferas Federal, Estadual e Municipal de todos os Poderes. São eles: Banco de Preços em Saúde (BPS), sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde - MS que se destina ao registro e à consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde realizados tanto por instituições públicas quanto por instituições privadas; Catálogo de Materiais (CATMAT) do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) do Ministério da Economia (ME), que é um sistema informatizado que permite a catalogação dos materiais destinados às atividades fins e meios da Administração Pública. Além disso, foram utilizados os valores contidos nos processos judiciais que foram recebidos no Ministério da Saúde no período de 2019 a 2020.

Para a estimativa do custo das fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar, inicialmente foi realizada a identificação das fórmulas nutricionais (procedimentos de saúde) produzidos pelo SUS obtidos no site do SIGTAP, que resultou em 10 procedimentos referente à terapia nutricional, e posteriormente filtrados à partir das fórmulas nutricionais identificadas nos processos judiciais recebidos no Ministério da Saúde.

Para a busca das fórmulas nutricionais foi realizada pesquisa digital em portfólios de sete laboratórios que produzem e distribuem fórmulas nutricionais enterais industrializadas no Brasil, sendo eles: Abbott, Danone, Fresenius, Nestlé, Nutrimed, Prodiet e BBraun. Os portfólios podem ser acessados por meio dos sites dos respectivos laboratórios, nos quais se pode ter acesso a todas as informações nutricionais das formulações produzidas: (Abbott: <http://www.abbottbrasil.com.br/>; Danone: <http://www.danonenutricao.com.br/>; Fresenius: <https://www.fresenius-kabi.com/br/>; Nestlé: <https://www.nestle.com.br/>; Nutrimed: <http://www.danonenutricao.com.br/>; Prodiet: <http://prodiel.com.br/>); BBraun: <https://www.bbraun.com.br>). Ademais, foram realizadas pesquisas em artigos publicados sobre as fórmulas disponíveis no mercado brasileiro.

No segundo momento foram pesquisados por meio do programa de tabulação e tratamento de dados do DATASUS, Tabnet, o número de visitas domiciliares sob o código 010103, no período de 2019.

Foi realizada a identificação do custo das fórmulas solicitadas ao Ministério da Saúde em 2019, uma vez que não foi possível utilizar a referência de 2020, considerando a inexistência de dados e o número parcial dos processos judiciais. Após, foi realizada a identificação do custo das fórmulas para aquisição da União nos sites de compra da administração pública. A partir desses dados foi calculado o valor médio obtido em ambas as buscas e foi feita a comparação dos resultados.

Nesta pesquisa não foram considerados os processos com solicitação para fórmulas infantis para alergia à proteína do leite de vaca (APLV), tendo em vista que já existe uma iniciativa do Ministério da Saúde para a inclusão desse procedimento no SUS, inclusive, com aprovação da Conitec. Contudo, ainda o financiamento desta ainda está em discussão em âmbito ministerial.

5.4. Desenho do estudo, critérios de inclusão e de exclusão e delineamento da pergunta de pesquisa

A realização desta pesquisa foi motivada pela curiosidade de compreender se o custo do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional no âmbito do domicílio, oriundas de judicialização, seria superior ao custo da elaboração de uma política pública de saúde financiada pelo SUS, voltada para esse fim. Essa curiosidade foi sustentada em situações observadas durante anos de atividade de consultoria técnica na área de terapia nutricional, no Ministério da Saúde, ocorridas na Coordenação-Geral de Atenção Especializada, onde as atividades incluíam a habilitação de serviços para a realização da Terapia Nutricional (Enteral e Parenteral) no âmbito hospitalar. Essas atividades continuaram a ocorrer na Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, onde incluíam também ações voltadas ao fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, ambas com a elaboração de Notas Técnicas, com a finalidade de subsidiar a União em ações judiciais sobre essa temática.

Conforme metodologia para elaboração da pergunta de pesquisa foi utilizado o acrônimo ECLIPSE (E – Expectativa; C – População; L - Localização; I – Impacto; P – Profissionais; SE - Serviço), conforme detalhamento disposto no Quadro 6 e critérios de inclusão e exclusão disposto no Quadro 7. Assim, a pergunta de pesquisa foi: *Quais aspectos norteiam uma discussão sobre o fornecimento de fórmulas nutricionais para a realização da terapia nutricional domiciliar oriundos de processos judiciais recebidos pela a União, no período de 2019 a 2020?*

Quadro 6: Detalhamento do acrônimo ECLIPSE.

Acrônimo	Detalhamento
E	Incorporar a terapia nutricional domiciliar na tabela do SUS
C	Pacientes que fazem uso de nutrição enteral (nasogástrica ou nasojejunal) e gastrostomia em domicílio (com doenças crônicas de caráter permanente e com doenças agudas de caráter temporária)
L	Brasil/Nacional
I	Incorporação da terapia nutricional domiciliar na tabela do SUS
P	Gestores do SUS
SE	Sistema Único de Saúde - SUS

Quadro 7: Critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Acrônimo	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
E	Uso de nutrição enteral; uso de gastrostomia; incorporação de novas tecnologias no SUS; Estudos que subsidiem a incorporação da tecnologia na Tabela de procedimentos do SUS.	Iniciativa Privada
C	Pacientes que fazem uso de nutrição enteral (nasogástrica ou nasojejunal) e gastrostomia em domicílio (com doenças crônicas de caráter permanente e com doenças agudas de caráter temporária)	Demais pacientes em internação hospitalar; pacientes que fazem uso de alimentação oral (com deglutição funcionante); pacientes que não fazem uso de nutrição enteral; pacientes não doentes.
L	Brasil/Nacional	Estrangeiros/Outros Países
I	Impacto da Judicialização; gasto em saúde; critérios utilizados para incorporação; impacto orçamentário (custo/paciente versus custo/judicialização)	Demais pacientes internados que fazem uso da terapia nutricional em domicílio com recursos próprios ou privados.
P	Tomadores de decisão da União; CONITEC	Profissionais não envolvidos com a área de gestão de tecnologias em saúde
SE	Usuários da Terapia Nutricional Domiciliar atendidos pelo SUS	Usuários da Terapia Nutricional Domiciliar atendidos pela rede privada; não usuários.

5.5. Análise e interpretação dos dados

Com base nos documentos encontrados, foi realizada a análise dos seguintes itens: número de processos judiciais submetidos em desfavor da União pleiteando fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar; faixa etária dos demandantes; região demográfica onde residem os demandantes; principais patologias que acometem o paciente; tipo de fórmulas nutricionais mais pleiteadas; o custo da fórmula nutricional industrializada por judicialização e o custo da fórmula alimentar nos sites da administração pública.

Finalmente, uma vez obtidas estas informações, foi realizada uma estimativa sobre o plausível custo do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar pelo SUS, comparado ao custo do fornecimento de fórmulas por demanda judicial, considerando as possíveis variáveis.

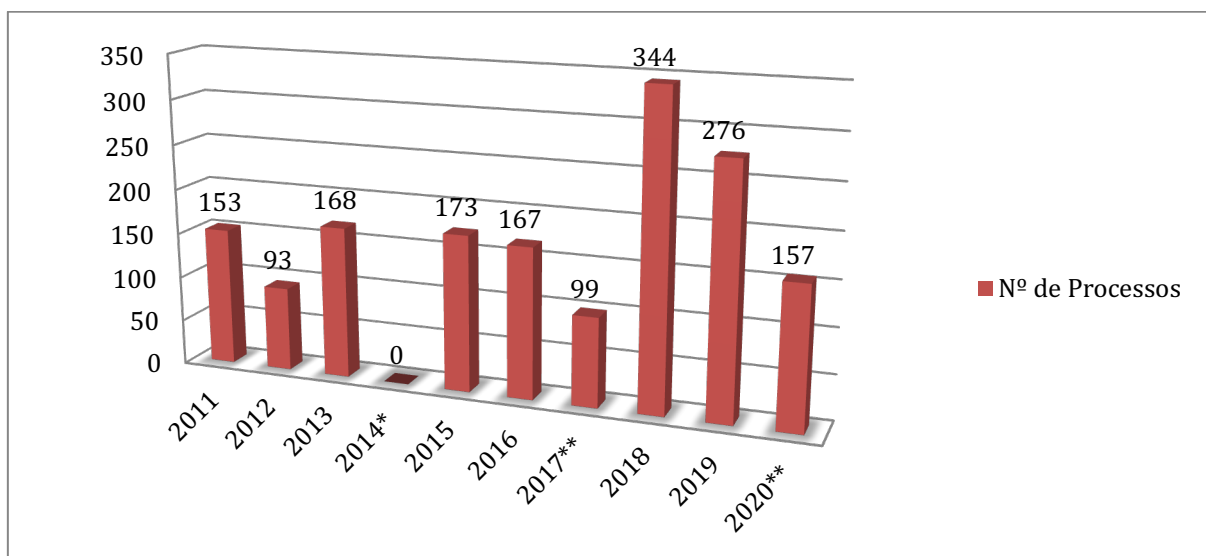
5.6. Aspectos éticos

Cabe ressaltar que foram tomados todos os cuidados éticos preconizados pelas resoluções nº 466/12 e 510/16, que tratam sobre pesquisas com a participação de seres humanos, sobretudo nas questões de autorização para uso de dados públicos e preservação de anonimato. Convém, portanto, enfatizar que, após consulta feita ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz Brasília, por se tratar de pesquisa realizada com dados públicos, disponíveis na internet, sem acesso aos dados de usuários, não houve a necessidade de submeter o protocolo de pesquisa para a avaliação do referido comitê.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento referente ao número de solicitações por via judicial em desfavor do Ministério da Saúde de fórmulas nutricionais industrializadas para terapia nutricional a ocorrer no âmbito do tratamento domiciliar descritos nos 4 relatórios de gestão elaborados pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/MS, no período de 2011 a 2014; 2015 a 2018; 2019 e 2020, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde – BVS/MS, observa-se em geral um aumento a cada ano em relação às demandas judiciais para acesso às fórmulas, ainda que ocorra uma oscilação, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Evolução do número de processos judiciais contra a União para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas no período de 2011 a 2020.



Fonte: CGAN/MS

* Dados não encontrados/** Dados parciais divulgados

Observou-se ainda que além da solicitação das fórmulas, há processos cuja descrição incluem os insumos para nutrição enteral como sondas, equipamento gravitacional e frascos

para administração de dieta.

Como não havia sistematização de todos os dados relevantes para análise do perfil das demandas judiciais nas gestões anteriores, esta pesquisa se limitou a buscar dados e informações detalhadas no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020 como parte desse estudo, os quais foram disponibilizados por meio de LAI.

Assim, observou-se que em 2019 foram recebidos 276 processos judiciais, enquanto em 2020 foram recebidos 175 processos. Esse último dado apresentado foi obtido parcialmente, nesse sentido indicou uma redução de processos no período, como consequência provável decorrente da pandemia por Covid-19. Isto porque muitos territórios aderiram ao isolamento social e as medidas de afastamento imposto como protocolo de proteção, fizeram com que as organizações, que inclui o Poder Judiciário, se organizassem e aderissem ao digital ao tempo que renunciavam ao apego do presencial e do físico. O teletrabalho, embora autorizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), conforme a Resolução n. 227, de 15/06/2016, tornou-se a regra, porém, sua aplicação ainda é moderada. Serviços oferecidos como os atendimentos ao público, audiências de conciliação e instrução e sessões de julgamento passaram a ser realizados por meio de videoconferência, podendo ser acessado por computadores, tablets e celulares. Os tribunais que ainda possuíam acervo de processos em papel passaram para a informatização de forma acelerada¹⁸⁸.

Martins relata que o sistema judiciário manteve seu funcionamento, mesmo com os fóruns e tribunais praticamente fechados. Ele observou que a pandemia demonstrou que quase todos os serviços judiciais poderiam ser prestados a distância, sem necessidade de intermediação presencial de seus agentes, no entanto, alerta sobre o problema da exclusão digital, considerando o Brasil num país com desigualdades sociais intensas, onde o acesso ao mundo virtual ainda não está disponível para todos¹⁸⁸. Dados do IBGE, referentes ao ano de 2018, revelam que 20,9% dos lares brasileiros não dispunham de Internet¹⁸⁹. Com o Judiciário cada vez mais digital, o acesso à Internet passou a ser também uma questão de acesso à Justiça no intuito de promover uma política de universalização do acesso à rede digital¹⁸⁸.

Essa justificativa sustenta a redução dos processos judiciais submetidos em 2020 e traz reflexão sobre o perfil dos autores, que na sua maioria foram representados por defensores públicos, comprovando a baixa renda e a impossibilidade de arcar com honorários advocatícios para requerer os seus direitos, contradizendo o que alguns autores já argumentaram sobre a ocorrência da judicialização da saúde não se referir às classes mais baixas. Barroso por exemplo, afirma que as políticas públicas de saúde deveriam diminuir as desigualdades econômicas e sociais. Mas, quando o Judiciário assume a função de

protagonista na implementação das políticas de saúde, privilegia os que possuem acesso facilitado à Justiça, tanto pelas questões financeiras diferenciadas quanto pelo acesso¹⁹⁰. Nessa teoria, a probabilidade de o Judiciário deferir a oferta gratuita de produtos e serviços de saúde mais serviria à classe média que à classe baixa. Levantamento feito por Souza Neto, exibe a predominância da classe média no fenômeno da judicialização da saúde, beneficiando uma concentração de renda e causando a diminuição da capacidade do Estado de prover serviços em saúde em favor das pessoas de baixa renda¹⁹¹.

A Tabela 1 abaixo, expressa o levantamento das demandas judiciais para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas recebidas na CGAN/MS, em relação à faixa etária. Nela, verifica-se que em 2019 foram impetrados 106 processos cujo polos ativos eram crianças com idade variando entre zero (0) a dois (2) anos, que representa 40,30% do total de processos. Observou-se maior concentração entre os menores de dois anos e acima de 65 anos, com 52 processos judiciais, representando 19,77% da demanda.

Tabela 1: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2019, por faixa etária.

0-100	nº	%
0-2	106	40,30
2-10	38	14,45
10-20	21	7,98
20-40	20	7,60
41-65	26	9,89
>65	52	19,77
Nº Total (n=276)	263*	

Fonte: CGAN/MS

* Foram excluídos os processos coletivos, de esclarecimento e sem informação da faixa etária.

A Tabela 2 traz o levantamento das demandas judiciais recebidas na CGAN/MS em relação à faixa etária, obtida no relatório de gestão em 2020, em que os demandantes são classificados como lactentes, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os dados obtidos apontaram que a maior concentração de processos era em favor de crianças, mas não categorizaram as idades. Isto representou 58 processos, perfazendo 36.94% das solicitações.

Tabela 2: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2020, por faixa etária.

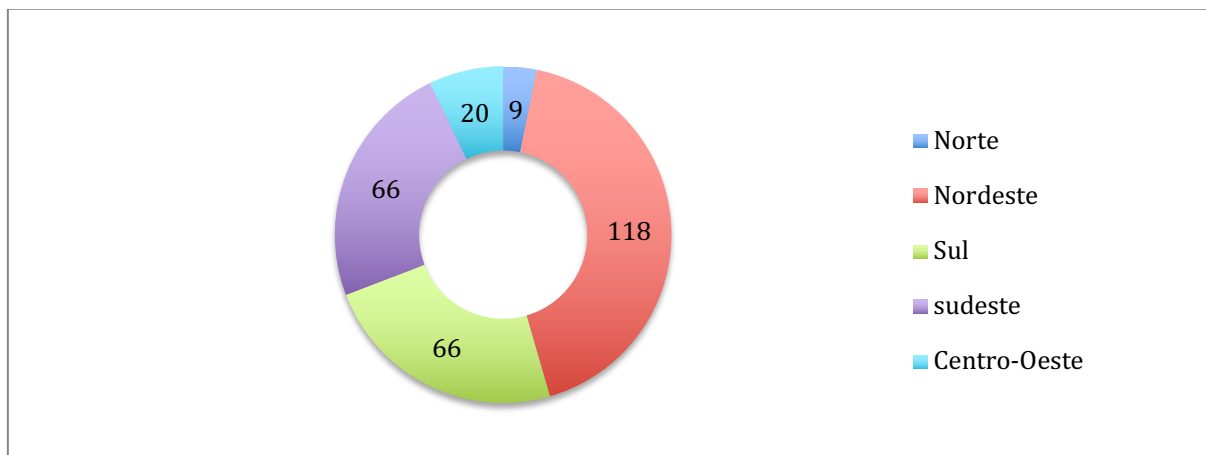
0-100	nº	%
Lactente	27	17,19
Crianças	58	36,94
Adolescentes	05	3,18
Adultos	39	24,84
Idosos	27	17,19
Nº Total (n=157)	156*	

Fonte: CGAN/MS

* Foram excluídos os processos coletivos e de esclarecimento.

No tocante à demografia, os resultados de 2019 mostram que foram predominantes as ações judiciais procedentes das regiões Nordeste com 118 processos (42,29%), seguidos da região Sul com 66 processos (23,66%) e Sudeste também com 66 processos (23,66%), conforme demonstrados na Figura 3. Os dados obtidos não caracterizam as regiões com seus respectivos estados, no entanto, o relatório de gestão explicita que a maior centralização de processos judiciais foram Rio Grande do Norte (16,49%), seguido de Santa Catarina (12,90%) e Rio de Janeiro (12,54%).

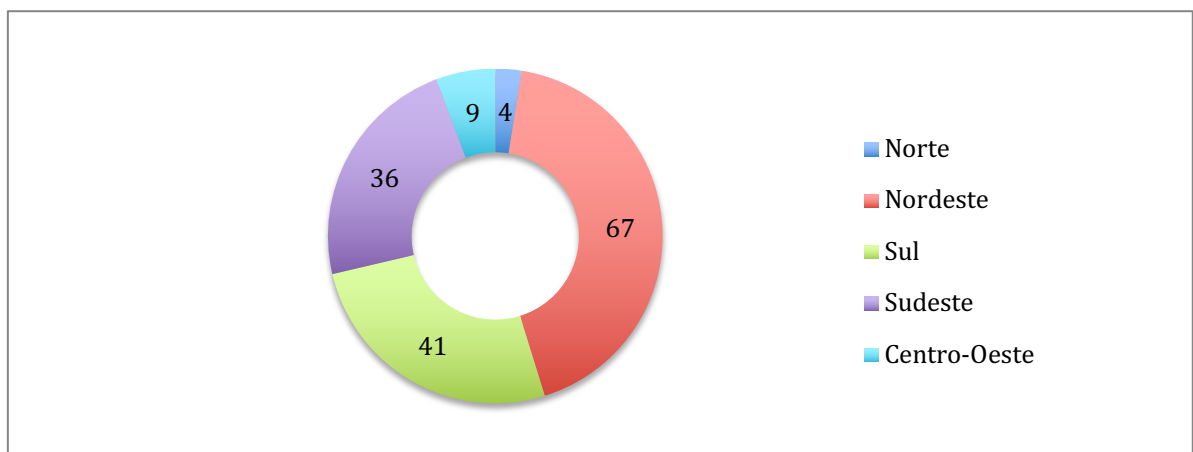
Figura 3: Levantamento do número dos processos judiciais contra a União para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas em 2019, por região demográfica.



Fonte: CGAN/MS

Em 2020, a região demográfica mais predominante foi a região Nordeste com 67 processos judiciais apresentados (42,67%), seguida da região Sul com 41 processos (26,11%), região Sudeste com 36 processos (22,92%), região Centro-Oeste com 9 processos (5,73%) e região Norte com 4 processos (2,54%), conforme demonstrado na Figura 4.

Figura 4: Levantamento do número de processos judiciais contra a União para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas em 2020, por região demográfica.



Fonte: CGAN/MS

Em 2019, os resultados em relação ao número de processos judiciais discriminados pelas patologias dos demandantes apontaram que aquelas pertinentes às doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais foram de maior predomínio com 92 processos judiciais (33,45%), seguidas de doenças do sistema neurológico com 86 processos (31,27%) e das neoplasias com 34 processos (12,36%), demonstrados na Tabela 3. Os processos analisados foram agrupados pela CGAN/MS em categorias, conforme a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2). Ademais, apenas 111 processos judiciais (40,5%) apresentaram indicação com comprovação diagnóstica em relação à necessidade do demandante.

Tabela 3: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2019, discriminados por patologia.

Patologia 2019 (n=276)	nº	%
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	92	33,45
Doenças do sistema neurológico	86	31,27
Neoplasias	34	12,36
Anomalias congênitas	18	6,55
Doenças do aparelho digestivo	15	5,45
Erro inato do metabolismo	12	4,36
Doenças não classificadas (outras)	19	6,91
Nº Total	276	

Fonte: CGAN/MS

Em 2020, os resultados em relação ao número de processos judiciais discriminados pelas patologias dos demandantes, apontaram que aquelas pertinentes às doenças neurológicas foram de maior recorrência com 62 processos judiciais (39,49%), seguidas das doenças em decorrência de alergias e/ou intolerâncias alimentares com 40 processos (25,47%) e das doenças do aparelho digestivo com 16 processos (10,19%), demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2020, discriminados por patologia.

Patologia 2020 (n=157)	nº	%
Doenças neurológicas	62	39,49
Doenças alergias e/ou intolerâncias alimentares	40	25,47
Doenças do aparelho digestivo	16	10,19
Neoplasias	15	9,55
Doenças endócrinas e nutricionais	08	5,09
Erro inato do metabolismo	04	2,54
Doenças respiratórias	02	1,27
Nº Total	147*	

Fonte: CGAN/MS

* Foram excluídos os processos coletivos, de esclarecimento e em duplicidade

O Quadro 8 apresenta as patologias encontradas nos processos judiciais, discriminadas, as quais compõe as categorias agrupadas pela CGAN/MS, conforme a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2):

Quadro 8: Patologias discriminadas conforme a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2).

Alergias/Intolerâncias alimentares	APLV
	Intolerância a lactose
	Alergia alimentar
	Gastroenterite e Cólicas Alérgicas
	Esofagite eosinofílica
	Gastroenterite ou Colite por hipersensibilidade a alimentos
Neurológicas	Tetraplegia
	Disfagia e odinofagia
	AVC
	Alzheimer
	Encefalopatia Crônica
	paralisia cerebral
	Epilepsia
	Neuropatia Grave e infecção respiratória
	Neuropatia Sensitivo-Motora difusa
	Esclerose Lateral Amiotrófica
	Traumatismo Cranioencefálico- TCE grave e Politraumatismo
	Ataxia
	Microcefalia
	Mal de Parkinson
	Doença de Canavan
	NEUROCISTICERCOSE
	Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
	Doença dismielizante do SNC
	Neurotoxicidade
	Síndrome Demencial
	Distúrbio de deglutição primária
	Mielomeningocele
	Síndrome de West
Síndrome de Pelizaus Merzbacher (PMD)	
Autismo	
Distrofia Muscular	
Encefalite	
Neoplasias	Todos os tipos
Erro Inato do Metabolismo	Fenilcetonúria
	Doença Metabólica Hereditária
	Distúrbio do Metabolismo da Uréia - DCU
	Tirosinemia
	Talassemia
	Adrenoleucodistrofia
	Fibrose Cística
	Mucopolissacaridoses
	Leucinose
	Acidemia glutâmica
Doenças do Aparelho Urinário	Doença Renal Crônica (DRC)
	Refluxo Vesicoureteral

Doenças do Aparelho Digestivo	Síndrome do Intestino Curto
	Situação Metabólica para distúrbios de absorção
	Doença de Crohn
	Diarreia Crônica e Subnutrição
	Megaesôfago e Megacólon Chagásico
	Diarreia Crônica e Desnutrição protéico calórica
	Doença Celíaca
	RGE (Refluxo Gastroesofágico)
	Gastrectomia total (desnutrição e diarreia)
	Atresia jejunal
	Síndrome absorptiva
	Retocolite
	Megaesôfago
	Esofagite
	População Idosa Gastrostomizada
	Pancreatite aguda
	Doença Hepática
	Fenda palatina
	Doenças do Aparelho Circulatório
CARDIOPATIA	
Síndrome Hipoplásica do Ventrículo Esquerdo	
Síndrome de Kawasaki	
Hipertensão Arterial sistêmica	
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	Desnutrição Grave
	Obesidade
	DM e Hipertensão Arterial
	Síndrome de Bernardinelli
Outras	Nascimento prematuro
	HIV/AIDS
	Mãe HIV/Leite materno suspenso
	Mastite (mãe)
	Pneumonia e Úlcera
	Úlcera de pressão infecciosa
	Deficiência física
	Sepse
	Gonartrose grave
	Epidermólise Bolhosa Ditrófica Congênita
	Síndrome de Turner
	Síndrome de DOWN
	Prematuridade

Fonte: CGAN/MS

É relevante ressaltar que em casos de doenças congênitas, que incluem os casos de malformação neurológica, por exemplo, tiveram um aumento no Brasil por conta do surto do vírus Zika, conhecido como microcefalia. Esse avanço fez com que as instituições de saúde se organizassem para acolher as crianças, assim que nascerem para iniciarem uma rotina de exames para determinar que tipo de malformação que as acometiam, o nível de

comprometimento do cérebro, da visão, da audição, entre outros fatores determinantes para iniciar o tratamento terapêutico. Diante desse cenário, os bebês diagnosticados ou com suspeita de microcefalia eram submetidos desde os primeiros meses de vida à intervenções de várias áreas, como fisioterapia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, terapia ocupacional e nutrição, uma vez que é comprovado que para conceder melhor qualidade de vida a essas crianças, a estimulação precoce na faixa etária de até três anos de idade é importante para reduzir o nível de comprometimento causado pela malformação, descrito no Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Visual e Intelectual elaborado pelo Ministério da Saúde, para instruir as instituições que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência em relação ao cuidado e intervenção¹⁹².

No contexto da terapia nutricional domiciliar, crianças diagnosticadas com microcefalia apresentam um risco elevado de distúrbios oromiofuncionais, que podem estar associados a eventos clínicos como atraso ou interrupção no desenvolvimento neuropsicomotor por desnutrição¹⁹³ e a necessidade do uso de fórmulas nutricionais que surge como uma possibilidade terapêutica de manutenção ou recuperação do estado nutricional. No caso de doenças adquiridas, por exemplo, paciente com sequela de acidente vascular cerebral. (AVC) que tem uma disfunção em algumas regiões cerebrais, pode afetar o estado nutricional dos indivíduos, desfavorecendo o prognóstico¹⁹⁴; portanto, a depender do comprometimento oral, o uso de nutrição enteral é recomendado. Assim como na melhoria do estado nutricional de pacientes com câncer aliado ao tratamento convencional¹⁹⁵.

A Tabela 5 aponta que em 2019 os resultados obtidos em relação ao tipo de fórmulas nutricionais solicitadas as mais recorrentes foram as do tipo fórmula enteral em pacientes adultos com 105 processos judiciais (38,18%), seguidos de fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas para alergia à proteína do leite de vaca (APLV), representando 83 processos (30,18%). Os de fórmula enteral para crianças na faixa etária de 01 a 10 anos perfizeram 52 processos (18,91%). Não houve solicitações para fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 6 até 11 meses e 29 dias.

Tabela 5: Levantamento do número de processos judiciais contra a União em 2019, discriminados por tipo de fórmulas nutricionais.

Tipos de fórmulas 2019 (n=276)	nº	%
Fórmula enteral em pacientes adultos	105	38,18
Fórmulas infantis para alergia à proteína do leite de vaca (APLV)	83	30,18
Fórmula enteral para criança na faixa etária de 01 a 10 anos	52	18,91
Fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 6 até 11 meses e 29 dias	0	0,00
Fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 0 a 5 meses e 29 dias	02	0,73
Fórmulas para crianças de primeira infância na faixa etária de 12 meses até 3 anos	03	1,09
fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas (Outras)	17	6,18

Módulo para nutrição enteral em adulto	14	5,09
Nº Total	276	

Fonte: CGAN/MS

Em 2020, não foram encontrados dados públicos a respeito do tipo de fórmulas nutricionais mais solicitadas à União por meio da judicialização, como também não foram disponibilizadas informações acerca do pleito pela CGAN/MS em resposta à consulta submetida por meio da LAI.

Em relação ao custo das judicializações das fórmulas nutricionais para realização da terapia nutricional domiciliar em 2019, os 276 processos judiciais demandaram um valor total de R\$ 109.093,84 (cento e nove mil, noventa e três reais e oitenta e quatro centavos) do orçamento da CGAN/MS, o que gera o valor médio de cada fórmula pelo custo de R\$ 395,26 (trezentos e noventa e cinco reais e vinte e seis centavos), se dividirmos o valor total pelo número de processos judiciais no ano. No entanto, os dados obtidos não trazem a discriminação dos itens que compuseram esse valor para apresentar o gasto global, considerando que não foi possível caracterizar os custos indiretos incluindo os insumos, honorários advocatícios, multas por atraso no atendimento do pleito e os processos com antecipação de tutela, dentre outras especificidades de cada processo.

Embora o levantamento do número de processos judiciais tenha sido parcial em 2020, não foram encontrados dados públicos a respeito do custo das fórmulas nutricionais para realização da terapia nutricional domiciliar referente aos 157 processos judicializados em desfavor da União. Da mesma forma, também não foram disponibilizadas informações acerca do pleito pela CGAN/MS, em resposta à consulta submetida por meio da LAI.

Observou-se que em 2019, dos 276 processos judiciais, 153 contém demandas originadas a partir de prescrições feitas por profissionais de saúde lotados em serviços públicos de saúde e grande parte dos demandantes foi representada por Defensorias Públicas, o que representa 63,7%, dos processos.

A Tabela 6 traz o levantamento do custo das fórmulas nutricionais industrializadas realizadas nos sites de compras do Catálogo de Materiais (CATMAT) do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) do Ministério da Economia (ME). Tal levantamento aponta o valor mínimo para uma (1) unidade a partir de R\$ 5,87 (cinco reais e oitenta e sete centavos) para aquisição de fórmula enteral adulto, com seu respectivo código. O valor mínimo para uma (1) unidade para aquisição de fórmula enteral infantil, por sua vez, foi a partir de R\$ 0,02 (dois centavos), correspondendo o valor médio de R\$ 1,48 (um real e quarenta e oito centavos).

Tabela 6: Levantamento do custo real das fórmulas nutricionais industrializadas pelo Painel de Preço (SIASG/ME), discriminadas por tipo e valor, para aquisição pela União.

Tipos de fórmulas (SIASG/ME)	Valor unitário R\$ (à partir)	Nº CATMAT
Fórmula enteral adulto, líquido, sistema fechado	5,87	404812
Fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 0 a 5 meses e 29 dias, em pó, para uso enteral ou oral	0,027	453662
Fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 6 até 11 meses e 29 dias, para uso enteral ou oral	0,02	453663
Fórmula enteral para criança na faixa etária de 01 a 10 anos, para uso enteral ou oral	0,02	480873
Média	1,48	

Fonte: Painel de Preços/ME, 2022.

Já a Tabela 7 traz o levantamento do custo das fórmulas nutricionais industrializadas, realizadas nos sites de compras do Banco de Preços em Saúde - BPS do Ministério da Saúde (MS). Nesse caso, o levantamento apontou o valor mínimo para uma (1) unidade a partir de R\$ 0,01 (um centavo) para aquisição de fórmula enteral adulto, com seu respectivo código, enquanto o valor mínimo para uma (1) unidade para aquisição de fórmula enteral infantil foi a partir de R\$ 0,03 (três centavos), correspondendo este ao valor médio também.

Tabela 7: Levantamento do custo real das fórmulas nutricionais industrializadas pelo Banco de Preços em Saúde (BPS/MS), discriminadas por tipo e valor, para aquisição pela União.

Tipos de fórmulas	Valor unitário R\$ (à partir)	Nº BR
Fórmula enteral adulto, líquido, sistema fechado	0,0135	BR0404813
Fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 0 a 5 meses e 29 dias, em pó, para uso enteral ou oral	0,0300	BR0427802
Fórmulas infantis para lactentes na faixa etária de 6 até 11 meses e 29 dias, para uso enteral ou oral	0,0330	BR0427802
Fórmula enteral em criança na faixa etária de 01 a 10 anos, para uso enteral ou oral	0,0495	BR0404749
Média	0,0315	

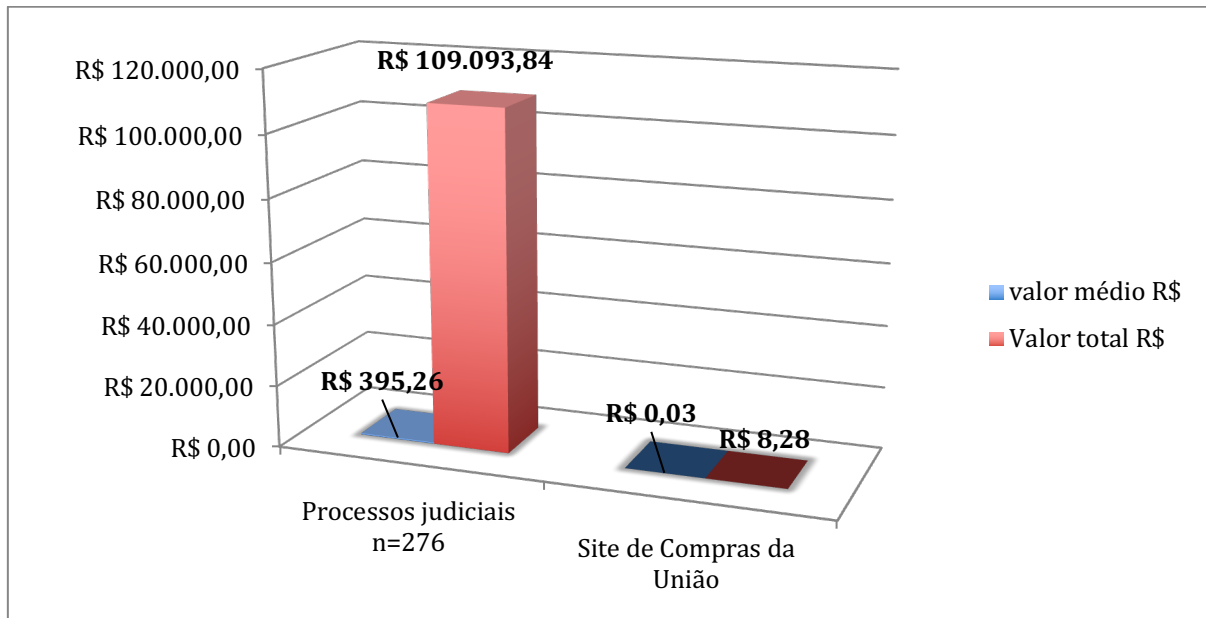
Fonte: Banco de Preços-BPS/MS

A estimativa do custo das fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar revela uma discrepância entre os resultados obtidos. Foi utilizado o custo das fórmulas solicitadas ao Ministério da Saúde no ano de 2019, uma vez que não foi possível utilizar a referência de 2020, considerando a inexistência de dados e o número parcial dos processos judiciais.

A Figura 5 mostra que em 2019 foram submetidos à apreciação do Ministério da Saúde 276 processos judiciais, o que gerou um custo de global no valor de 109.093,84 (cento e nove mil, noventa e três reais e oitenta e quatro centavos), considerando o cálculo do custo médio de cada fórmula de R\$ 395,26 (trezentos e noventa e cinco reais e vinte e seis centavos). No entanto, o custo médio calculado a partir dos valores obtidos por meio de busca nos sites de compra da administração pública foi de R\$ 0,03 (três centavos) cada fórmula. Isso leva à seguinte constatação: se os mesmos 276 processos fossem custeados sem a inclusão dos custos indiretos (honorários advocatícios, antecipação de tutela, mandado de

segurança, ação de obrigação de fazer etc.) o valor a ser desembolsado seria de R\$ 8,28 (oito reais e vinte e oito centavos), o que representaria uma redução de 99,99%.

Figura 5: Estimativa do custo das fórmulas nutricionais industrializadas, se adquiridas pela União nos sites de compra da administração pública.



Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, é possível fazer a seguinte inferência em relação às fórmulas nutricionais adquiridas pela União com o custo médio obtido de R\$ 0,03 (três centavos): se estas fossem fornecidas aos pacientes atendidos pela Atenção Domiciliar, considerando que no Brasil foram identificadas 33.839.916 visitas domiciliares (código 010103) em 2019 e 25.515.790 em 2020, se todas as demandas se relacionassem ao fornecimento de fórmulas nutricionais, teríamos o custo total de R\$1.015.197,48 (um milhão, quinze mil cento e noventa e sete reais e quarenta e oito centavos) em 2019 e R\$ 765.473,70 (setecentos e sessenta e cinco mil, quatrocentos e setenta e três reais e setenta centavos) em 2020. No entanto, é sabido que nem todas as pessoas que recebem visita domiciliar estão internadas no âmbito do domicílio e, ainda, que nem todas elas têm indicação de terapia nutricional, o que faz com que o valor suposto seja seguramente inferior ao apresentado nesta pesquisa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa trouxe bases para compreender a judicialização ao direito à saúde em pleitos que buscam o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia nutricional domiciliar. Traz argumentos que defendem os direitos fundamentais como forma de cumprir os fins propostos na Constituição Federal e na legislação que

normatiza o direito à saúde. Além disso, a pesquisa descreve a estrutura organizacional sobre as políticas públicas de saúde relacionadas ao tema, suas regulamentações e as considerações a respeito da intervenção do Poder Judiciário que fundamenta a responsabilidade para decisões que costumam enfraquecer a gestão do SUS. Aponta ainda uma bibliografia fragmentada sobre o assunto e apresenta um delineamento mínimo sobre a realidade que permeia a judicialização da saúde e acesso às fórmulas nutricionais industrializadas.

Os processos judiciais apontam que a maioria das pessoas que judicializam suas demandas são de baixa renda e dependem do Sistema Único de Saúde para obter acesso às fórmulas nutricionais industrializadas quando prescritas a elas. Isto corrobora com a realidade brasileira atual, em que a condição socioeconômica é considerada um ponto crítico que impõe uma barreira importante na manutenção de uma nutrição domiciliar adequada. É importante levar em consideração que para a realização da terapia nutricional domiciliar, havendo a necessidade de elaboração da fórmula artesanal, na omissão dos entes federativos no fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, o nutricionista responsável pela orientação de alta responsável ao cuidador do paciente deve observar as condições do ambiente em que o paciente reside, estando atento se existem equipamentos imprescindíveis para o preparo, conservação e armazenamento dos alimentos, como a geladeira, o fogão, se tem gás ou lenha e o liquidificador, além de utensílios indispensáveis como peneira para a produção caseira da fórmula. Não se pode pressupor que os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) que recebem alta hospitalar com prescrição de uso de TNED possuam condições financeiras de adquirir fórmulas nutricionais industrializadas e nem que tenham capacitação para a realização dela, quando adquiridas por judicialização, se tornando um risco para a saúde do beneficiário.

Repetindo o ocorrido nos anos anteriores aos delimitados para esse estudo, há limitações quanto a análises dos processos judiciais pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição-CGAN/MS. Há lacunas de informações sobre a confirmação diagnóstica, o estado nutricional e a antropometria dos pacientes que demandam os processos, prejudicando a análise da necessidade da fórmula solicitada. No entanto, assim também como nos anos anteriores, existe uma fórmula para resolver essas questões que passa pela “necessidade de uma articulação junto à assessoria jurídica do Ministério da Saúde para que o judiciário, ao deferir os pedidos, verifique se estes estão adequadamente instruídos, principalmente com relação aos dados cadastrais relevantes para tomada de decisão sobre o tratamento adequado dos pacientes, organização das ações na rede de saúde e melhor controle do gasto público com a saúde da população”. Este trecho entre aspas segue descrito nos relatórios de gestão ano

após ano. A falta de prioridade em relação à temática, diante do crescente problema de judicialização, expõe a necessidade premente de um debate sobre financiamento, como também amplia a discussão da responsabilidade entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição-CGAN/MS, onde as ações de nutrição estão inseridas, a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar-CGAD/MS, responsável pelas ações da atenção domiciliar e a Coordenação-Geral de Atenção Especializada-CGAE/MS, onde as ações de terapia nutricional hospitalar se circunscrevem.

Ante essa realidade, é essencial que a terapia nutricional domiciliar esteja dentro de espaços de discussões e tomada de decisões como uma agenda prioritária, levando em consideração o baixo custo da fórmula nutricional industrializada para compra direta pelos entes federativos, vista como uma iniciativa importante para fortalecimento da gestão.

Experiências exitosas em estados onde há programas que contemplam o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas para a realização da terapia domiciliar pelo SUS têm se mostrado associadas à melhora dos aspectos nutricionais, melhora do estado clínico do paciente, redução de morbidade, redução de internações hospitalares e do tempo de hospitalização, consequentemente reduzindo os custos dos cuidados em saúde. Isto, por óbvio, também inibe a interferência do poder judiciário na gestão e evita a realocação de recursos sem planejamento. No entanto, para que ocorra esta incorporação na Tabela de Procedimentos do SUS é necessário estabelecer critérios de elegibilidade e conduzir um estudo minucioso em relação ao impacto financeiro para a tomada de decisão assertiva, no intuito de implantar ações/programas vinculados à Atenção Domiciliar. Isto certamente contribuirá para que cada vez mais sejam garantidos os princípios da universalidade e integralidade de assistência descritos nas diretrizes do SUS.

Os gastos públicos com as fórmulas nutricionais industrializadas em atendimento às demandas judiciais não previstas acarretam sobrecarga e descontrole ao orçamento anual dos municípios. É fundamental o desenvolvimento de uma consciência em substituir a judicialização por políticas públicas que garantam o acesso qualificado e igualitário ao tratamento terapêutico, que promova a efetivação do direito à saúde e do planejamento dos gastos públicos. De maneira que, levando em consideração as experiências exitosas em alguns municípios, acredita-se que o planejamento e a organização de critérios e fluxos para a dispensação de fórmulas especiais se constitua em desafio necessário ao bom andamento da gestão, com otimização de recursos, redução de gastos e oportunidade do acesso às demandas de saúde, sem a intervenção judicial. É notório que a judicialização da saúde para aquisição de fórmulas nutricionais industrializadas ocorre pela falta de uma política pública federal que

abarque essa demanda, nesse sentido, implantar um programa para esse fim com etapas, critérios e fluxo para a dispensação das fórmulas bem definidos, no intuito de regularizar o atendimento a esta necessidade de saúde é fundamental para a oferta de atendimento ágil e eficaz aos usuários do SUS, evitando danos ou prejuízos à saúde e a vida.

Uma proposta, como sugestão, seria a criação de um Programa com financiamento federal para o fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, a partir de um guia técnico, diretriz ou protocolo, sustentado por embasamentos legais e experiência prática de profissionais especialistas envolvidos com essa temática para:

- Estabelecer um fluxo hierarquizado da assistência aos beneficiários com distúrbios nutricionais, respeitando os níveis de complexidade;
- Definir os beneficiários (público-alvo por ciclo de vida e por patologias associadas);
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para o fornecimento de fórmulas especiais, visando a recuperação do estado nutricional e manutenção da saúde;
- Promover a atenção nutricional em âmbito federal em regime de internação domiciliar;
- Estabelecer as fórmulas especiais que serão fornecidas sua composição e a quantidade necessária;
- Realizar educação nutricional e repassar orientações aos beneficiários e seus familiares;
- Estabelecer os recursos humanos envolvidos neste Programa (ex: médicos das UBS, enfermeiros, nutricionista etc.);
- Criar critérios para o desligamento do Programa;
- Outras situações e informações pertinentes a esta etapa.

Em relação aos recursos financeiros, a implantação de um programa de governo demanda recursos elevados, no entanto, ao analisar o gasto com a judicialização da saúde, podemos dizer que os recursos podem ser suficientes para arcar com esta demanda, ademais, após a implantação, considerando outras políticas públicas as demais fases de implementação e manutenção são ínfimos, mais centrados na gestão administrativa e de recursos humanos. Já em relação aos recursos materiais, estes já se encontram disponíveis no SUS.

Espera-se garantir assim um acesso igualitário de forma regulada e contínua que atenda as necessidades dos usuários bem como seu uso racional.

Em termos de saúde, a via judicial deve ser o último recurso, limitando-se a situações

em que os gestores públicos não dão alternativas para a satisfação do direito violado, não podemos concluir que a eficácia do direito a saúde dependa da imposição ao Estado da responsabilidade ilimitada pela concessão de assistência em saúde, tampouco se pode ignorar o problema da ineficiência do poder público. As soluções para a problemática abordada envolvem, necessariamente, iniciativas que promovam uma gestão colaborativa e compartilhada de efetivação do direito à saúde entre as instituições políticas e jurídicas.

Por fim, todos os objetivos delineados na pesquisa foram cumpridos na sua totalidade, bem como, todas as considerações feita pelos membros da banca foram contempladas, as quais observa-se argumentações suficientes para induzirem nova pesquisa ou a necessidade de aprofundamento nesse estudo em relação ao grupo prioritário de crianças, considerando o impacto no seu desenvolvimento, a fim de mitigar riscos de morbimortalidade para essa faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Lopes E, Carvalho R, Freitas R. Análise das possíveis interações entre medicamentos e alimento / nutrientes em pacientes hospitalizados. *Einstein* 2010. 298–302.
2. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017; 36: 49–64.
3. Leão E. *Pediatria Ambulatorial*. 4. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica 2005.
4. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019; 38: 1–9.
5. Sousa A, Gallelo D, Silva A, et al. Triagem nutricional utilizando a mini avaliação nutricional versão reduzida: aplicabilidade e desafios. *Geriatr Gerontol Aging* 2015; 9: 49–53.
6. O’Flynn J, Peake H, Hickson M, et al. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: results from three consecutive cross-sectional studies. *Clin Nutr* 2005; 24: 1078–1088.
7. Aquino R, Philippi S. Identificação de fatores de risco de desnutrição em pacientes internados. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 637–643.
8. Galvão N, Moreira S, Fortes R, et al. Eficácia da terapia nutricional enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal. *Rev Bras Nutr Clin* 2012; 27: 29–35.
9. Wyszynski D, Perman M, Crivelli A. Prevalence of hospital malnutrition in Argentina. *Nutrition* 2003; 19: 115–119.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, nº503 de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. *Diário Oficial - República Federativa do Brasil*, 2021, pp. 1–41.

11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº. 29 de 13 de janeiro de 1998. Aprova o Regulamento Técnico referente a Alimentos para Fins Especiais. Diário Oficial - República Federativa do Brasil., 1998, pp. 1–4.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Cuidados em Terapia Nutricional. 2015.
13. Izaola O, Primo D, López JJ, et al. Real-world study in oncological outpatients of an oral supplement enriched with ω -3 fatty acids - effect on quality of life and nutritional parameters. *Nutr Hosp* 2021; 38: 1132–1137.
14. Toledo DO, Piovacari SMF, Horie LM, et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *Braspen J* 2018; 33: 86–100.
15. Pinheiro R, Benarroz M RP. Suplementos nutricionais orais no paciente cirúrgico. In: Rubio (ed) CAMPOS, A. C. L. Tratado de nutrição e metabolismo em cirurgia. Rio de Janeiro, 2013.
16. Van Aanholt DPJ, Dias MCG, Marin MLM, et al. Terapia nutricional domiciliar. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58: 408–411.
17. Naves LK. Avaliação da intubação gástrica dos usuários em Programa de Atendimento Domiciliar em um hospital universitário. 2010; 116: 34.
18. Zaban ALRS, Novaes MRCG. Perfil epidemiológico e aspectos econômicos da nutrição enteral domiciliar no Distrito Federal: uma análise histórica de 2000 a 2005. *Comun ciênc saúde* 2009; 20: 143–150.
19. Perote GM, Vieira RQ, Medeiros JL. Nutrição enteral e risco de contaminação microbiológica: uma revisão de literatura. *Nutr Rev Nutr e Vigilância em Saúde* 2014; 1: 23–26.
20. Borghi R, Araujo TD, Vieira RIA, et al. Grupo de estudios ILSI sobre nutrición enteral; composición y costos estimados de dietas artesanales. *Nutr Hosp* 2013; 28: 2033–2038.
21. Menegassi B, Sant’ana LS, Coelho JC, et al. Características físico-químicas e qualidade nutricional de dietas enterais não-industrializadas. *Aliment e Nutr* 2007; 18: 127–132.
22. Klek S, Szybinski P, Sierzega M, et al. Commercial enteral fórmulas and nutrition support teams improve the outcome of home enteral tube feeding. *J Parenter Enter Nutr* 2011; 35: 380–385.
23. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, et al. Relato De Experiência: Terapia Nutricional Enteral Domiciliar – Promoção Do Direito Humano À Alimentação Adequada Para Portadores De Necessidades Alimentares Especiais. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde* 2014; 9: 233–248.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2016.
25. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Soc* 2006; 15: 88–95.
26. Seixas CT, Souza CG SK et al. Experiências de atenção Domiciliar em saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. In: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção

- domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. 2014.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 120 de 14 de abril de 2009. Normas para habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2009.
 28. Fink JS, de Mello ED, Picon PD, Laporte EA. Criação e Implantação do Centro de Referência para Assessoria em Fórmulas Nutricionais Especiais no Estado do Rio Grande do Sul: Avaliação do impacto sobre o atendimento aos usuários e custos do Estado. Clin Biomed Res [Internet]. 5º de abril de 2010.
 29. Burity V, Franceschini T, Valente F. O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: ABRANDH, 2013.
 30. Carvalho MLM, Escudero P, Amaral FP(B. Sujeitos Patriotas em Prol da Alimentação Racional na Educação Profissional (1920 A 1963). XIII Congr Iberoam Hist la Educ Latinoam Política, Espac público y Disput en la Hist la Educ en América Lat 1967; 1: 5–24.
 31. Lima E da S. Quantidade, qualidade, harmonia e adequação: princípios-guia da sociedade sem fome em Josué de Castro. História, Ciências, Saúde 2009; 16: 171–194.
 32. Assembleia Geral das Nações Unidas. PIDESC - Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. 1966; 1–8.
 33. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SDA, et al. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: Interface Entre Direito Humano À Alimentação Adequada E Segurança Alimentar E Nutricional. DEMETRA Aliment Nutr Saúde; 9. Epub ahead of print 2014.
 34. Albuquerque M de F. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. Rev Nutr 2009; 6: 895-903.
 35. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialization of the right to health, access to justice and the effectiveness of the right to health. Physis 2010; 20: 77–100.
 36. Silva P; Silva S. Judicialização da Saúde no Brasil: Um diálogo a partir da metódica estruturante de Friedrich Müller. Rev Cult Jurídicas 2018; 5: 314–340.
 37. Silva AC de A, Nicoletti MA. Judicialização da saúde: uma análise do fenômeno e suas consequências para a sociedade brasileira. Rev Direito Sanitário 2020; 20: 139–153.
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2014.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2013.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS nº 449, de 09 de setembro de 1999. Aprovar o Regulamento Técnico referente a Alimentos para Nutrição Enteral. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 1999.
 41. Flandrin JL, Montanari M. Da dietética à gastronomia, ou a libertação da gula. In: Flandrin JL, Montanari M. História da alimentação. São Paulo: Estação Liberdade. 1998; 667–88.
 42. Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr JB da. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Epidemiol e Serviços Saúde 2003; 2013; 12: 63–75.
 43. Conte FA, Schwengber MSV. Saberes nutricionais, econômicos, midiático e o cuidado da alimentação: light , diet e zero. REA [Internet]. 7º de junho de 2020 [citado 22º de setembro de 2022];20(222):245-57.

44. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* [online]; 2003.
45. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil : um desafio para a complexa tarefa da vigilância Chronic non-communicable diseases in Brazil : a challenge for the complex task of surveillance. *Ciência Saúde Coletiva* 2004 2004; 4: 931–943.
46. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistemas alimentares e nutrição: a experiência brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição. 2017.
47. Moura AS, Franco de Sá CCN, Cruz HG, et al. Malnutrition during lactation as a metabolic imprinting factor inducing the feeding pattern of offspring rats when adults. The role of insulin and leptin. *Brazilian J Med Biol Res = Rev Bras Pesqui médicas e Biol* 2002; 35: 617–622.
48. Monteiro CA. Fome, Desnutrição e Pobreza: além da Semântica. *Saúde e Soc* 2003; 12: 7–11.
49. Gillespie S, Mason J, Reynaldo M. How Nutrition Improves – Nutrition policy discussion paper No. 15. United Nations.1996.
50. Kumar S, Olson DL, Schwenk WF. Part I. Malnutrition in the pediatric population. *Dis Mon* 2002; 48: 703–712.
51. Olmos MAM, Vázquez MJM, López EMP, et al. Nutritional status study of inpatients in hospitals of Galicia. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 938–946.
52. Singh H, Watt K, Veitch R, et al. Malnutrition is prevalent in hospitalized medical patients: are housestaff identifying the malnourished patient? *Nutrition* 2006; 22: 350–354.
53. Hosseini S, Amirkalali B, Nayebi N, et al. Nutrition status of patients during hospitalization, Tehran, Iran. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr* 2006; 21: 518–521.
54. Vaz M, Thangam S, Prabhu A, et al. Maximal voluntary contraction as a functional indicator of adult chronic undernutrition. *Br J Nutr* 1996; 76: 9–15.
55. van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Klinkenberg M, Thijs A. Profile of the malnourished patient. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 1129–1135.
56. Borum PR. Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment: edited by Rebecca J Stratton, Ceri J Green, and Marinos Elia, 2003, 824 pages, hardcover, \$175. CABI Publishing, Wallingford, United Kingdom. *Am. J. Clin. Nutr.*, 79: 1128-1129.
57. Côrtes JFF, Fernandes SL, Prado De Negreiros Nogueira-Maduro IPN, et al. Terapia nutricional no paciente criticamente enfermo. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36: 394-398, abr./dez.2003.
58. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K, et al. Nutrition support in clinical practice: review of published data and recommendations for future research directions. Summary of a conference sponsored by the National Institutes of Health, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, and American Society for Clinical Nutrition. *Am J Clin Nutr* 1997; 66: 683–706.
59. Norman K, Pichard C, Lochs H, et al. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008; 27: 5–15.
60. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria

- Colegiada, RDC nº 63 de 06 de julho de 2000. Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília, 2000.
61. Andrade De Oliveira SRV. A Importância Da Terapia Nutricional No Tratamento de Câncer. 2007; 1–13.
 62. Zamberlan P, Orlando PR, Dolce P, Delgado AF, Vaz FAC. Nutrição enteral em pediatria / Enteral nutrition in children. 2002; 38: 2002.
 63. Faintuch J. Suporte Nutricional em Pacientes com Câncer. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1981; 36: 41–43.
 64. Correa MP. Dicionário das Plantas Úteis do Brasil e Das Exóticas Cultivadas. 1926; 1: 1–3.
 65. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.577 de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Diário Of - República Fed do Bras.
 66. Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2013.
 67. Braspen. Ampliação do reembolso da terapia nutricional com a adição da suplementação oral para tratar pacientes desnutridos em internação clínica: parecer técnico custo-efetividade e impacto orçamentário. São Paulo, 2021.
 68. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2013.
 69. Zaban ALRS. Nutrição Enteral Domiciliar: Um Novo Modelo De Gestão Econômica do Sistema Único de Saúde. 2009. 172 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
 70. Borges VC, Waitzberg DL, Silva M de LT da, et al. Nutrição domiciliar: uma experiência no Brasil. In: Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. Atheneu, 2000.
 71. Shronts E. Bases da Terapia Nutricional Domiciliar. In: Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 2002.
 72. Silver HJ, Wellman NS, Arnold DJ, et al. Older adults receiving home enteral nutrition: enteral regimen, provider involvement, and health care outcomes. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2004; 28: 92–98.
 73. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2011.
 74. Machado de Sousa LR, Ferreira SMR, Madalozzo Schieferdecker ME. Physicochemical and nutritional characteristics of handmade enterais diets. Nutr Hosp 2014; 29: 568–574.

75. Furlaneto-maia L, Pangoni G. Avaliação Microbiológica de Preparações Artesanais de Dietas Enteral em uma Unidade de Alimentação e Nutrição Microbiological Evaluation of Enteral Diet Handmade Preparations in a Feeding and Nutrition Unit. 2009; 11: 27–30.
76. Santos VFN, Bottoni A, Morais TB. Qualidade nutricional e microbiológica de dietas enterais artesanais padronizadas preparadas nas residências de pacientes em terapia nutricional domiciliar. *Rev Nutr* 2013; 26: 205–214.
77. Amaral FB, Pinto ROM, Pinto NAVD, et al. Food and nutritional safety of hospitalized patients under treatment with enteral nutrition therapy in the Jequitinhonha Valley, Brazil. *Nutr Hosp* 2012; 27: 2122–2129.
78. de Oliveira SI, Oliveira KS. Novas perspectivas em educação alimentar e nutricional. *Psicol USP* 2008; 19: 495–504.
79. Brasil. 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. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2021.
80. Silva KL, Sena R, Leite JCA, et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2005; 39: 391–397.
81. WHO. Home-based long-term care. *World Heal Organ - Tech Rep Ser* 2000; 1–43.
82. Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB dos, et al. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13: 555–561.
83. Gargana F, Silveira AES, Nesi A, et al. Internação domiciliária: uma experiência no sul do Brasil. *Rev AMRIGS* 2004; 90–94.
84. Monetta LA. Especialidade no atendimento domiciliário. São Paulo: Ed Atheneu, 2000.
85. Equipe de Internação Domiciliar do Hospital Dom João Becker. *Boletim da Saúde*, v. 18, n. 2, 2004.
86. Lacerda MR. Tornando-se profissional no contexto domiciliar - Vivência do cuidado da enfermeira. 2000.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. 2012.
88. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12: 721–726.
89. Duarte YA de O, Diogo MJD'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. 2000.
90. Brondani CM. Desafio de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.
91. Schwonke, CRGB, Silva JRS, Casalino ALD, et al. Internação Domiciliar: Reflexões sobre a Participação do Cuidador / Família / Enfermeiro no Cuidado. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde [Internet]*. 2008.
92. Oliveira SG, Quintana AM, Budó M de LD, et al. Internação Domiciliar e Internação Hospitalar: Semelhanças e Diferenças no Olhar do Cuidador Familiar. *Texto e Context Enferm* 2012; 21: 591–599.

93. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no sus. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília. 1998.
94. Conass. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. 2015.
95. Organização Mundial da Saúde. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. 2011.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2010.
97. Kerber NPDC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cad Saude Publica 2008; 24: 485–493.
98. Braga PP, de Sena RR, Seixas CT, et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Cienc e Saude Coletiva 2016; 21: 903–912.
99. Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saude Publica 2010; 44: 166–176.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2013.
101. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): O que representou o Programa Melhor em CASA? Saúde para Debate 2014; 58–71.
102. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2013.
103. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2011.
104. Lopes JMC. Sousa AI. A Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar. 2015; modulo 3: 1–74.
105. Loyola CMD. Cuidado continuado. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2 ed., rev., amp; 2014. p.959-977.
106. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: Nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. Interface Commun Heal Educ 2010; 14: 633–645.
107. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei Nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2006.
108. Brasil. Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de

- Segurança Alimentar e Nutricional - 2012/2015. Brasília, DF, 2011.
109. Batista Filho M. O Brasil e a segurança alimentar. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7: 121–122.
 110. Brasil. Senado. Constituição da República Federativa do Brasil. 2011, pp. 1903–1912.
 111. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Commun Educ* 1995; 0: 13.
 112. Canesqui A, Garcia R. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. FIOCRUZ, 2006, pp. 1761–1762.
 113. Burity V, Franceschini T, Valente F, et al. Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. *ABRANDH* 2010; 91: 35–39.
 114. Fogg L. Home enteral feeding part 1: an overview. *Br J Community Nurs* 2007; 12: 246,248,250-252.
 115. Cabrit R, Lambert T, Simard M, et al. Article original. *Nutr Clin Metab* 2013; 27: 178–184.
 116. Planas M, Pérez-Portabella C, Rodríguez T, et al. Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. *Nutr Hosp* 2007; 22: 612–615.
 117. Madigan SM, Fleming P, McCann S, et al. General Practitioners involvement in enteral tube feeding at home: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 29.
 118. Best C, Hitchings H. Enteral tube feeding--from hospital to home. *Br J Nurs* 2010; 19: 174,176-179.
 119. Bjuresäter K, Larsson M, Athlin E. Struggling in an inescapable life situation: being a close relative of a person dependent on home enteral tube feeding. *J Clin Nurs* 2012; 21: 1051–1059.
 120. Valente FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Saúde e Soc* 2003; 12: 51–60.
 121. World Health Organization. Sixty-Eighth World Health Assembly. World Heal Organ, Geneva 1–4. 2015.
 122. Avanços e Desafios na Implementação do Direito Humano à Alimentação Adequada. Técnico. Brasília, Rio de Janeiro: Abrandh; Ceresan; Consea; FAO-RLC/ALCSH, 2009.
 123. Dimoulis D, Lunardi SG. Ativismo e autocontenção judicial no controle de constitucionalidade. 2011; 2010: 459–473.
 124. Almeida SO. Direito Humano à Alimentação Adequada: Um Estudo à luz da Teoria de Justiça de Amartya Sen. 101 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde)—Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2020.
 125. Santarelli M, Burity V, David G, et al. Informe dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome. 2019.
 126. Silva M da CM da et al. Programa Bolsa Família e segurança alimentar das famílias beneficiárias: resultados para o Brasil e regiões. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de políticas e programas do MDS - resultados: Bolsa Família e Assistência Social. Brasília, DF: MDS; SAGI, 2007. p. 69-96. v. 2.
 127. Brasil. Presidência da República. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan) 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.
128. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. 2019.
 129. Brasil. Presidência da República. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 1990.
 130. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: O enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Publica* 2008; 24: 332–340.
 131. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Cien Saúde Colet* 2011; 16: 73–79.
 132. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.685, de 16 de novembro de 2011. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alime. Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil. Brasília 2011.
 133. Lira JA. A Concretização e a Judicialização do Direito Constitucional à Alimentação no Brasil. 2013; 1: 145.
 134. Canotilho JJG. Direito constitucional e teoria da constituição. Coimbra: Coimbra Ed., 2002.
 135. Sarlet IW. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 6a ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
 136. Barroso LR, Barcellos AP. O começo da história. A nova interpretação constitucional e o papel dos princípios no direito brasileiro. *Rev Direito Adm* 2003; 141–176.
 137. Brandão R. São os Direitos Sociais Cláusulas Pétreas? Em que Medida? *Direitos sociais Fundam Judic e Direitos Sociais em Espécie* 2008; 1–25.
 138. Caliendo P. Reserva do possível, direitos fundamentais e tributação. in: *Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. In: SARLET, I. W. e TIMM, L. B. (Org.). *Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011. p. 180; FREITAS, L. F. C. de. *Direitos fundamentais: limites e restrições*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 173–207.
 139. Lopes JR de L. Em torno da “reserva do possível”. in: *Direitos Fundamentais: orçamento e “reserva do possível”*. 2008; 173–193.
 140. Mendes GFM, Branco PGG. Curso de Direito Constitucional. 7ª. ed. rev. e atual. – São. Paulo: Saraiva, 2012.
 141. Wang DWL. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. *Rev Direito GV* 2008; 4: 539–568.
 142. Lima RS de F. Direito à saúde e critérios de aplicação, in: *Direitos Fundamentais orçamento e “reserva do possível”*. 2008; 265–283.
 143. Barcelos AP. Neoconstitucionalismo, Direitos fundamentais e controle das políticas públicas. *Rev Direito Adm* 2005; 240: 83.
 144. Simão JB, Orellano VIF. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor





- de saúde no Brasil. *Estud Econ* 2015; 45: 33–63.
145. Silva BVG. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. *Aedos* 2013; 5: 133–146.
 146. Bucci MPD. Políticas públicas e direito administrativo. *Rev Informação Legis* 1997; 34: 89–98.
 147. Hirschl R. O novo constitucionalismo e a judicialização da política pura no mundo. *Rev Direito Adm* 2006; 75: 139.
 148. Arenhart SC. *Processos Estruturais no Direito Brasileiro: Reflexões a partir do caso da ACP do carvão*. Local: Belo Horizonte. Vol 2, 2015.
 149. Silva DF. *De guardião a vilão: a contribuição do poder judiciário no desmonte da democracia no Brasil*. 1ª ed. Florianópolis: EMais Editora & Livraria Jurídica, 2018. v. 01. 340p .
 150. Barroso LR. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. *(Syn)thesis* 2012; 5: 23–32.
 151. Teixeira SMF. Política de saúde na transição conservadora. *Saúde debate*. 1989.
 152. Santos NR. A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e desafios após 20 anos. *Tempus - Actas Saúde Coletiva* 2008; 2: 103–121.
 153. Hirschl R. A judicialização da megapolítica e o surgimento dos tribunais políticos. In: Luiz Moreira (org.). *Judicialização da política*. São Paulo: 22 editorial, 2012.
 154. Campilongo. CF. Governo representativo versus governo dos juízes: a autopoiese dos sistemas político e jurídico. *Rev Direito Const e Int*. 2000.
 155. Borges D da CL. Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005. 2007; 117.
 156. Soares JCR de S, Deprá AS. Ligações perigosas: Indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. *Physis* 2012; 22: 311–329.
 157. Brasil. Presidência da República. Decreto n.º 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil*. Brasília 2011.
 158. Brasil. Presidência da República. Lei n.º. 12401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil*. Brasília 2011.
 159. Schulze CJ. Direito à saúde e a judicialização do impossível. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. *Coletânea direito à saúde: dilemas do fenômeno da judicialização da saúde*. Brasília: CONASS; 2018. p.14-24.
 160. Pereira SPD. A Efetivação do Direito à Saúde no Contexto da Judicialização da Política Pública. In: *Coletânea Direito à Saúde. Dilemas do Fenômeno da judicialização da Saúde*. CONASS; 2018.
 161. Sant’Ana RN. *A judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde: Proposta de Enfrentamento da Injustiça na Saúde Pública*. 2017. 455 f. Tese (Doutorado em Direito) - Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento, Centro Universitário de


- Brasília, Brasília, 2017.
162. Santana HV, Filho RF. Os limites e a extensão da defesa de direitos fundamentais por meio de instrumentos processuais de cognição estreita: mandado de segurança e o caso da saúde. *Rev Bras Políticas Públicas*. Uniceub; 2018.
 163. Barros JAC de, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Cien Saude Colet* 2002; 7: 891–898.
 164. Pscheidt KR. A Garantia Constitucional do Neoliberalismo. *Rev Eletrônica Direito e Política*, Programa Pós-Graduação Strict Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI; 11.
 165. Canut L. Operacionalização do Sistema Único de Saúde e de sua assistência farmacêutica diante da judicialização: Um estudo de caso no município de São José/SC. *Rev Direito Sanitário* 2017; 18: 62.
 166. Departamento de Ciência Tecnologia, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos M da S. Nova comissão nacional de incorporação de tecnologias de saúde e impacto ao sistema único de saúde. *Rev Saude Publica* 2011; 45: 993–996.
 167. Brasil. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Manual do Programa Nutricional Enteral Domiciliar-PTNED. Brasília 2021.
 168. Brasil. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 478, de 06 de setembro de 2017. Aprovar o Regulamento Técnico para o Fornecimento de Fórmulas para Fins Especiais para Atendimento Domiciliar, no âmbito do Distrito Federal. *Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil*. Brasília 2017.
 169. Fink J da S, Mello ED de, Picon PD. Impactos da implementação de um centro de referência em fórmulas nutricionais especiais. *Rev AMRIGS* 2010; 54: 133–140.
 170. Secretaria Municipal de Belo Horizonte. Protocolo para dispensação de fórmulas alimentares industrializadas. 2007; 1–216.
 171. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. 2020; 1–24.
 172. Brasil. Ministério da Economia. Painel de Preços. Disponível em: <<http://paineldepresos.planejamento.gov.br>>. Acesso em 11/07/2022.
 173. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Preços em Saúde (BPS). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude/banco-de-precos-em-saude>>. Acesso em 11/07/2022.
 174. Maria S, Cozzolino F, Cominetti C. Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição. 1ª edição. Manole, 2013. 1.288 p.
 175. Cunha SFC. Fórmulas enterais no mercado brasileiro: classificação e descrição da composição nutricional. Published online 2011:71-86.
 176. Cereda E, Beltramolli D, Pedrolli C, et al. Refractory myasthenia gravis, dysphagia and malnutrition: a case report to suggest disease-specific nutritional issues. *Nutrition*. 2009;25(10):1067-1072.
 177. Baxter YC, Waitzberg DL. Alimentação Enteral. In: Silva, SMCS.; Mura JDP. *Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia*. 2nd ed. (Roca, ed.); 2013.
 178. Witkowski MC, Silveira R de S, Durant DM, et al. Capacitação dos familiares de crianças e adolescentes para os cuidados com nutrição parenteral domiciliar. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019;37(3):305-311.
 179. Sousa FDT, Sousa ALPM. Uma revisão sobre as redes de atenção à saúde no Brasil.


- Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2018;01:57-75.
180. Ramonet I. Propagandas Silenciosas. Massas, Televisão, Cinema. Tradução: Luís Filipe Sarmiento e Isabel Salvado. 2ª. (Letras C das, ed.); 2000.
 181. Goldenberg P. Repensando a Desnutrição Como Uma Questão Social. (Unicamp, ed.); 1988.
 182. Chren MM, Landefeld CS, Murray TH. Doctors, drug companies, and gifts. *JAMA*. 1989;262(24):3448-3451.
 183. Margolis LH. A ética de aceitar presentes da indústria farmacêutica. Published online 1991.
 184. Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral Na Prática Clínica. 5ª. (Atheneu, ed.); 2017.
 185. Castro e Cardoso MG, Prates SMS, Anastácio LR. Fórmulas para nutrição enteral padrão e modificada disponíveis no Brasil: Levantamento e classificação. *Braspen J*. 2018;33(4):402-417.
 186. Silvah JH, Nicoletti CF, de Lima CMM, Welle A, Marchini JS. Necessidade de módulo proteico para pacientes em estado grave: estudo das fórmulas enterais em sistema fechado disponíveis no mercado. *BRASPEN J*. 2020;2(35):130-138.
 187. Brasil. Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília; 2010.
 188. Martins LR. O que o Judiciário aprendeu com a pandemia e o que ficará de bom. *Revista Consultor Jurídico*, [on-line], São Paulo, 2021.
 189. IBGE Educa. Uso de internet, televisão e celular no Brasil. Agência IBGE Brasil, [on-line]. Disponível em <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/20787-uso-de-internet-televisao-e-celular-no-brasil.html>.
 190. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Published online 2007.
 191. Souza Neto CP. A Justiciabilidade dos Direitos Sociais: Críticas e Parâmetros. In: Souza Neto, Cláudio Pereira (Org.). *Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Lumen Juris. Published online 2008:515-551.
 192. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e visual (Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas ortopédicas). Published online 2020:125.
 193. Silva MV, Rodrigues R, Fortes D, et al. In: neuropsychomotor development in children with microcephaly affected by Zika Virus : a literature review Revisão de Literatura Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia acometidas pela Zika Vírus : uma revisão da. Published online 2021:8-13.
 194. Ferreira RA, Brito LL, Cruz TC, et al. Efeitos da Terapia Nutricional Enteral na evolução clínica e nutricional de pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral. Published online 2019.
 195. Braspen. *Terapia Nutricional na Oncologia*. São Paulo, 2011.


ANEXOS

ANEXO A – Relação dos custos das fórmulas nutricionais disponíveis no Banco de Preços em Saúde (BPS/MS)

BPS Banco de Preços em Saúde																	
 Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação Geral de Economia da Saúde BPS - Banco de Preços em Saúde																	
Domingo 10 Julho 2022 21:36 GERAL Usuário: Karina Vitor de Sousa Guimarães																	
ITENS																	
PDM: DIETA INFANTIL Grupo: EQUIPAMENTOS E ARTIGOS PARA USO MÉDICO, DENTÁRIO E VETERINÁRIO Classe: SUBSTÂNCIAS PARA DIAGNÓSTICO "IN VITRO", REAGENTES, CONJUNTOS E JOGOS PARA TESTE																	
PERÍODO																	
Data da Compra: 10/01/2021 à 10/07/2022																	
BPS																	
DADOS DO ITEM				DADOS DA COMPRA				DADOS DO FABRICANTE/FORNECEDOR		DADOS DA INSTITUIÇÃO			VALORES				
CÓDIGO BR	DESCRIÇÃO CATMAT	UNIDADE DE FORNECIMENTO	GENÉRICO	DATA COMPRA	MODALIDADE DA COMPRA	DATA INSERÇÃO	TIPO COMPRA	FABRICANTE	FORNECEDOR	NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	UF	QTD ITENS COMPRADOS	PREÇO UNITÁRIO	CMED - PREÇO REGULADO	COMPETÊNCIA CMED	MÉDIA PONDERADA
BR04278 02	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 6 MESES, ASPECTO FÍSICO PÓ, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA L, DESN E/OU CONG: PTC SR LEITE, FONTE DE CARBOIDRATO LACTOSE E/OU MALTODEX, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT E	GRAMA	Não	31/03/2021	Pregão	26/04/2021	A	NESTLE BRASIL LTDA	MERCO SOLUCOES EM SAUDE LTDA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE DOIS VIZINHOS	DOIS VIZINHOS	PR	192000	0,0300	0,0000	N/A	0,0928
BR04278 02	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 6 MESES, ASPECTO FÍSICO PÓ, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA L, DESN E/OU CONG: PTC SR LEITE, FONTE DE CARBOIDRATO LACTOSE	GRAMA	Não	31/03/2021	Pregão	27/04/2021	A	NESTLE BRASIL LTDA	NORTE NUTRI PRODUTOS MEDICOS E NUTRICAO EIRELI	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE DOIS VIZINHOS	DOIS VIZINHOS	PR	640000	0,0300	0,0000	N/A	0,0928
BPS Banco de Preços em Saúde																	
 Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação Geral de Economia da Saúde BPS - Banco de Preços em Saúde																	
Domingo 10 Julho 2022 21:36 GERAL Usuário: Karina Vitor de Sousa Guimarães																	
BPS																	
DADOS DO ITEM				DADOS DA COMPRA				DADOS DO FABRICANTE/FORNECEDOR		DADOS DA INSTITUIÇÃO			VALORES				
CÓDIGO BR	DESCRIÇÃO CATMAT	UNIDADE DE FORNECIMENTO	GENÉRICO	DATA COMPRA	MODALIDADE DA COMPRA	DATA INSERÇÃO	TIPO COMPRA	FABRICANTE	FORNECEDOR	NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	UF	QTD ITENS COMPRADOS	PREÇO UNITÁRIO	CMED - PREÇO REGULADO	COMPETÊNCIA CMED	MÉDIA PONDERADA
BR04278 02	DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT E MINE/OU AAS,	GRAMA	Não	31/03/2021	Pregão	27/04/2021	A	NESTLE BRASIL LTDA	NORTE NUTRI PRODUTOS MEDICOS E NUTRICAO EIRELI	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE DOIS VIZINHOS	DOIS VIZINHOS	PR	640000	0,0300	0,0000	N/A	0,0928
BR04367 61	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO A PARTIR 6, MES, ASPECTO FÍSICO PÓ, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTODE XTRINA LACTOSE, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT, MINE	GRAMA	Não	10/12/2021	Pregão	07/01/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	SARVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS LTDA - ME	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL	CASCAVEL	PR	907250	0,0330	0,0000	N/A	0,0434
BR04278 02	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 6 MESES, ASPECTO FÍSICO PÓ, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA L, DESN E/OU CONG: PTC SR LEITE, FONTE DE CARBOIDRATO LACTOSE E/OU MALTODEX, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS,	GRAMA	Não	28/03/2022	Pregão	27/06/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MAIS SAUDE MARIANGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	480000	0,0348	0,0000	N/A	0,0928
BPS Banco de Preços em Saúde																	
 Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação Geral de Economia da Saúde BPS - Banco de Preços em Saúde																	
Domingo 10 Julho 2022 21:36 GERAL Usuário: Karina Vitor de Sousa Guimarães																	
BPS																	
DADOS DO ITEM				DADOS DA COMPRA				DADOS DO FABRICANTE/FORNECEDOR		DADOS DA INSTITUIÇÃO			VALORES				
CÓDIGO BR	DESCRIÇÃO CATMAT	UNIDADE DE FORNECIMENTO	GENÉRICO	DATA COMPRA	MODALIDADE DA COMPRA	DATA INSERÇÃO	TIPO COMPRA	FABRICANTE	FORNECEDOR	NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	UF	QTD ITENS COMPRADOS	PREÇO UNITÁRIO	CMED - PREÇO REGULADO	COMPETÊNCIA CMED	MÉDIA PONDERADA
BR04278 02	ADICIONAIS VIT E MINE/OU AAS,	GRAMA	Não	28/03/2022	Pregão	27/06/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MAIS SAUDE MARIANGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	480000	0,0348	0,0000	N/A	0,0928
BR04278 02	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 6 MESES, ASPECTO FÍSICO PÓ, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA L, DESN E/OU CONG: PTC SR LEITE, FONTE DE CARBOIDRATO LACTOSE E/OU MALTODEX, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT E	GRAMA	Não	07/02/2022	Dispensa de Licitação	28/03/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MERCO SOLUCOES EM SAUDE LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	40000	0,0352	0,0000	N/A	0,0928
BR04536 46	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 12 MESES, ASPECTO FÍSICO PÓ, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTODE XTRINA E/OU LACTOSE E/OU AMIDO, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS	GRAMA	Não	07/02/2022	Dispensa de Licitação	28/03/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MERCO SOLUCOES EM SAUDE LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	160000	0,0373	0,0000	N/A	0,0454
Fale Conosco: (61) 3315-3990 bps@saude.gov.br (61) 3315-3991 www.saude.gov.br/banco																	
														 Ministério da Saúde			

BPS Banco de Preços em Saúde																	
 <p>Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação Geral de Economia da Saúde BPS - Banco de Preços em Saúde</p>																	
Domingo 10 Julho 2022 21:36																	
GERAL																	
Usuário: Karina Vitor de Sousa Guimarães																	
DADOS DO ITEM				DADOS DA COMPRA				DADOS DO FABRICANTE/FORNECEDOR		DADOS DA INSTITUIÇÃO			VALORES				
CÓDIGO BR	DESCRIÇÃO CATMAT	UNIDADE DE FORNECIMENTO	GENÉRICO	DATA COMPRA	MODALIDADE DA COMPRA	DATA INSERÇÃO	TIPO COMPRA	FABRICANTE	FORNECEDOR	NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	UF	QTD ITENS COMPRADOS	PREÇO UNITÁRIO	CMED - PREÇO REGULADO	COMPETÊNCIA CMED	MÉDIA PONDERADA
BR0432350	COMPONENTES ADICIONAIS VITAMINAS E MINERAIS, CA	GRAMA	Não	10/12/2021	Pregão	07/01/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MERCO SOLUCOES EM SAUDE LTDA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL	CASCAVEL	PR	801750	0,0410	0,0000	N/A	0,0810
BR0436337	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 6 MESES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT. MIN E FIBRAS, CARACTERÍSTICAS DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 12 MESES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA E/OU LACTOSE E/OU AMIDO, FONTE DE	GRAMA	Não	10/12/2021	Pregão	07/01/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	SAVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS LTDA - ME	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL	CASCAVEL	PR	1554000	0,0420	0,0000	N/A	0,0747
BR0453646	ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT. MIN E FIBRAS, CARACTERÍSTICAS DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 12 MESES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA E/OU LACTOSE E/OU AMIDO, FONTE DE	GRAMA	Não	28/03/2022	Pregão	27/06/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MAIS SAUDE MARRINHA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	336000	0,0437	0,0000	N/A	0,0454

BPS Banco de Preços em Saúde																	
 <p>Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação Geral de Economia da Saúde BPS - Banco de Preços em Saúde</p>																	
Domingo 10 Julho 2022 21:36																	
GERAL																	
Usuário: Karina Vitor de Sousa Guimarães																	
DADOS DO ITEM				DADOS DA COMPRA				DADOS DO FABRICANTE/FORNECEDOR		DADOS DA INSTITUIÇÃO			VALORES				
CÓDIGO BR	DESCRIÇÃO CATMAT	UNIDADE DE FORNECIMENTO	GENÉRICO	DATA COMPRA	MODALIDADE DA COMPRA	DATA INSERÇÃO	TIPO COMPRA	FABRICANTE	FORNECEDOR	NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	UF	QTD ITENS COMPRADOS	PREÇO UNITÁRIO	CMED - PREÇO REGULADO	COMPETÊNCIA CMED	MÉDIA PONDERADA
BR0453646	ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VITAMINAS E M	GRAMA	Não	28/03/2022	Pregão	27/06/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MAIS SAUDE MARRINHA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	336000	0,0437	0,0000	N/A	0,0454
BR0436761	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO A PARTIR 6, MES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA LACTOSE, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VIT. MIN E DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO A PARTIR 6, MES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA E/OU XAROPE, MILHO E/OU SACAROSE, FONTE DE	GRAMA	Não	10/12/2021	Pregão	07/01/2022	A	DANONE LTDA	VACCARIN & ALFF LTDA - ME	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL	CASCAVEL	PR	2721750	0,0450	0,0000	N/A	0,0434
BR0432636	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO A PARTIR 6, MES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA E/OU XAROPE, MILHO E/OU SACAROSE, FONTE DE	GRAMA	Não	10/12/2021	Pregão	07/01/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	SAVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS LTDA - ME	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL	CASCAVEL	PR	521000	0,0450	0,0000	N/A	0,1934

BPS Banco de Preços em Saúde																	
 <p>Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento Coordenação Geral de Economia da Saúde BPS - Banco de Preços em Saúde</p>																	
Domingo 10 Julho 2022 21:36																	
GERAL																	
Usuário: Karina Vitor de Sousa Guimarães																	
DADOS DO ITEM				DADOS DA COMPRA				DADOS DO FABRICANTE/FORNECEDOR		DADOS DA INSTITUIÇÃO			VALORES				
CÓDIGO BR	DESCRIÇÃO CATMAT	UNIDADE DE FORNECIMENTO	GENÉRICO	DATA COMPRA	MODALIDADE DA COMPRA	DATA INSERÇÃO	TIPO COMPRA	FABRICANTE	FORNECEDOR	NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO	UF	QTD ITENS COMPRADOS	PREÇO UNITÁRIO	CMED - PREÇO REGULADO	COMPETÊNCIA CMED	MÉDIA PONDERADA
BR0453646	COMPONENTES ADICIONAIS VITAMINAS E M	GRAMA	Não	07/02/2022	Dispensa de Licitação	28/03/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MERCO SOLUCOES EM SAUDE LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	160000	0,0373	0,0000	N/A	0,0454
BR0442836	DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO A PARTIR 6, MES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA E/OU LACTOSE, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS VEGETAIS, COMPONENTES ADICIONAIS VITAMINAS E DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO 0 A 12 MESES, ASPECTO FISICO PO, USO ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEINA SORO LEITE E CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO MALTOSE, XTRINA E/OU XAR. MILHO, FONTE DE LÍPIDIOS ÓLEOS	GRAMA	Não	28/03/2022	Pregão	27/06/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MAIS SAUDE MARRINHA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	MUNICÍPIO DE CIANORTE	CIANORTE	PR	288000	0,0373	0,0000	N/A	17,0067
BR0432350	COMPONENTES ADICIONAIS VITAMINAS E M	GRAMA	Não	10/12/2021	Pregão	07/01/2022	A	NESTLE BRASIL LTDA	MERCO SOLUCOES EM SAUDE LTDA	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CASCAVEL	CASCAVEL	PR	801750	0,0410	0,0000	N/A	0,0810

(01) 3315-3990 bps@saude.gov.br
Fale Conosco: (01) 3315-3991 www.saude.gov.br/banco

ANEXO B – Relação dos custos das fórmulas nutricionais disponíveis no Painel de Preços (SIASG/ME)



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

MÉDIA
R\$ 315,65

MEDIANA
R\$ 30,00

MENOR
R\$ 0,027

FILTROS APLICADOS

Descrição

Nome do Material (PDM)

DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO:0 A 6 MESES, ASPECTO FÍSICO:PÓ, USO:ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA:PTN HIDROLISADA SORO LEITE, FONTE DE CARBOIDRATO:LACTOSE, FONTE DE LÍPIDIOS:ÓLEOS VEGETAIS E GORDURA LÁCTEA, COMPONENTES ADICIONAIS:VIT.,MIN.E FIBRAS, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS:ISENTO DIETA INFANTIL GLÚTEN, ADICIONAIS: C/ LC PUFAS,PREBIÓTICOS

Quantidade total de registros: 63

Registros apresentados: 1 a 50

Identificação da Compra	Número do Item	Modalidade	Código do CATMAT	Descrição do Item	Descrição Complementar	Unidade de Fornecimento	Quantidade Ofertada	Valor Unitário	Fornecedor	Órgão	UASG	Data da Compra
00040/2021	00014	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	150.000	R\$0,027	NUTRIPOINT COMERCIAL LTDA.	ESTADO DO PARANA	926277 - UNIV. EST. DO OESTE DO PARANA - HOSP. UNIVERS	26/08/2021
00022/2021	00001	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	216.000	R\$0,029	CL COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	MINISTERIO DA SAUDE	257047 - DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PERNAMBUCO	16/11/2021
00043/2021	00004	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	128.000	R\$0,029	SAVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS EIRELI	ESTADO DO PARANA	987501 - PREF.MUN. DE CERRO AZUL	17/02/2022
00090/2021	00009	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	231.840	R\$0,03	ORTHONEWS CIRURGICOS E ORTOPEDICOS LTDA.	ESTADO DE MINAS GERAIS	985155 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA/MG	09/12/2021
00065/2021	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	49.600	R\$0,0328	RCC - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARE	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	155901 - HOSPITAL ESCOLA DA UNIV. FEDERAL DE PELOTAS	10/12/2021
00117/2021	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	318.400	R\$0,036	NUTRIPOINT COMERCIAL LTDA.	ESTADO DO PARANA	453405 - PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS	03/01/2022

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:46
Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

00006/2022	00014	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	288.000	R\$0,04	NUTRIC - NUTRICIONAL COMERCIO LTDA	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	462723 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASIMIRO DE ABREU	20/04/2022
00037/2021	00002	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	316.800	R\$0,04	LINK HOME DISTRIBUIDORA LTDA	ESTADO DE GOIAS	460434 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE INHUMAS	08/07/2021
00006/2022	00011	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	80.000	R\$0,07	C. G. LIMA DISTRIBUIDORA DE EQUIPAMENTOS EIRELI	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	462723 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CASIMIRO DE ABREU	20/04/2022
00074/2021	00027	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	120.000	R\$0,071	L D NANDI LTDA	ESTADO DO PARANA	985487 - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIPA	21/09/2021
00074/2021	00026	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	90.000	R\$0,104	L D NANDI LTDA	ESTADO DO PARANA	985487 - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIPA	21/09/2021
00066/2021	00008	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	800	R\$12,73	NUTRIX SUPLEMENTOS ALIMENTARES LTDA	ESTADO DO PARA	927877 - FUNDO MUNICIPAL DE ASSIST.SOCIAL DE MARABA	11/08/2021
00012/2021	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	100	R\$13	MAIS SAUDE MARINGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DO PARANA	987831 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SABAUDIA	12/07/2021
16631/2020	00005	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	820	R\$13,20	HEALTH NUTRICA O HOSPITALAR EIRELI	ESTADO DA PARAIBA	927671 - FUNDO MUN. DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE	22/06/2021
00050/2021	00004	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	360	R\$13,59	NUTRIX SUPLEMENTOS ALIMENTARES LTDA	ESTADO DO PARA	925449 - FUND.PUBL. EST. HOSP. DE CLINICAS GASPAR VIANNA	14/07/2021
00014/2021	00074	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	38	R\$13,62	NUTRIR SAUDE STORE LTDA	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	155014 - HOSPITAL UNIVERSITARIO ANA BEZERRA	27/12/2021
00011/2021	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		QUILOCALORIA/MILIT	624	R\$14,60	CENUTRI COMERCIO E SERVICOS EIRELI	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS	926107 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIA DA SAUDE/AL	01/06/2021
00008/2022	00031	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	100	R\$15,02	SEBMED PRODUTOS PARA A SAUDE EIRELI	ESTADO DE SANTA CATARINA	980888 - PREFEITURA MUN.DE BALNEÁRIO A.DO SILVA	11/02/2022
00251/2021	00018	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	625	R\$17,70	RCC - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	988599 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL/RS	15/10/2021
00012/2022	00001	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	460	R\$21	DAKAR COMERCIO E SERVICO LTDA	MINISTERIO DA SAUDE	257044 - DISTRITO SANIT. ESP.INDIGENA-KAIAPO REDENÇÃO	13/04/2022
00012/2021	00002	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	400	R\$21	MAIS SAUDE MARINGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DO PARANA	987831 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SABAUDIA	12/07/2021

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:46
Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

Fonte: Ministério da Economia, 2022.

00035/2021	00005	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	200	R\$21,78	VIVER BEM NUTRICAÇÃO LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	985219 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO PRATA	14/09/2021
00002/2022	00083	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		QUILOCALORIA/LITRO	360	R\$22,99	CL COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	ESTADO DE PERNAMBUCO	982333 - PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO JARDIM	01/02/2022
00509/2022	00003	Dispensa de Licitação	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	1	R\$24,50	I. T. S. JORGE	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO	153050 - CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS DA UFES	29/04/2022
00509/2021	00003	Dispensa de Licitação	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	1	R\$24,90	RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO	153050 - CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS DA UFES	22/09/2021
00019/2021	00078	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	300	R\$26,10	GGC DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES LTDA	ESTADO DA BAHIA	983713 - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAGOGIPE/BA	15/06/2021
00011/2022	00083	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		LITRO	168	R\$27,50	CM COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA	ESTADO DA BAHIA	983485 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CORRENTINA/BA	06/05/2022
00007/2022	00019	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	100	R\$27,99	SUPERMERCADO SAO LUCAS LTDA	ESTADO DA BAHIA	983539 - PREFEITURA MUNICIPAL DE BIASSUCÉ/BA	19/04/2022
00011/2022	00084	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		LITRO	340	R\$28,22	CM COMERCIO DE PRODUTOS ALIMENTICIOS LTDA	ESTADO DA BAHIA	983485 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CORRENTINA/BA	06/05/2022
25014/2021	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	200	R\$28,23	CL COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	ESTADO DA PARAIBA	927662 - FUNDO MUN. DE ASSISTENCIA SOCIAL CAMPINA GDE	03/12/2021
00012/2022	00007	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	40	R\$30	VACCARIN & ALFF LTDA	ESTADO DO PARANA	985529 - PREFEITURA MUN. DE ENTRE RIOS DO OESTE	17/05/2022
00008/2021	00019	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	50	R\$30	NUTRIX SUPLEMENTOS ALIMENTARES LTDA	ESTADO DO MARANHÃO	453204 - PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ	09/06/2021
00011/2021	00001	Dispensa de Licitação	453662	DIETA INFANTIL		G	120	R\$30	NUTRICENTER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS NUTRICIONAIS E HOSPITALARES LTDA	MINISTERIO DA SAUDE	257037 - DISTRITO SANIT. ESP. INDÍGENA - ARAGUAIA	04/11/2021
00019/2022	00010	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	70	R\$32,44	SAVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS EIRELI	ESTADO DO PARANA	987587 - PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARATUBA/PR	12/05/2022
00006/2022	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		QUILOGRAMA	500	R\$32,50	LEONE & COLDIBELLI COMERCIO E DISTRIBUCAO DE PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	985373 - PREF. MUN. DE TIMOTEIO/MG	10/05/2022

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:46
Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

00054/2021	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		LITRO	250	R\$34	SAVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS EIRELI	ESTADO DO PARANA	985489 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU	23/07/2021
00006/2021	00001	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	2.016	R\$34,90	NUTRICENTER DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS NUTRICIONAIS E HOSPITALARES LTDA	MINISTERIO DA SAUDE	257040 - DISTRITO SANIT. ESP. INDÍGENA - XAVANTE	15/06/2021
00009/2022	00003	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	40	R\$37	VIVER BEM NUTRICAÇÃO LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	984767 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LEOPOLDINA	11/04/2022
25014/2021	00001	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		G	100	R\$37,47	MEDS COMERCIO DE MEDICAMENTOS, PRODUTOS E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA	ESTADO DA PARAIBA	927662 - FUNDO MUN. DE ASSISTENCIA SOCIAL CAMPINA GDE	03/12/2021
00034/2021	00051	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	100	R\$37,90	BRENA VIEIRA LIRA CAVALCANTE EIRELI	ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	926449 - PREFEITURA DE GUAMARÉ	25/08/2021
00008/2021	00081	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	100	R\$38	SANTOS COELHO COMERCIO LTDA	ESTADO DO MARANHÃO	980887 - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO/MA	20/07/2021
00009/2022	00005	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	105	R\$38,09	LEONE & COLDIBELLI COMERCIO E DISTRIBUCAO DE PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	984767 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LEOPOLDINA	11/04/2022
00089/2021	00012	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	72	R\$38,80	COSTA CAMARGO COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	927152 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE MACAÉ	29/12/2021
00063/2021	00024	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	179	R\$39	NUTRIR SAUDE STORE LTDA	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	155013 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES	29/11/2021
00130/2021	00097	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		LITRO	200	R\$40	SAVIMED COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS EIRELI	ESTADO DO PARANA	987659 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJEIRAS DO SUL	15/02/2022
00015/2022	00006	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		MILILITRO	100	R\$41	H G A COSTA COMERCIO DE ARTIGOS ODONTO-MEDICO-HOSPITALAR	ESTADO DE PERNAMBUCO	982323 - PREFEITURA MUNICIPAL DE ARCOVERDE/PE	03/06/2022
00009/2022	00016	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	35	R\$41	VIVER BEM NUTRICAÇÃO LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	984767 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LEOPOLDINA	11/04/2022
00019/2021	00001	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	300	R\$42	CIRURGICA ALIANÇA PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	ESTADO DE TOCANTINS	462560 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE GUARAI/TO	16/06/2021
00017/2021	00057	Pregão	453662	DIETA INFANTIL		GRAMA	172	R\$42,50	SALUD COMERCIO VAREJISTA DE PRODUTOS ALIMENTICIOS E DESCARTAVEIS LTDA	ESTADO DO ESPIRITO SANTO	980764 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO ROQUE DO CANAA	29/09/2021

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:46
Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

Fonte: Ministério da Economia, 2022.


 MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

MÉDIA

R\$ 62,52

MEDIANA

R\$ 39,40

MENOR

R\$ 0,02

FILTROS APLICADOS

Descrição

DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO:0 A 10 ANOS, ASPECTO FÍSICO:PÓI, USO:ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA:PTN SR.LEITE E/OU CASEÍNA, FONTE DE CARBOIDRATO:LACTOSE E/OU MALTODEX., FONTE DE LÍPIDIOS:ÓLEOS VEGETAIS E/OU TCM, COMPONENTES ADICIONAIS:VITAMINAS E MINERAIS, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS:ISENTO GLÚTEN, ADICIONAIS: C/ LC PUFAS, SABOR:C/ OU S/SABOR

Nome do Material (PDM)

DIETA INFANTIL

Quantidade total de registros: 104

Registros apresentados: 1 a 50

Identificação da Compra	Número do Item	Modalidade	Código do CATMAT	Descrição do Item	Descrição Complementar	Unidade de Fornecimento	Quantidade Ofertada	Valor Unitário	Fornecedor	Órgão	UASG	Data da Compra
00403/2021	00038	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	840.000	R\$0,02	MAIS SAUDE MARINGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DO PARANA	987691 - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGA/PR	23/02/2022
00403/2021	00037	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	840.000	R\$0,02	MAIS SAUDE MARINGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DO PARANA	987691 - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGA/PR	23/02/2022
00043/2021	00010	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	480.000	R\$0,0642	LIFECENTER COMERCIO DE PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI	ESTADO DO PARANA	987501 - PREF.MUN. DE CERRO AZUL	17/02/2022
00013/2022	00001	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	240.000	R\$0,08	EREMIX INDUSTRIA DE ALIMENTOS ESPECIAIS LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	984359 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS	23/05/2022
00043/2021	00011	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	240.000	R\$0,088	INTEGRA SOLUCOES MEDICAS LTDA	ESTADO DO PARANA	987501 - PREF.MUN. DE CERRO AZUL	17/02/2022
00002/2022	00013	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	124.800	R\$0,405	MAIORCA SOLUCOES EM SAUDE, SEGURANCA E PADRONIZACAO EIRELI	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	155016 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRANDE DOURADOS	04/04/2022

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:36

Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

00069/2021	00029	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	19.200	R\$1,345	NUTRIPOINT COMERCIAL LTDA.	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	155908 - HOSPITAL UNIV. DR. MIGUEL RIET CORREA JUNIOR	29/11/2021
00001/2022	00012	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	120	R\$7	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00001/2022	00011	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	360	R\$10	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00100/2022	00003	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	1.125	R\$13,95	SEBME PRODUTOS PARA A SAUDE EIRELI	ESTADO DE SANTA CATARINA	453230 - PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE	05/05/2022
00100/2022	00001	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	3.750	R\$14,04	SEBME PRODUTOS PARA A SAUDE EIRELI	ESTADO DE SANTA CATARINA	453230 - PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE	05/05/2022
00100/2022	00004	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	3.375	R\$14,11	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	453230 - PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE	05/05/2022
00100/2022	00002	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	11.250	R\$14,20	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	453230 - PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE	05/05/2022
00001/2022	00001	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	3.420	R\$14,30	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00001/2022	00002	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	2.136	R\$14,87	NUTRIPOINT COMERCIAL LTDA.	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00019/2022	00010	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	270	R\$16	NUTRIR DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA TERAPIA NUTRICIONAL LTDA	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	985905 - PREFEITURA MUN.DE SAO SEBASTIAO DO ALTO	29/03/2022
00001/2022	00022	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	720	R\$16	CRP COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS NUTRICIONAIS, MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LT	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00001/2022	00006	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	324	R\$21,50	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00002/2022	00085	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		QUILOGRAMA	45	R\$22	FERNANDA SILVA DE ASSIS NEVES	ESTADO DE PERNAMBUCO	982333 - PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO JARDIM	01/02/2022
00001/2022	00003	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		LITRO	860	R\$22,30	SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	ESTADO DE SANTA CATARINA	988039 - PREFEITURA MUN.DE BALNEARIO DE CAMBORIU	11/02/2022
00007/2022	00011	Pregão	480873	DIETA INFANTIL		GRAMA	150	R\$24	LEONE COMERCIO E DISTRIBUICAO DE PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	984673 - PREF.MUN.DE ITATIAIUUCU	02/03/2022

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:36

Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

Fonte: Ministério da Economia, 2022.



MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

MÉDIA
R\$ 35,40

MEDIANA
R\$ 32,18

MENOR
R\$ 0,02

FILTROS APLICADOS

Descrição

Nome do Material (PDM)

DIETA INFANTIL, INDICAÇÃO:A PARTIR 6º MÊS, ASPECTO FÍSICO:PÓ, USO:ENTERAL OU ORAL, FONTE DE PROTEÍNA:PTN HIDROLISADA SORO LEITE), FONTE DE CARBOIDRATO:LACTOSE, FONTE DE LÍPIDIOS:ÓLEOS VEGETAIS E GORDURA LÁCTEA), COMPONENTES ADICIONAIS:VIT.,MIN.E FIBRAS, CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS:ISENTO GLUTEN, ADICIONAIS: C/ LC PUFAS,PREBIÓTICOS **DIETA INFANTIL**

Quantidade total de registros: 58

Registros apresentados: 1 a 50

Identificação da Compra	Número do Item	Modalidade	Código do CATMAT	Descrição	Descrição Complementar	Unidade de Fornecimento	Quantidade Ofertada	Valor Unitário	Fornecedor	Órgão	UASG	Data da Compra
00058/2021	00029	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	240.000	R\$0,02	LICIMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALA	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES	155125 - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	19/08/2021
00022/2021	00002	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	216.000	R\$0,0297	CL COMERCIO DE MATERIAIS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	MINISTERIO DA SAUDE	257047 - DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA-PERNAMBUCO	16/11/2021
00040/2021	00015	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	20.000	R\$0,036	MERCO SOLUCOES EM SAUDE S/A	ESTADO DO PARANA	926277 - UNIV. EST. DO OESTE DO PARANA - HOSP. UNIVERS	26/08/2021
00117/2021	00006	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	164.000	R\$0,037	NUTRIPORT COMERCIAL LTDA.	ESTADO DO PARANA	453405 - PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS	03/01/2022
00074/2021	00028	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	120.000	R\$0,075	L D NANDI LTDA	ESTADO DO PARANA	985487 - PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIIPA	21/09/2021
00184/2021	00001	Dispensa de Licitação	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	9.600	R\$0,11	JMX DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS E HOSPITALARES LTDA	COMANDO DA MARINHA	791100 - COMANDO DA FORÇA AERONAVAL	03/11/2021


Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:50
Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

00011/2021	00046	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		QUILOCALORIA/MILILIT	10.140	R\$0,35	TECNICA DISTRIBUICAO HOSPITALAR EIRELI	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS	926107 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIA DA SAÚDE/AL	01/06/2021
00003/2022	00006	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	48	R\$8,88	TEM SUPERMERCADO LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	984643 - PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAGUARA	02/02/2022
00002/2022	00118	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	40	R\$9,90	MERCADO IRMAOS SENA COMERCIO VAREJISTA DE GENEROS ALIMENTICIOS LTDA	ESTADO DA BAHIA	983049 - PREFEITURA MUNICIPAL DE VARZEDO/BA	25/04/2022
00001/2022	00035	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	300	R\$11	SANTOS REIS DISTRIBUIDORA EIRELI	ESTADO DA BAHIA	983431 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CANDIBA	09/03/2022
00013/2021	00031	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	18	R\$13,18	RCC - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARE	COMANDO DO EXERCITO	160416 - HOSPITAL GERAL DE SANTA MARIA	22/09/2021
00251/2021	00019	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	1.250	R\$16,10	RCC - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS, CORRELATOS E PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	988599 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL/RS	15/10/2021
00509/2021	00004	Dispensa de Licitação	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	1	R\$17,90	RANGEL COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO	153050 - CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS DA UFES	22/09/2021
00011/2021	00005	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		QUILOCALORIA/MILILIT	624	R\$18	CENUTRI COMERCIO E SERVICOS EIRELI	UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS	926107 - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIA DA SAÚDE/AL	01/06/2021
00025/2021	00023	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	525	R\$18,85	MAIS SAUDE MARINGA PRODUTOS MEDICOS E NUTRICIONAIS LTDA	ESTADO DO PARANA	987427 - PREF. MUN. DE ARAPONGAS/PR	19/07/2021
00012/2022	00002	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	330	R\$21	DAKAR COMERCIO E SERVICO LTDA	MINISTERIO DA SAUDE	257044 - DISTRITO SANIT. ESP.INDIGENA-KAIAPO REDENÇÃO	13/04/2022
00025/2021	00022	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	1.575	R\$22	MERCO SOLUCOES EM SAUDE S/A	ESTADO DO PARANA	987427 - PREF. MUN. DE ARAPONGAS/PR	19/07/2021
00035/2021	00006	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	200	R\$22	VIVER BEM NUTRICA O LTDA	ESTADO DE MINAS GERAIS	985219 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DOMINGOS DO PRATA	14/09/2021
00206/2021	00027	Pregão	453663	DIETA INFANTIL		GRAMA	1.500	R\$24	MERCO SOLUCOES EM SAUDE S/A	ESTADO DO PARANA	987493 - PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL	16/12/2021

Relatório gerado dia: 10/07/2022 às 20:50
Fonte: paineldeprecos.planejamento.gov.br

Fonte: Ministério da Economia, 2022.

ANEXO C – Quantitativo de visitas domiciliares realizadas em 2019 e 2020 disponíveis no Tabnet/Datasus/MS

 Ministério da Saúde		DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS
INFORMAÇÕES DE SAÚDE		
AJUDA		NOTAS TÉCNICAS
DATASUS		

PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - BRASIL - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd.apresentada segundo Capital
 Forma organização: 010103 Visita domiciliar
 Período: 2019

	Capital	Qtd.apresentada
TOTAL		33.839.916
355030 São Paulo		21.845.451
310620 Belo Horizonte		5.314.568
500270 Campo Grande		2.197.077
230440 Fortaleza		1.266.839
510340 Cuiabá		1.146.616
410690 Curitiba		736.891
140010 Boa Vista		467.302
320530 Vitória		420.663
240810 Natal		324.489
211130 São Luís		71.169
330455 Rio de Janeiro		19.946
292740 Salvador		10.488
530010 Brasília		6.885
431490 Porto Alegre		4.096
520870 Goiânia		2.442
110020 Porto Velho		1.827
120040 Rio Branco		1.589
420540 Florianópolis		936
130260 Manaus		292
150140 Belém		218
172100 Palmas		57
221100 Teresina		43
280030 Aracaju		29
160030 Macapá		3

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Notas:

1. Dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização.
2. A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:
 - o Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
 - o De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
 - o A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Fonte: DATASUS, 2022.

PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - BRASIL - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd. aprovada segundo Capital
 Forma organização: 010103 Visita domiciliar
 Período: 2020

	Capital	Qtd. aprovada
TOTAL		25.515.790
355030 São Paulo		19.331.993
310620 Belo Horizonte		4.087.010
520870 Goiânia		1.119.762
410690 Curitiba		374.156
140010 Boa Vista		283.992
240810 Natal		127.214
320530 Vitória		87.981
230440 Fortaleza		45.958
120040 Rio Branco		24.196
330455 Rio de Janeiro		17.677
530010 Brasília		6.195
130260 Manaus		4.535
431490 Porto Alegre		2.338
110020 Porto Velho		1.608
500270 Campo Grande		401
211130 São Luís		265
172100 Palmas		224
420540 Florianópolis		106
150140 Belém		98
280030 Aracaju		31
292740 Salvador		30
221100 Teresina		10
510340 Cuiabá		8
270430 Maceió		1
160030 Macapá		1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Notas:

- Dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização.
- A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:
 - Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".
 - De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".
 - A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Fonte: DATASUS, 2022.