
Dossiê Análise de Políticas Públicas

Editores Convidados: Prof. Dr. Bruno Martins Augusto Gomes e Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AOS USUÁRIOS EM NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR EM MUNICÍPIOS DE UMA REGIÃO METROPOLITANA DO PARANÁ ¹

ANALYSIS OF PUBLIC POLICIES DIRECTED TO USERS IN HOME ENTERAL NUTRITION IN MUNICIPALITIES OF A METROPOLITAN REGION THE STATE OF PARANÁ

LUNA REZENDE MACHADO DE SOUSA

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

E-mail: lunarms@gmail.com

MARIA ELIANA MADALAZZO SCHIEFERDECKER

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

E-mail: meliana@ufpr.br

RAFAEL GOMES DITTERICH

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

E-mail: prof.rafaelgd@gmail.com

RESUMO

O aumento na prevalência de doenças crônicas e na expectativa de vida levam ao crescente número de indivíduos com necessidades alimentares especiais relacionadas às vias alternativas de alimentação, como a nutrição enteral, realizada por meio de sondas e ostomias, quando a alimentação por via oral é insuficiente ou incapaz de garantir as necessidades nutricionais. Em situações em que estes indivíduos apresentam estabilidade clínica, é possível a realização da Nutricional Enteral em Domicílio (NED), contudo, ainda não há uma política nacional que garanta o acesso às fórmulas alimentares enterais e à assistência nutricional para os indivíduos em NED. Diante da falta de uma regulamentação federal, alguns municípios têm implantado políticas locais para orientar a assistência nutricional aos usuários em NED. É preciso explorar as condições legais e institucionais que viabilizam, ou não, o processo político-jurídico de implantação de políticas voltadas à efetivação do Direito Humano à Alimentação Adequada aos usuários em NED. Diante disto, este estudo teve como objetivo analisar, à luz do referencial do ciclo de políticas públicas, as políticas e arranjos institucionais voltados à efetivação do direito à alimentação aos usuários em NED. Trata-se de um estudo observacional que envolveu a coleta de dados por meio de entrevistas com os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região Metropolitana de Curitiba, no Paraná. Os gestores foram questionados sobre a identificação do problema público e a existência de um programa ou protocolo municipal para o seu enfrentamento. Por meio do método qualitativo da análise de conteúdo proposto por Bardin, as respostas dos entrevistados foram usadas para identificar em qual etapa do ciclo de políticas públicas cada município se encontrava. Apesar de criticado por sua racionalidade, o modelo do ciclo de políticas públicas possibilita a compreensão das características de cada fase que compõe o processo de implantação das políticas. Os resultados evidenciaram as discrepâncias no tocante à posição dos municípios dentro deste ciclo. Enquanto sete municípios ainda não tinham passado pelo processo de identificação do problema público, cinco municípios já se encontravam na fase de avaliação da política implantada. A avaliação das políticas implantadas nos municípios analisados foi baseada na comparação dos fatores que levaram à sua construção (objetivos) e as mudanças percebidas após sua implantação (resultados). A análise mostrou que as políticas implantadas nos municípios avaliados produziram o resultado desejado, como o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde aos usuários em

¹DOI: <https://doi.org/10.5935/2763-9673.20220012>

NED, com garantia de maior equidade e justiça distributiva dos insumos e fórmulas enterais, redução de custos com o programa e diminuição da judicialização, buscando maior satisfação do usuário.

Palavras-chave: Nutrição Enteral Domiciliar; Políticas Públicas; Municípios.

ABSTRACT

The increase in the prevalence of chronic diseases and in life expectancy lead to a growing number of individuals with special dietary needs to be related to alternative feeding routes, such as enteral nutrition, performed through tubes and ostomies, when oral feeding is insufficient or unable to meet nutritional requirements. In situations where these individuals present clinical stability, it is possible to carry out Enteral Nutritional at Home (NED), however, there is still no national policy that guarantees access to enteral feeding formulas and nutritional assistance for individuals in NED. Given the lack of federal regulation, some municipalities have implemented local policies to guide nutritional assistance to NED users. It is necessary to explore the legal and institutional conditions that enable, or not, the political-legal process of implementing policies aimed at putting into effect the Human Right to Adequate Food for NED users. That said, this study aimed to analyse, in the light of the cycle of public policies, the policies and institutional arrangements aimed at realizing the right to food for users in NED. This is an observational study that involved data collection through interviews with health managers in the municipalities that make up the Metropolitan Region of Curitiba, in Paraná. The managers were asked about the identification of the public problem and the existence of a municipal program or protocol to face it. Using the qualitative method of content analysis proposed by Bardin, the respondents' responses were used to identify which stage of the public policy cycle each municipality was in. Despite being criticized for its rationality, the public policy cycle model makes it possible to understand the characteristics of each phase that makes up the policy implementation process. The results showed discrepancies regarding the position of municipalities within this cycle. While seven municipalities hadn't yet gone through the process of identifying the public problem, five municipalities were already in the evaluation phase of the implemented policy. The evaluation of the policies implemented in the municipalities analyzed was based on the comparison of the factors that led to their construction (objectives) and the changes perceived after their implementation (results). The analysis showed that the policies implemented in the assessed municipalities produced their desired result, such as strengthening the Health Care Network for NED users, guaranteeing greater equity and distributive justice of inputs and enteral formulas, cost reduction with the program and reduction of judicialization, seeking greater user satisfaction.

Keywords: Home Enteral Nutrition; Public policy; Municipalities.

1 INTRODUÇÃO

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

Esse cenário tem demandado ao Sistema Único de Saúde (SUS) a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) aos usuários com necessidades alimentares especiais em atenção domiciliar, para a garantia do seu Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (CORRÊA, 2017). Este direito compreende quatro pilares da alimentação: disponibilidade dos alimentos; acesso físico e econômico aos alimentos; adequação da alimentação às suas necessidades nutricionais; e estabilidade do acesso à alimentação adequada (LEÃO *et al.*, 2013).

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

Diante da falta de regulamentação federal e de uma linha de financiamento para a RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais, alguns municípios têm organizado redes municipais, com a implantação de protocolos de atenção nutricional aos indivíduos em NED (JANSEN *et al.*, 2014; SCHIEFERDECKER *et al.*, 2014; SOUSA; WILL, 2017). Porém, há grande divergência nas diretrizes e funcionamento destas redes, o que acaba por prejudicar o fortalecimento da atenção nutricional aos usuários em NED e contribui para que o Poder Público seja acionado para o cumprimento dos direitos à saúde e alimentação destes cidadãos (DELDUQUE; SILVA, 2014; JANSEN *et al.*, 2014; SCHIEFERDECKER *et al.*, 2014; SOUSA; WILL, 2017). Este fenômeno, denominado “judicialização da saúde”, é entendido como a reivindicação da saúde como direito quando o Poder Judiciário se coloca na posição de tomador de decisões, sobrepondo-se ao arcabouço normativo do SUS (RAMOS *et al.*, 2017).

Portanto, faz-se necessário o estudo aprofundado das políticas públicas e arranjos institucionais que levam às diferentes formas de organização, ou mesmo da falta de organização, da RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais nas instâncias gestoras do SUS. Neste contexto, este estudo analisou, à luz do referencial do ciclo de políticas públicas, as políticas públicas e os arranjos institucionais voltados à efetivação do DHAA aos usuários em NED. Para explorar esta temática em um contexto regional, selecionou-se enquanto cenário do estudo os municípios da 2ª Regional de Saúde (RS) do Paraná, composta pela capital do estado e 29 municípios da região metropolitana de Curitiba.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Iniciou-se nos séculos XIX e XX as pesquisas no campo da ciência política, em busca da racionalização do entendimento do processo político e a identificação de suas fases. Entre 1930 e 1940, o cientista social Harold Lasswell propôs uma abordagem do processo político que envolvia diferentes fases da formulação e desenvolvimento da política pública. Lasswell (1951) apresenta a seguinte divisão do processo de implantação das políticas no âmbito governamental: 1) Informação; 2) Promoção; 3) Prescrição; 4) Invocação; 5) Aplicação; 6)

Término; e 7) Avaliação. Mais importante que a sequência das fases, o modelo de Lasswell defende que a implantação de uma política pública é composta por estágios com características distintas (RAEDER, 2014). E, apesar das críticas quanto ao excesso de racionalidade deste modelo, ele segue sendo referência neste campo da ciência e vários analistas políticos o utilizaram para desenvolver seus estudos e propor novos modelos, adaptando a ideia original de Lasswell, mas mantendo o entendimento da existência de um ciclo de construção das políticas públicas com diferentes fases.

Quase quarenta anos após a publicação do modelo de Lasswell, os autores Howlett e Ramesh apresentaram sua versão adaptada, na qual as sete fases originalmente propostas foram condensadas em cinco: 1) Montagem da agenda; 2) Formulação da política; 3) Tomada de decisão; 4) Implementação; 5) Avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2015a). Apesar de mais sucinto, o modelo adaptado por Howlett e Ramesh engloba todo o processo identificado por Lasswell e destaca fases que não haviam sido consideradas originalmente.

A fase da **Montagem da Agenda**, detalhada por Baptista e Rezende (2015a), engloba o reconhecimento de um problema enquanto público, o qual será o ponto de partida para a elaboração de uma política pública. O problema público é aquele que expõe carências na sociedade as quais os atores públicos julgam como problema público. Para além da identificação do problema público, a formação da agenda depende do cenário político, neste sentido Kingdon diferenciou três tipos de agenda no processo político: sistêmica, institucional e decisória. A agenda sistêmica ou não-governamental é formada por problemas públicos pautados pela sociedade, mas que não despertam atenção dos formuladores de política naquele momento. A agenda institucional ou governamental é composta por problemas públicos de interesse do governo, mas que ainda não se apresentam na mesa de decisão. Por último, a agenda decisória ou política inclui os problemas que estão sendo considerados nos processos decisórios.

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

A fase de **Tomada de Decisão** é onde acontece a formação das políticas públicas, de acordo com o cientista político John Kingdon, este processo ocorre em meio a ambiguidades e depende da confluência de problemas (fluxo de problemas), soluções (fluxo das alternativas e

soluções) e um cenário político favorável (fluxo político), modelo este conhecido como dos fluxos múltiplos (ZAHARIADIS, 2007).

Seguindo o proposto por Secchi (2013) e Baptista e Rezende (2015a), durante a **Implementação das Políticas** as intenções são convertidas em ações, e para isto é necessário visualizar os obstáculos que possam surgir neste processo. Nesta fase é comum que a proposta a ser implantada sofra negociações, que podem levar a novas decisões e até ao reinício do ciclo da política. No entanto, não são raras as leis e programas que acabam sendo desvirtuados durante o processo de implantação, e por isto não apresentam os resultados esperados para o enfrentamento do problema escolhido.

A última fase do ciclo é a **Avaliação da Política**, segundo Secchi (2013) e Baptista e Rezende (2015a), verifica-se o nível de redução do problema que a gerou. A partir da avaliação de seus resultados, é comum que se proceda com adequações da política implantada, visando a melhoria de sua eficiência (relação entre os recursos empregados e os resultados alcançados) e eficácia (o nível de alcance das metas estabelecidas) (BAPTISTA; REZENDE, 2015b; SILVA *et al.*, 2016).

3 METODOLOGIA

Para analisar as políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) aos usuários em Nutrição Enteral em Domicílio (NED) nos municípios da 2ª RS do Paraná à luz do ciclo de políticas públicas, realizou-se uma pesquisa qualitativa com a coleta de dados por meio de entrevistas com os gestores responsáveis pela coordenação da RAS aos usuários em NED dos vinte e nove municípios que compõem a 2ª Regional de Saúde do Paraná. As entrevistas foram realizadas entre abril e julho de 2021, por plataforma virtual (*Google Meet*®). Todas foram agendadas previamente por telefone, duraram de 12 a 56 minutos, com média de 31 minutos, e gravadas com autorização dos participantes. Após cada entrevista, as gravações audiovisuais foram transferidas para o *Google Drive*® e efetuada transcrição das respostas em arquivo-texto. Para a transcrição de suas falas, os participantes foram codificados e identificadas com o termo “P” seguido de numeração de 1 a 29. Esta pesquisa respeitou todos os aspectos éticos e seguiu a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, Centro Universitário José Campos Andrade - Uniandrade (Parecer n.º 4.620.666), e das instituições coparticipantes, haja vista que dois municípios dispunham de Comitês de Ética em Pesquisa: a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Parecer n.º 4.654.436) e a Secretaria Municipal de São José dos Pinhais (Parecer n.º 4.746.106).

Os dados coletados foram analisados à luz do referencial teórico do ciclo de políticas públicas, proposto por Howlett e Ramesh (BAPTISTA; REZENDE, 2015a; BAPTISTA; REZENDE, 2015b) a partir do modelo originado por Lasswell (LASSWELL, 1951). O estudo do ciclo das políticas públicas é uma abordagem para a análise das políticas em cinco fases não lineares e interdependentes, que podem se sobrepor ou alterar a ordem: construção da agenda, formulação da política, processo decisório, implementação e avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2015a).

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

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

Neste sentido, foram considerados na **Fase Montagem de Agenda** os municípios que ainda não dispunham de protocolo para a organização da RAS aos usuários em NED, mas que indicavam que este problema (ausência de política para a garantia do DHAA aos usuários em NED) tem sido discutido pela gestão municipal. Na **Fase de Formulação da Política** foram classificados os municípios que relataram estar em processo de elaboração de um protocolo municipal para a RAS aos usuários em NED. Foram identificados como na **Fase de Tomada de Decisão** os municípios que alegaram ter implantado protocolos de atenção aos usuários em NED, apesar de os mesmos não estarem aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. Na **Fase de Implantação das Políticas** foram alocados os municípios que tiveram seus protocolos para atenção aos usuários em NED publicados em diário oficial ou aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. Foram classificados como na **Fase de Avaliação da Política** aqueles municípios cujos protocolos municipais que sofreram atualizações após sua implantação. Nos casos de municípios cujos protocolos foram atualizados, porém nenhuma versão foi

oficialmente publicada ou aprovada pelo Conselho de Saúde, considerou-se que o município ainda estava na Fase de Tomada de Decisão.

Para os municípios que contavam com um protocolo implantado para a organização da RAS aos usuários em NED, foram analisados os motivos que levaram estes municípios a desenvolverem políticas públicas municipais neste âmbito e as mudanças percebidas após sua implantação. Para tal, foi aplicado o método qualitativo de Análise de Conteúdo, com a categorização das falas dos entrevistados orientada pela análise temática (BARDIN, 2016). A partir da leitura do material transcrito, definiu-se como temas para esta análise de dados: 1) Motivações para a construção do protocolo municipal para organização da RAS aos usuários em NED; 2) Mudanças observadas após a construção do protocolo.

A 2ª Regional de Saúde do Paraná, ou Região Metropolitana de Curitiba, é integrante da Macrorregional Leste do Estado do Paraná, sendo a mais populosa das regionais de saúde do Estado, correspondendo a cerca de 31% da população do estadual (PNUD, 2014). A população nas cidades da região metropolitana cresceu em grande parte influenciada pela sua distância da capital, as cidades com mais de 100.000 habitantes não se distanciam mais do que 30 quilômetros de Curitiba. Atualmente, a população dos municípios da região varia largamente, há cidades com menos de 10.000 habitantes (Doutor Ulysses, Adrianópolis, Campo do Tenentes, Tunas do Paraná e Agudos do Sul) e outras com mais de 200.000 mil (Colombo, São José dos Pinhais e Curitiba) (IBGE, 2022). A distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) na região reflete a desigualdade socioeconômica entre seus municípios, por exemplo, a região abrange os municípios de maior e menor IDHM do Paraná: Curitiba (0,823) e Doutor Ulysses (0,546) (PNUD, 2014).

Considerando as diferenças sociodemográficas dos municípios da região, os resultados desta pesquisa são apresentados com estratificação por porte populacional. Utilizou-se o critério aplicado pela Secretaria Estadual de Saúde para divisão por porte populacional nos boletins epidemiológicos dos municípios da 2ª Regional de Saúde do Paraná: pequeno porte (até 15 mil habitantes); médio porte (15 mil a 40 mil habitantes); grande porte (acima de 40 mil habitantes) (SESA-PR, 2021). Utilizando estes critérios, tem-se na região: 8 municípios de pequeno porte; 10 de médio porte e 11 de grande porte.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante as entrevistas com os gestores municipais, os participantes responderam perguntas sobre o que tem sido feito para fortalecer a RAS voltada aos usuários em NED, se há um programa ou protocolo municipal que oriente o funcionamento desta rede, sua data de implantação e última atualização e se foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A partir

de suas respostas, que serviram como *proxy*, cada município foi classificado em uma das fases do ciclo de políticas públicas. A Figura 1 apresenta o total de municípios analisados inseridos em cada fase do ciclo de políticas públicas em relação às suas políticas e arranjos institucionais que visam a garantia do DHAA aos usuários em NED. Os nomes dos municípios não foram expostos em respeito às condições de confidencialidade garantidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Figura 1 – Posição dos municípios da 2ª RS do Paraná no ciclo de políticas públicas



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4.1 Montagem da agenda

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

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

alegaram estudar a elaboração de um protocolo municipal para a organização da RAS aos usuários em NED, um município estava em processo de contratação de nutricionista para acompanhamento destes usuários e um município estava em processo de negociação da contratação de um(a) nutricionista para esta demanda.

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

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

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

A agenda política, ou sistêmica, é formada por um conjunto de problemas que a comunidade política entende que são prioritários e necessitam de intervenção pública (SECCHI, 2013). A agenda formal, ou institucional, é onde os problemas que o poder público decidiu enfrentar estão elencados (SECCHI, 2013). Há também a agenda da mídia, composta por problemas que recebem grande destaque dos meios de comunicação, o que acaba por influenciar a formação das demais agendas (SECCHI, 2013).

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

“Quando eu iniciei com esse programa eu tinha muita essa visão de que 'não, fórmula, nutrição, não é responsabilidade do município'. Só que daí quando eu entrei no programa e comecei a calcular custos, e aí o mesmo cálculo que eu fazia para medicamentos, eu fiz para as fórmulas né. E aí como aqui no nosso município a renda *per capita* é muito baixa, então aí o mesmo cálculo que eu fazia para medicamentos, quando pensava assim 'nós não podemos ter falta de medicamentos porque isso vai

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

Uma vez inseridos na agenda, os problemas públicos também precisam ser ordenados por prioridade, o que pode ser a etapa mais difícil para os governantes (SECCHI, 2013). Esta lista de prioridades é dinâmica, os problemas ganham e perdem prioridade no curso do tempo devido a episódios marcantes (epidemias, desastres naturais, guerras), sazonalidade (enchentes frequentes no verão e períodos de seca) ou quando uma situação retoma progressivamente à normalidade (após conflitos violentos e problemas de segurança nacional). A permanência de um problema público na agenda também não é garantida, mesmo diante de sua não resolução, os problemas entram e saem da agenda por diferentes motivos, como limitação de recursos humanos e financeiros, falta de tempo, interesse político ou falta de pressão popular.

4.2 Formulação da política

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

Dos municípios entrevistados, apenas um mostrou estar nesta fase do ciclo, ao relatar que estava elaborando um protocolo municipal voltado à organização da RAS aos usuários em NED, com vistas à garantia do seu DHAA, conforme relato do entrevistado P07: "Estamos em

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

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

É esperado que em breve mais municípios entrem nesta fase do ciclo, pois foi citada nas entrevistas a criação de um Grupo de Trabalho formado pelos nutricionistas que atuam nos municípios da 2ª RS, voltado a compartilhar experiências e fortalecer a RAS aos usuários com necessidades alimentares especiais. Um dos objetivos deste grupo é tentar padronizar o funcionamento desta rede nos municípios da região, o que tem levado alguns municípios a iniciarem a elaboração de protocolos municipais ou atualizá-los de modo a padronizar os critérios de fornecimento de insumos e a atenção nutricional aos usuários em NED.

4.3 Tomada de decisão

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

Kingdon propõe o modelo dos fluxos múltiplos para a compreensão da tomada de decisão (ZAHARIADIS, 2007). Segundo este modelo, os fluxos que fluem pelo sistema são independentes, apesar de existirem paralelamente, cada fluxo tem vida própria: fluxo dos problemas; fluxo de alternativas e soluções; e fluxo político.

O fluxo de problemas envolve as condições que os usuários e os formuladores de políticas desejam mudar, sendo que estes últimos descobrem os problemas por meio de indicadores, eventos e *feedbacks* de ações governamentais. O fluxo das alternativas é composto pelas propostas de políticas públicas geradas por governantes, legisladores, acadêmicos, sociedade civil e pesquisadores, que aguardam o surgimento de oportunidades para expor suas soluções para os problemas. Enfim, o fluxo político consiste em três elementos: o clima nacional, campanhas de grupos de pressão e rotatividade administrativa e legislativa

(ZAHARIADIS, 2007). Sendo assim, foram identificados na fase de tomada de decisão os municípios que implantaram protocolos de atenção aos usuários em NED, mas que ainda não tinham sido aprovados pelo Conselho de Saúde.

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

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

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

4.4 Implementação

Nesta fase, o governo realiza sua função de executor das políticas, utilizando-se de instrumentos da política pública para enfrentar o problema público anteriormente identificado.

São vários os instrumentos que visam a implementação da política pública, como arcabouços legais regulamentários, incentivos fiscais, transferência de renda, prestação de serviços etc. (SECCHI, 2013). Nesta pesquisa, a implementação de uma política pública municipal, como um protocolo, aos usuários em NED pode ser considerada um instrumento do tipo prestação de serviços públicos de saúde.

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

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

O estudo conduzido por Landerdhali *et al.* (2010) revela que nem sempre a aprovação pelo conselho de saúde garante que a política pública proposta tenha sido analisada detalhadamente pelos conselheiros, e não significa que a aprovação trouxe a visibilidade destas ações para a população geral. Alinhado a este achado, ao serem questionados se as informações sobre o protocolo estavam disponíveis para o público, todos os municípios negaram e quando interrogados sobre como o usuário poderia ter acesso ao protocolo, disseram que poderia ser solicitado na Unidade de Saúde, Secretaria de Saúde ou Ouvidoria Municipal, conforme indicado pelo P10: “Ele pode ter acesso, mas ele não tem o conhecimento na verdade, a Unidade Básica que teria que informá-lo a respeito, não tem um lugar, como no *site* oficial da prefeitura, em que ele esteja exposto”.

4.5 Avaliação

A avaliação é a fase na qual os resultados da política pública serão analisados, para averiguar se houve (e quanto houve) redução do problema público (SECCHI, 2013). Nesta etapa é preciso definir critérios que forneçam parâmetros para o avaliador julgar o desempenho

de uma política (SECCHI, 2013). A partir da avaliação, os atores políticos podem decidir por manter a política do jeito que está, reestruturá-la para enfrentar adversidades advindas em sua implementação ou extingui-la caso o problema público tenha sido sanado ou quando os problemas em sua implementação não são superáveis (SECCHI, 2013).

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

Dos municípios avaliados, cinco se encontravam na Fase de Avaliação, caracterizada por municípios que dispunham de um protocolo municipal para usuários em NED aprovado pelo Conselho de Saúde e que passou por, pelo menos, uma atualização. Todos os municípios que faziam parte desta categoria eram de grande porte e atendiam entre 65 e 580 usuários em NED mensalmente. Para chegar na fase de avaliação, entende-se que as outras etapas já foram percorridas, ou seja, é esperado que os municípios que estejam nesta fase apresentem uma maior maturidade sobre o tema. Sendo assim, o fato de todos os municípios desta fase serem cidades de grande porte (acima de 40 mil habitantes) indica que o tamanho das cidades tem relação com uma maior capacidade político-administrativa da gestão da saúde, culminando em um processo mais adiantado de implantação de políticas públicas de saúde.

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

“O protocolo foi instituído a primeira vez em 2013, teve uma atualização em 2015 e uma reestruturação dele novamente, e a gente tenta em no município pelo menos de dois em dois ou três em três anos fazer uma releitura deste protocolo, daí em 2018 a

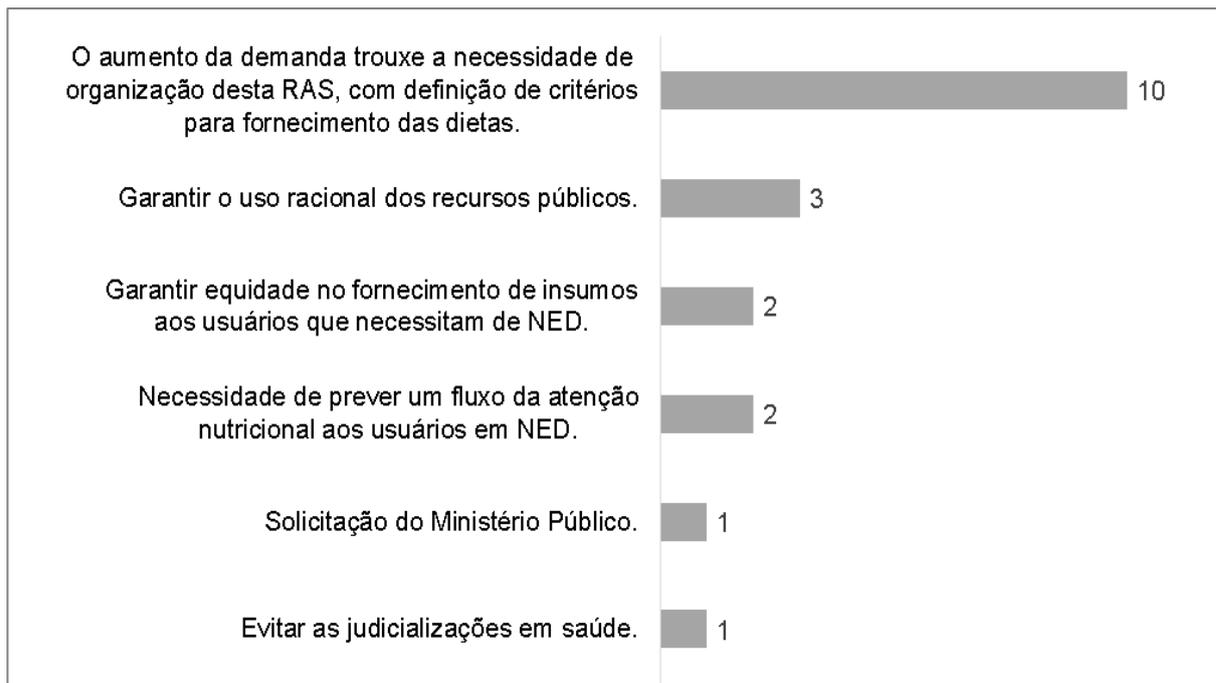
gente teve alguns apontamentos de alteração e agora em 2020 com a entrada da residência da federal, a gente pediu que elas relessem este protocolo e reestruturassem alguns apontamentos, tivemos a contribuição da professora da federal que fez uma leitura do protocolo e fez alguns apontamentos e a gente fez algumas alterações. Este protocolo sempre é aprovado no conselho de saúde, agora quando a gente terminar as alterações ele vai ser apresentado de novo para o conselho para apresentar as alterações e ter a aprovação do conselho.” P22

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

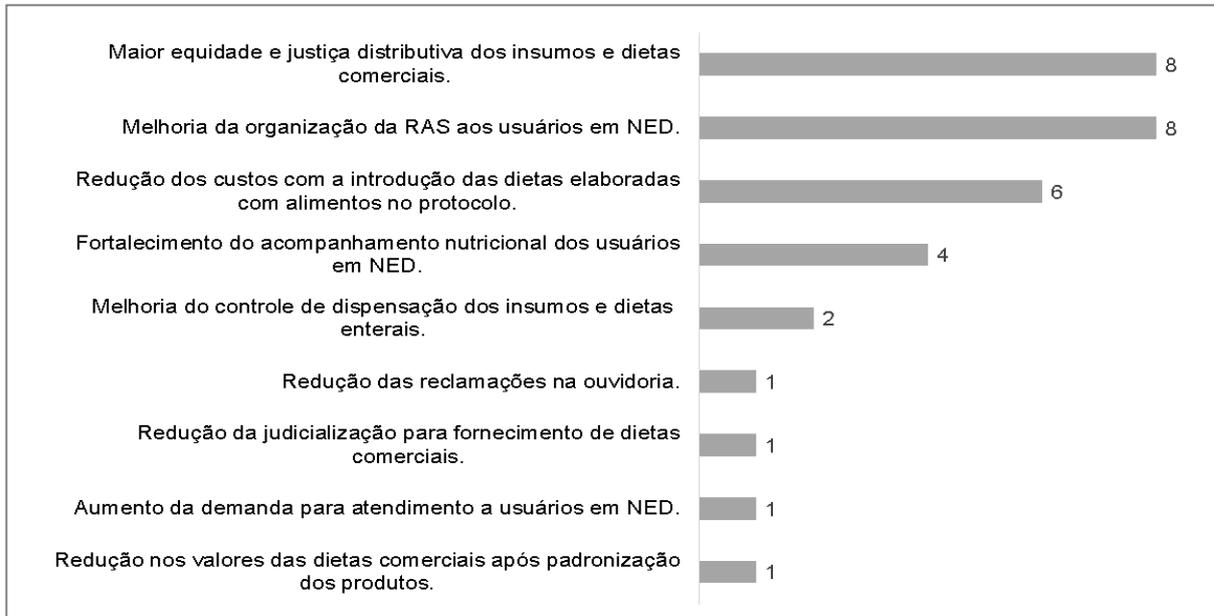
“A gente atendeu por muito tempo no município com dieta industrializada parcial, isto antes da atualização do protocolo, então acho que faz três anos que incluímos a dieta semiartesanal no protocolo [...] e daí garantimos 100% das calorias do paciente.” P21

A Figura 2 apresenta a frequência que cada motivação foi citada pelos entrevistados dos municípios que construíram seus protocolos para os usuários em NED, e a Figura 3 apresenta quantas vezes cada mudança foi citada pelos entrevistados dos municípios.

Figura 2 – Motivações dos municípios para a construção do protocolo



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Figura 3 – Mudanças percebidas após a construção do protocolo

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Dos 29 municípios avaliados nesta pesquisa, 17 construíram políticas e arranjos institucionais voltados à garantia do DHAA aos usuários em NED. Para analisar de forma qualitativa os resultados alcançados com a elaboração dos protocolos municipais, foram comparadas quais foram suas motivações e as mudanças percebidas após sua construção.

A motivação mais citada (n=10) pelos municípios foi o aumento da demanda de usuários em NED, exigindo maior organização da RAS para garantir o DHAA a estes usuários. Este aumento de usuários em NED é esperado em todo o mundo, devido à crescente longevidade da população e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis que podem gerar sequelas como a incapacidade de se alimentar por via oral.

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

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

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

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

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

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

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

adotam a prescrição de formulações enterais elaboradas com alimentos para os usuários em NED que não apresentam contraindicações para seu uso, garantindo assim recursos para a compra de fórmulas enterais comerciais para aqueles que precisam deste insumo (como usuários com condições de saúde que exigem fórmulas especializadas, como doenças renal, hepática ou disabsortiva, ou aqueles que não têm condições socioeconômicas para elaborar as formulações caseiras).

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

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

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

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

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

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

“No tocante à organização desta RAS, com a padronização do fluxo de atendimento, garantia de maior equidade e justiça distributiva. Porque sem protocolo você fica sem parâmetro pra (*sic*) distribuição, então acaba dando suplemento que às vezes não precisa ou não fazendo avaliação necessária, então com certeza o protocolo ajudou muito nessa manutenção de gastos, nesta estimativa que a gente consegue ter.” P21

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

“[...] mudou também em relação ao paciente ele saber que ele tem uma obrigatoriedade também para ele solicitar algo né, que o SUS sim ele é universal, mas ele também tem que saber que tem limitações, que tem que ter regras, que tem que ter

compreensão também em relação a que a gente não pode estar fornecendo tudo porque nem tudo é possível.” P03.

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

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

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

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

“[...] às vezes quando você não fornece algo, você não sabe qual é a sua real demanda, e aí quando você começa fornecer ou a instituir um programa, aí que você vai realmente ver qual que é a sua demanda. Aí neste "saber o real" é que vai ter esse aumento né, que às vezes o que o gestor não espera, mas é o aumento da demanda, né, então a demanda aumentou bastante assim. Até porque talvez a gente não estava fornecendo da maneira correta, então uma parcela da população não estava sendo assistida e passou a ser assistida e aí teve esse aumento meio repentino da demanda, que a gente achava que não existia né, quando a gente instituiu a gente pensou 'vamos

instituir para que as pessoas que já estão recebendo sejam assistidas da maneira correta né' só que a gente não imaginava que tinha uma demanda represada lá pra trás que a gente não tinha noção, então foi meio que pego de surpresa assim.” P11

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

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Esta análise destacou a heterogeneidade da região, apesar de localizados em uma mesma regional de saúde, que compartilha características sociodemográficas e indicadores de saúde, os 29 municípios apresentaram grandes discrepâncias no tocante à sua posição dentro deste ciclo. Enquanto sete municípios ainda não tinham passado pelo processo de identificação do problema público, e por isto ainda não estavam inseridos no ciclo da política, cinco municípios apresentavam maior maturidade neste campo e se encontravam na fase de avaliação da política implantada.

Apesar de 17 municípios demonstrarem ter um protocolo voltado à organização da RAS para a garantia do DHAA aos usuários em NED, somente dez deles tinham legitimado a implantação desta política por meio da aprovação do Conselho de Saúde e apenas cinco haviam realizado uma avaliação dos resultados da sua implantação. O fato de elaborar um protocolo municipal e utilizá-lo para reorientar o funcionamento da RAS não garante a implantação de

uma política pública, é preciso que ele seja avaliado e aprovado pelo Conselho de Saúde (representando o controle social), condição essencial para a implantação das políticas públicas na área de saúde.

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez., 1990.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em Terapia Nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar; v.3**. Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

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

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

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades @**, 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

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

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

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

LEÃO, M. *et al.* **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Abrandh, v. 263, 2013.

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

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

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

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

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

SCHIEFERDECKER, M. E. M. *et al.* Programa de atenção nutricional: marco histórico na política pública para pessoas com necessidades alimentares especiais no Município de Curitiba, Paraná. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, p. 287-296, 2014.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

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

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

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

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