

Panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa

Overview of home nutritional care for children and adolescents followed by the Better at Home Program

Fernanda Correia Simões¹, Fernanda Valente Mendes Soares¹, Mariana Setúbal Nassar de Carvalho¹, Mirian Martins Gomes¹, Saint Clair Gomes Junior¹, Mariana Borges Dias²

DOI: 10.1590/2358-289820251449520P

RESUMO No Brasil, o Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde, por meio do Programa Melhor em Casa, vem ampliando sua atuação para o cuidado de crianças e adolescentes, população cuja atenção nutricional é fundamental. O objetivo deste artigo foi descrever o panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, nas diferentes regiões brasileiras. Trata-se de um estudo transversal com nutricionistas do Programa Melhor em Casa, que responderam a um formulário eletrônico com questões relativas ao perfil do profissional, da população pediátrica atendida e das condições oferecidas para o acompanhamento nutricional. Foram analisados 70 questionários de todas as regiões do país, com média de 7,6 pacientes pediátricos em acompanhamento por nutricionista, apresentando condições crônicas de saúde, dependência de tecnologia e alimentação via enteral do tipo artesanal e/ou industrializada, com diferenças regionais significativas quanto a este perfil. Mais de 70% dos profissionais responderam que o município possui programa de fornecimento de dieta enteral, porém nem todos os instrumentos para avaliação nutricional são oferecidos da mesma forma pelo Brasil. Os nutricionistas do Serviço de Atenção Domiciliar ainda encontram desafios e a sistematização do cuidado pediátrico no domicílio facilitaria a atenção nutricional à essa população.

PALAVRAS-CHAVE Política nutricional. Serviços de assistência domiciliar. Saúde da criança. Terapia nutricional. Nutricionistas

ABSTRACT In Brazil, the Home Care Service of the Unified Health System, through the Better at Home Program, has been expanding its activities to care for children and adolescents, a population whose nutritional care is essential. The objective of this article was to describe the panorama of home nutritional care for children and adolescents followed by the Better at Home Program, in different Brazilian regions. This is a cross-sectional study with nutritionists from the Better at Home Program, who answered an electronic form with questions regarding the professional's profile, the pediatric population served and the conditions offered for nutritional monitoring. Seventy questionnaires were analyzed from all regions of the country, with an average of 7.6 pediatric patients being monitored by each nutritionist, presenting chronic health conditions, dependence on technology and enteral feeding of the home-based and/or industrialized type, with significant regional differences regarding this profile. More than 70% of professionals responded that the city has an enteral diet supply program, but not all equipment for nutritional assessment is offered in the same way in Brazil. Home care nutritionists still face challenges and the systematization of pediatric care at home would facilitate nutritional care for this population.

KEYWORDS Nutrition policy. Home care services. Child health. Nutrition therapy. Nutritionists.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fernanda.correia@fiocruz.br

²Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

Segundo os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde (MS)¹, a atenção nutricional deve estar presente em todas as fases da vida, reconhecendo grupos ou indivíduos que tenham agravos e riscos à saúde relacionados ao consumo alimentar e ao estado nutricional¹. A atenção nutricional deve focar suas ações na atenção básica, mas precisa estar presente em outros pontos de cuidado à saúde, como nos serviços de Atenção Domiciliar (AD), conforme as necessidades dos usuários¹.

A vigilância alimentar e nutricional de crianças e adolescentes é fundamental para detectar uma situação de risco no seu crescimento e desenvolvimento, possibilitando o planejamento de ações para promover a saúde, permitindo a prevenção de seus efeitos e a intervenção precoce quando houver necessidade². Na parcela da população pediátrica que está aos cuidados dos profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)³, o acompanhamento nutricional deve ser ainda mais efetivo, pois a presença de uma condição crônica de saúde e, muitas vezes, de necessidades alimentares especiais podem comprometer o seu estado nutricional³⁻⁷. No atual cenário demográfico, socioeconômico e epidemiológico do país, onde a insegurança alimentar atinge mais de 55% da população, sendo observada uma maior gravidade nos lares onde a quantidade de moradores até 18 anos é maior⁸, é de extrema importância que essas crianças e adolescentes também tenham a garantia do direito à alimentação saudável e adequada, promovendo a saúde integral dessa população⁹⁻¹³.

A AD é uma modalidade de assistência que envolve ações de prevenção, promoção e tratamento à saúde a indivíduos com necessidade de recuperação, reabilitação ou manutenção clínica e nutricional no domicílio^{3,14-15}. No Brasil, como em outros países, a AD está se remodelando para ampliar o foco de atuação, inicialmente voltado para o cuidado de adultos

e idosos, e atender às crescentes demandas da saúde, especialmente de crianças e adolescentes em processo de desospitalização, que ainda precisam de acompanhamento multidisciplinar continuado^{5,16-18}.

O SAD, através do Programa Melhor em Casa (PMC), é considerado um dos serviços prioritários do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria nº 825/MS de 2016 e é organizado por meio das equipes multiprofissionais de AD¹⁴. Desde a sua criação, em 2011, há um crescimento expressivo do número de equipes atuantes³ e, segundo dados da sua coordenação nacional, em julho de 2023 este Programa abrangeu serviços em 943 municípios brasileiros em 26 estados, potencialmente alcançando 44% da população brasileira, através da atuação de 2081 equipes multiprofissionais, incluindo 1310 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e 771 Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap)¹⁵.

O nutricionista na AD atua elaborando o diagnóstico nutricional fundamentado na avaliação nutricional, realizando a prescrição dietética, examinando todo o contexto do ambiente domiciliar, principalmente os fatores envolvidos na segurança alimentar e nutricional do paciente e dos familiares/cuidadores, e avaliando se os objetivos da assistência nutricional foram atingidos, dentre outras atribuições^{3,19}. Este profissional pode compor a Emap do SAD, mas sua presença não é obrigatória na equipe¹⁴ e dados oficiais sobre os nutricionistas atuantes no PMC pelo Brasil não estão disponíveis¹⁵.

São poucas as informações existentes na literatura, principalmente de dados brasileiros sobre a AD pediátrica como um todo, mas principalmente em relação à atenção nutricional e condições existentes nos SAD para a vigilância e tratamento nutricional dessa população. Diante disso, este trabalho teve como objetivo descrever o panorama da atenção nutricional domiciliar para crianças e adolescentes acompanhados pelo PMC, nas diferentes regiões brasileiras.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal com dados coletados através de um formulário eletrônico desenvolvido na plataforma REDCap, contendo um conjunto de questões fechadas relativas ao acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes atendidos pelo SAD.

Foi empregada uma amostra de conveniência formada por nutricionistas que pertencessem às equipes do PMC do MS e realizassem atendimento a crianças e/ou adolescentes de 0 a 19 anos, mesmo que não exclusivamente a esse público. Foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais que pertenciam à equipe de AD há menos de 3 meses e questionários sem informações sobre o acompanhamento de crianças ou adolescentes.

O instrumento foi construído após levantamento de questões que pudessem descrever o panorama atual da atenção nutricional domiciliar na infância e adolescência, elucidando questões sobre como atuam os nutricionistas no PMC e seu perfil profissional; qual o perfil de pacientes atendidos por ele, com enfoque na população pediátrica, levantando características da sua alimentação e quais são as condições oferecidas pelo Programa para o monitoramento e tratamento nutricional dessa população.

O link para acesso ao questionário foi divulgado em novembro de 2022 para uma lista de nutricionistas que faziam parte de um grupo destinado a discussões e compartilhamento de informações sobre o atendimento nutricional de pacientes em AD pelo Brasil em um aplicativo de mensagens (WhatsApp) e também teve o apoio e divulgação pela coordenação do PMC através das redes sociais, aceitando respostas até dezembro do mesmo ano.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica criada automaticamente pelo REDCap e exportados em formato Excel para análise no pacote estatístico JASP 0.17.2.

As variáveis dependentes utilizadas foram: dados do profissional nutricionista (tempo de trabalho na equipe, carga horária de trabalho no SAD, especialização na área da saúde e/ou em Nutrição Infantil, número total de pacientes acompanhados e de nutricionistas por SAD), dados da população pediátrica atendida (número de crianças e/ou adolescentes em acompanhamento, tipo e via de alimentação, acesso pleno à alimentação prescrita, doença de base e presença de dependência de tecnologia – traqueostomia, gastrostomia, colostomia, vesicostomia, drenos, dependência de oxigênio ou ventilação mecânica) e sobre condições para o acompanhamento nutricional de crianças e/ou adolescentes (instrumentos para avaliação e diagnóstico nutricional, periodicidade de visitas, dispensação de dieta enteral, fórmula infantil e/ou suplementos pelo município).

A variável independente avaliada se deteve à macrorregião do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) na qual atuava o nutricionista da equipe do PMC.

As variáveis categóricas foram descritas pelas suas respectivas frequências de ocorrência (absoluta e relativa) e as numéricas, pela média e desvio padrão. O teste qui-quadrado de Pearson e Análise de Variância (Anova) foram utilizados para avaliar diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as diferentes macrorregiões brasileiras.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (CEP-IFF/Fiocruz) – parecer 5.737.997 (CAEE 63529222.4.0000.5269) e seguiu as recomendações dos protocolos The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)²⁰ e Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)²¹. Todos os participantes foram comunicados dos seus direitos e firmaram eletronicamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram obtidas 78 respostas, sendo que 08 questionários foram excluídos por não satisfazerem os requisitos do estudo. Dessa forma, foram analisados 70 questionários de nutricionistas atuantes no PMC de todas as regiões do Brasil que acompanhavam crianças e/ou adolescentes, abrangendo municípios de 20 estados: região Norte, 6% (n = 4), Nordeste, 44% (n = 31), Sul, 17% (n = 12), Sudeste, 29% (n = 20) e Centro-Oeste, 4% (n = 3). Não obtivemos resposta de nutricionistas dos estados do Mato Grosso, Espírito Santo, Acre, Roraima, Tocantins e Amazonas.

Quanto ao perfil deste profissional no Brasil, grande parte (44,3%) estava na equipe do SAD entre 1 e 5 anos, 78,6% (n = 55) eram o único profissional nutricionista da equipe e 59,4% (n = 41) trabalhavam entre 20 e 39 horas semanais nesta atividade. A maioria (80,6%) apresentava alguma pós-graduação (lato e/ou stricto sensu) na área da saúde, porém somente 8,6% (n = 6) em Nutrição Infantil. Comparando as regiões brasileiras, somente houve diferença significativa na variável Especialização em Nutrição Infantil, com maior prevalência na região Sul (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil do nutricionista atuante no acompanhamento de crianças e/ou adolescentes no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)		
Tempo de atuação no SAD							0,718
De 3 meses a 1 ano	1 (25,0)	12 (38,7)	4 (33,3)	4 (20,0)	2 (66,7)	23 (32,9)	
De 1 a 5 anos	2 (50,0)	14 (45,2)	4 (33,3)	10 (50,0)	1 (33,3)	31 (44,3)	
Mais de 5 anos	1 (25,0)	5 (16,1)	4 (33,3)	6 (30,0)	0 (0,0)	16 (22,9)	
Total	4	31	12	20	3	70 (100)	
CH semanal de trabalho							0,477
Menos de 20 horas	0 (0,0)	5 (16,7)	4 (33,3)	3 (15,0)	0 (0,0)	12 (17,4)	
Entre 20 e 39 horas	3 (75,0)	21 (70,0)	4 (33,3)	11 (55,0)	2 (66,7)	41 (59,4)	
40 horas ou mais	1 (25,0)	4 (13,3)	4 (33,3)	6 (30,0)	1 (33,3)	16 (23,2)	
Total	4	30	12	20	3	69 (100)	
Especialização na Área da Saúde							0,912
Não	1 (25,0)	5 (17,9)	3 (25,0)	3 (15,0)	1 (33,3)	13 (19,4)	
Sim	3 (75,0)	23 (82,1)	9 (75,0)	17 (85,0)	2 (66,7)	54 (80,6)	
Total	4	28	12	20	3	67 (100)	
Especialização em Nutrição Infantil							0,017
Não	4 (100,0)	29 (93,5)	8 (66,7)	20 (100,0)	3 (100,0)	64 (91,4)	
Sim	0 (0,0)	2 (6,5)	4 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (8,6)	
Total	4	31	12	20	3	70 (100)	
Quantidade de nutricionistas no SAD							0,308
1	2 (50,0)	26 (83,9)	11 (91,7)	14 (70,0)	2 (66,7)	55 (78,6)	
2 ou mais	2 (50,0)	5 (16,1)	1 (8,3)	6 (30,0)	1 (33,3)	15 (21,4)	
Total	4	31	12	20	3	70 (100)	

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; n: número amostral; CH: Carga Horária; *p valor do teste qui-quadrado de Pearson.

O quantitativo de pacientes (total e pediátricos) em acompanhamento nutricional domiciliar relatado neste estudo se encontra na *tabela 2*. Não houve diferença nesta quantidade, nas diferentes faixas etárias, comparando as cinco regiões brasileiras. Dentre as doenças de base presentes no público pediátrico, a neurológica foi a mais relatada (91,4%). Grande parte dos

participantes do estudo (43%) relatou que todas as crianças e/ou adolescentes acompanhados eram dependentes de alguma tecnologia. Houve diferença estatisticamente significativa quanto à presença desta dependência na população pediátrica acompanhada quando comparadas as diferentes regiões brasileiras (*tabela 3*).

Tabela 2. Quantitativo de pacientes (total e pediátricos) em acompanhamento nutricional no PMC por região do Brasil

Variável	Total de pacientes (todas as idades)	Total de pacientes pediátricos (0-19 anos)	Lactentes e pré- escolares (0-4 anos)	Escolares (5-9 anos)	Adolescentes (10-19 anos)
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Região	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Brasil (total)	70,2 (103,0)	7,6 (12,7)	2,7 (4,5)	2,3 (4,6)	2,6 (4,4)
Norte	87,0 (96,5)	6,5 (2,5)	2,5 (1,3)	1,5 (1,3)	2,5 (1,7)
Nordeste	56,6 (78,3)	5,9 (6,7)	2,1 (3,0)	1,9 (2,1)	1,9 (3,1)
Sul	33,1 (23,4)	6,3 (8,6)	3,0 (4,0)	1,5 (2,7)	1,8 (2,2)
Sudeste	110,4 (150,2)	11,9 (21,1)	3,9 (6,8)	3,7 (8,0)	4,4 (6,9)
Centro-Oeste	39,7 (150,2)	2,7 (0,6)	1,0 (1,0)	1,0 (1,7)	0,7 (0,6)
	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*
	0,260	0,496	0,677	0,627	0,284

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; DP: Desvio-Padrão; *p valor da Anova.

Tabela 3. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre a doença de base e presença dependência de tecnologia das crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)		
Doença de base							
Neurológica							0,359
Sim	4 (100,0)	26 (83,9)	12 (100)	19 (95,0)	3 (100,0)	64 (91,4)	
Não	0 (0,0)	5 (16,1)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	6 (8,6)	
Oncológica							0,299
Sim	0 (0,0)	5 (16,1)	2 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (10,0)	
Não	4 (100,0)	26 (83,9)	10 (83,3)	20 (100,0)	3 (100,0)	63 (90,0)	
Cirúrgica							0,240
Sim	2 (50,0)	5 (16,1)	3 (25,0)	5 (25,0)	2 (66,7)	17 (24,3)	
Não	2 (50,0)	26 (83,9)	9 (75,0)	15 (75,0)	1 (33,3)	53 (75,7)	

Tabela 3. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre a doença de base e presença dependência de tecnologia das crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Respiratória							0,377
Sim	3 (75,0)	13 (42,0)	4 (66,7)	12 (60,0)	2 (66,7)	34 (48,6)	
Não	1 (25,0)	18 (58,0)	8 (33,3)	8 (40,0)	1 (33,3)	36 (51,4)	
Cardiológica							0,499
Sim	1 (25,0)	5 (16,1)	4 (66,7)	2 (10,0)	1 (33,3)	13 (18,6)	
Não	3 (75,0)	26 (83,9)	8 (33,3)	18 (90,0)	2 (66,7)	57 (81,4)	
Gastrointestinal							0,616
Sim	1 (25,0)	12 (38,7)	4 (66,7)	9 (45,0)	0 (0,0)	26 (37,1)	
Não	3 (75,0)	19 (61,3)	8 (33,3)	11 (55,0)	3 (100,0)	44 (62,9)	
Dependência de tecnologia							0,004
Todos	0 (0,0)	10 (33,3)	9 (75,0)	10 (50,0)	1 (33,3)	30 (43,5)	
Mais da metade	0 (0,0)	2 (6,7)	3 (25,0)	6 (30,0)	2 (66,7)	13 (18,8)	
Menos da metade	3 (75,0)	13 (43,3)	0 (0,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	19 (27,5)	
Nenhum	1 (25,0)	5 (16,7)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	7 (10,1)	

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; *p valor do teste qui-quadrado de Pearson.

Analisando a alimentação recebida por estas crianças e adolescentes em AD, houve diferença regional quanto à frequência da necessidade de alimentação por via alternativa (por sonda ou gastrostomia), assim como do uso da dieta industrializada por esta via. As frequências das

respostas sobre a alimentação por via enteral, os tipos de terapia enteral recebida (dieta industrializada, artesanal ou mista), assim como da condição de acesso à dieta enteral plena, encontram-se na *tabela 4*.

Tabela 4. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre via de alimentação, tipo de dieta enteral e acesso à dieta plena de crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Alimentação por via enteral							0,025
Todos	0 (0,0)	9 (29,0)	9 (75,0)	9 (45,0)	1 (33,3)	28 (40,0)	
Mais da metade	0 (0,0)	4 (12,9)	3 (25,0)	6 (30,0)	1 (33,3)	14 (20,0)	
Menos da metade	3 (75,0)	12 (38,7)	0 (0,0)	2 (10,0)	1 (33,3)	18 (25,7)	
Nenhum	1 (25,0)	6 (19,4)	0 (0,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	10 (14,3)	

Tabela 4. Frequência das respostas dos nutricionistas sobre via de alimentação, tipo de dieta enteral e acesso à dieta plena de crianças e/ou adolescentes acompanhados no PMC por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro-Oeste		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Tipo de dieta enteral							
Industrializada							0,014
Todos	1 (25,0)	3 (9,7)	8 (66,7)	4 (20,0)	1 (33,3)	17 (24,3)	
Mais da metade	0 (0,0)	1 (3,2)	2 (16,7)	3 (15,0)	1 (33,3)	7 (10,0)	
Menos da metade	2 (50,0)	12 (38,7)	0 (0,0)	7 (35,0)	1 (33,3)	22 (31,4)	
Nenhum	1 (25,0)	15 (48,4)	2 (16,7)	6 (30,0)	0 (0,0)	24 (34,3)	
Artesanal							0,229
Todos	0 (0,0)	3 (9,7)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	4 (5,7)	
Mais da metade	0 (0,0)	3 (9,7)	0 (0,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	6 (8,6)	
Menos da metade	1 (25,0)	10 (32,3)	0 (0,0)	7 (35,0)	0 (0,0)	18 (25,7)	
Nenhum	3 (75,0)	15 (48,4)	12 (100)	9 (45,0)	3 (100)	42 (60,0)	
Mista							0,615
Todos	0 (0,0)	8 (25,8)	1 (8,3)	4 (20,0)	0 (0,0)	13 (18,6)	
Mais da metade	0 (0,0)	3 (9,7)	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	5 (7,1)	
Menos da metade	1 (25,0)	10 (32,3)	3 (25,0)	8 (40,0)	1 (33,3)	23 (32,9)	
Nenhum	3 (75,0)	10 (32,3)	8 (66,7)	6 (30,0)	2 (66,7)	29 (41,4)	
Acesso pleno à dieta enteral							0,135
Todos	2 (50,0)	9 (30,0)	9 (75,0)	6 (30,0)	1 (33,3)	27 (39,1)	
Mais da metade	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (8,3)	4 (20,0)	1 (33,3)	7 (10,1)	
Menos da metade	1 (25,0)	8 (26,7)	0 (0,0)	6 (30,0)	1 (33,3)	16 (23,2)	
Nenhum	1 (25,0)	12 (40,0)	2 (16,7)	4 (20,0)	0 (0,0)	19 (27,5)	

Fonte: elaboração própria.

PMC: Programa Melhor em Casa; *p valor do teste qui-quadrado de Pearson.

As condições oferecidas pelo SAD do município para avaliação, acompanhamento e tratamento nutricional da população pediátrica atendida são descritas na *tabela 5*, estratificadas por região. Foi encontrada diferença significativa entre as regiões brasileiras no que diz respeito à disponibilidade de balança pediátrica, antropômetro infantil e fita métrica para utilização no PMC. Quanto a possibilidade de o profissional avaliar o estado nutricional dos micronutrientes (ferro, zinco, vitamina A, D e do complexo B) através de exames bioquímicos, a maioria (77,6%) relatou não ser possível o acesso a todos, diferentemente

da avaliação isolada do estado nutricional de ferro (através da dosagem da hemoglobina e/ou ferritina séricas), possível para cerca de 80% dos nutricionistas.

Com relação à frequência de visita domiciliar, a maioria (96%) referiu atender os pacientes pediátricos pelo menos 1 vez a cada 3 meses. Mais de 70% (n = 46) dos nutricionistas responderam que seu município de atuação no PMC possui programa de fornecimento de dieta enteral, fórmula infantil ou suplemento nutricional para as crianças e adolescentes acompanhados, mesmo que de forma irregular, sem diferença significativa entre as regiões brasileiras (*tabela 5*).

Tabela 5. Condições oferecidas pelo SAD do município para avaliação, acompanhamento e tratamento nutricional da população pediátrica atendida por região do Brasil

Variável	Região do Brasil					Total (%)	p valor*
	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sul n (%)	Sudeste n (%)	Centro-Oeste n (%)		
Balança portátil							0,111
Sim	2 (50,0)	19 (65,5)	10 (83,3)	7 (36,8)	1 (50,0)	39 (59,1)	
Não	2 (50,0)	10 (34,5)	2 (16,7)	12 (63,2)	1 (50,0)	27 (40,9)	
Balança pediátrica							0,007
Sim	0 (0,0)	2 (6,9)	6 (50,0)	2 (10,5)	0 (0,0)	10 (15,2)	
Não	4 (100,0)	27 (93,1)	6 (50,0)	17 (89,5)	2 (100,0)	56 (84,8)	
Antropômetro adulto							0,725
Sim	0 (0,0)	4 (13,8)	2 (16,7)	1 (5,3)	0 (0,0)	7 (10,6)	
Não	4 (100,0)	25 (86,2)	10 (83,3)	18 (94,7)	2 (100,0)	59 (89,4)	
Antropômetro infantil							0,009
Sim	0 (0,0)	1 (3,4)	5 (41,7)	2 (10,5)	1 (50,0)	9 (13,6)	
Não	4 (100,0)	28 (96,6)	7 (58,3)	17 (89,5)	1 (50,0)	57 (86,4)	
Fita métrica							0,005
Sim	4 (100,0)	23 (79,3)	12 (100)	11 (57,9)	0 (0,0)	50 (75,8)	
Não	0 (0,0)	6 (20,7)	0 (0,0)	8 (42,1)	2 (100,0)	16 (24,2)	
Adipômetro							0,469
Sim	2 (50,0)	7 (24,1)	5 (41,7)	4 (21,1)	0 (0,0)	18 (27,3)	
Não	2 (50,0)	22 (75,9)	7 (58,3)	15 (78,9)	2 (100,0)	48 (72,7)	
Dado coletado							0,429
Peso ou outro	1 (25,0)	3 (9,7)	2 (16,7)	2 (10,0)	0 (0,0)	8 (11,4)	
Peso e altura	3 (75,0)	28 (90,3)	8 (66,7)	17 (85,0)	3 (100,0)	59 (84,3)	
Nenhum	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (16,7)	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (4,3)	
Avaliação de micronutrientes							0,927
Sim	1 (25,0)	5 (17,2)	3 (25,0)	5 (26,3)	1 (33,3)	15 (22,4)	
Não	3 (75,0)	24 (82,8)	9 (75,0)	14 (73,7)	2 (66,7)	52 (77,6)	
Avaliação ferro							0,757
Sim	3 (75,0)	22 (75,9)	10 (83,3)	17 (89,5)	2 (66,7)	54 (80,6)	
Não	1 (25,0)	7 (24,1)	2 (16,7)	2 (10,5)	1 (33,3)	13 (19,4)	
Frequência VD							0,184
Semestral ou menos vezes	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (4,3)	
Trimestral ou mais vezes	3 (75,0)	31 (100,0)	11 (91,7)	19 (95,0)	3 (100,0)	67 (95,7)	
Fornecimento de dieta enteral							0,494
Sim, regular	3 (75,0)	16 (61,5)	10 (83,3)	8 (42,1)	2 (66,7)	39 (60,9)	
Sim, irregular	0 (0,0)	2 (7,7)	1 (8,3)	4 (21,1)	0 (0,0)	7 (10,9)	
Não possui	1 (25,0)	8 (30,8)	1 (8,3)	7 (36,8)	1 (33,3)	18 (28,1)	

Fonte: elaboração própria.

*p valor do teste qui-quadrado de Pearson; VD: Visita Domiciliar; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar.

Discussão

Os resultados obtidos nesta pesquisa indicam que a atenção nutricional para crianças e adolescentes no PMC está presente em todas as regiões brasileiras, mas ainda com questões a serem consideradas pelos gestores para que a atuação do nutricionista seja mais efetiva e uniforme. Para proporcionar maior qualidade na atenção nutricional no domicílio, seria importante a implantação de protocolos de atendimento para a padronização das ações por todo o país^{1,3,22}. O perfil da população pediátrica que está aos cuidados das equipes do PMC, muitos com demandas alimentares específicas e condições crônicas e complexas de saúde, reforça que os cuidados com os aspectos nutricionais devem estar sempre presentes, considerando-se também a garantia do acesso à terapia nutricional domiciliar de forma adequada^{1,12,13}.

Segundo a portaria do MS que redefine a AD no SUS e atualiza as suas equipes¹⁴, nenhum profissional componente da equipe de apoio – Emap, pode ter carga horária semanal inferior a 20 horas de trabalho¹⁴, apesar de encontrarmos neste estudo uma parcela de nutricionistas que relatou trabalhar por um menor período semanal. Outra questão evidenciada foi que a grande maioria dos nutricionistas (77,2%) relatou atuar nesta área há menos de cinco anos, o que demonstra uma atividade profissional mais recente. Contudo, um inquérito brasileiro sobre Terapia de Nutrição Domiciliar (TND) já observou a ampliação do uso da prática da TND no PMC e vislumbrou uma crescente preocupação com a nutrição dos pacientes desospitalizados²³.

Em relação ao trabalho do nutricionista na AD, o Conselho Federal de Nutrição aponta, através de portaria, suas atribuições nessa atividade e orienta que este profissional na atenção nutricional domiciliar, seja ela pública ou privada, tenha o tempo de sessenta minutos para atendimento inicial e trinta minutos para atendimento de retorno, sem parâmetro numérico de visitas por período como referência

para atuação nessa área¹⁹. Também não estabelece a periodicidade do atendimento e quantidade ideal de pacientes em acompanhamento por nutricionista como referência, assim como não há nenhuma determinação neste sentido pelo PMC^{14,19,24}. Neste estudo, a maioria dos profissionais relatou trabalhar como único nutricionista no Programa do seu município e ser responsável pelo acompanhamento de 70 pacientes em média, englobando todas as idades, não havendo diferença significativa entre as regiões brasileiras. A expansão da atuação deste profissional no SAD dependeria, dentre outros fatores, do reconhecimento dos gestores da saúde de que o estado nutricional do paciente em atendimento domiciliar reflete em melhores desfechos clínicos, além de redução de custos com reinternações hospitalares^{3-6,25}.

A atenção nutricional domiciliar é uma subárea dentro da área de nutrição clínica de atuação profissional, que oferece acompanhamento à pacientes em todas as faixas etárias¹⁹. Apesar de não ser obrigatória uma pós graduação na área em que atua para o exercício da profissão, é responsabilidade do nutricionista estar em dia com os conhecimentos e as práticas essenciais para o bom funcionamento do processo de trabalho²⁶⁻²⁸. A maioria dos participantes deste estudo possui alguma pós graduação (lato e/ou stricto sensu) na área da saúde, mostrando estar em busca de atualização profissional; porém, poucos na área de Nutrição Infantil, com ressalva aos profissionais da região Sul brasileira, onde mais de 30% possui esta especialização. A maior procura pela especialização nesta área no SAD pode se tornar uma tendência, ou até uma necessidade, pela crescente demanda de pacientes na faixa etária pediátrica³⁻⁵.

A desospitalização de crianças e adolescentes que ainda precisam de cuidados domiciliares por possuírem necessidades especiais de saúde tornou-se uma realidade crescente e necessária, tanto pelo reconhecimento de que o melhor lugar para elas é o ambiente familiar, quanto pela constante demanda do SUS por

desocupar leitos hospitalares^{5,29}. A média de pacientes pediátricos em acompanhamento domiciliar relatada nesta pesquisa foi de 7,6 por nutricionista, o que representa cerca de 10% da média do total dos pacientes atendidos pelos mesmos, sem diferença significativa entre as regiões brasileiras, incluindo as diferentes faixas pediátricas. Estudos anteriores demonstram que o atendimento a crianças e adolescentes no SAD representa uma pequena parcela do total de pacientes^{23,30}, mas as informações sobre o acompanhamento nessa faixa etária ainda são escassas, principalmente sobre aspectos nutricionais. Dados da coordenação do PMC, referentes a pacientes elegíveis de abril a julho de 2023, mostram que cerca de 5% dos pacientes em AD estão na faixa etária de 0 a 14 anos¹⁵, o que se aproxima do número de crianças e/ou adolescentes em acompanhamento relatado pelos profissionais que participaram desta pesquisa, considerando que a idade aqui estudada abrangeu todos os adolescentes até 19 anos.

Grande parte destes pacientes acompanhados possui condições crônicas de saúde, com relatos nesta pesquisa da presença de crianças e/ou adolescentes com condições neurológicas, respiratórias, gastrointestinais, cirúrgicas, cardíacas e oncológicas em AD em todas as regiões do país, da mesma forma que estudos realizados no Brasil, onde a principal doença de base dos pacientes menores de 18 anos é neurológica^{23,30}.

Quando perguntados sobre a dependência tecnológica dos pacientes pediátricos atendidos, a maioria (62,3%) dos nutricionistas respondeu que “*mais da metade*” de seus pacientes ou “*todos*” apresentavam essa condição, porém encontramos diferença significativa entre as regiões brasileiras, com os nutricionistas das regiões Sul e Centro-Oeste relatando que a maioria dos seus pacientes pediátricos é dependente de tecnologia, diferentemente dos profissionais da região Norte, onde “*menos da metade*” ou “*nenhum*” paciente acompanhado nessa faixa etária apresenta essa característica. Estudo com crianças em acompanhamento

por SAD no Paraná (região Sul do Brasil) evidenciou que a grande maioria delas, cerca de 90%, era dependente de alguma tecnologia³⁰, corroborando os dados encontrados nesta pesquisa. Cabe aos gestores avaliar se estas crianças e adolescentes estão tendo acesso à AD da mesma forma em todas as regiões do Brasil, já que as condições crônicas e complexas de saúde e a dependência de aparatos tecnológicos são uma realidade crescente na pediatria^{5,31-33}.

Comparando as diferentes regiões do Brasil quanto a via de alimentação dos pacientes, também é possível observar diferença na complexidade da população pediátrica acompanhada. Na região Norte, todos os nutricionistas participantes do estudo responderam que “*menos da metade*” ou “*nenhum*” paciente pediátrico recebia alimentação por via enteral; diferentemente dos profissionais da região Sul do Brasil, que relataram que “*todos*” ou “*mais da metade*” desses pacientes apresentavam essa condição; condição também evidenciada em um estudo onde cerca de 60% das crianças acompanhadas nos SAD em um estado desta região possuíam gastrostomia como via de alimentação³⁰.

A característica da dieta a ser oferecida ao paciente pediátrico em AD deve levar em consideração a quantidade e qualidade de macro e micronutrientes, seu custo, limitações digestivas e absorptivas do paciente, sem deixar de considerar o significado social da alimentação para a criança ou adolescente, seu cuidador e sua família^{4,5,24}. O desfecho nutricional de crianças com doenças crônicas que recebem diferentes tipos de dieta enteral domiciliar ainda gera incertezas³⁴. No presente estudo, o estado nutricional dos pacientes não foi avaliado, mas foi possível observar que estas crianças e adolescentes recebem todos os tipos de Terapia Nutricional Enteral (TNE), com destaque à resposta de 60% dos nutricionistas de que “*nenhum*” desses pacientes recebia dieta artesanal no domicílio.

A dieta artesanal é indicada para crianças sem comprometimento nutricional, estáveis

em seu estado clínico, em tratamento paliativo ou com doenças crônicas³⁵, além de estar mais próxima da alimentação consumida pela família, contribuindo para a identidade sociocultural com o alimento ofertado^{5,35}. Muitos especialistas não recomendam esta dieta na TNE domiciliar por considerarem menos efetiva e menos segura que a fórmula industrializada^{6,36}. Porém, muitas vezes esta é utilizada por ser mais acessível, pois as dietas industrializadas disponíveis no mercado são de custo elevado³⁵. No Brasil, o uso de dietas mistas e/ou caseiras (artesaniais) é estimulado para indivíduos em acompanhamento domiciliar³⁷ e alguns municípios têm desenvolvido protocolos que orientam o preparo destas dietas enterais feitas em casa, com alimentos de verdade³⁸⁻⁴⁰.

Cerca de 35% dos participantes desta pesquisa responderam que “*todos*” ou “*mais da metade*” das crianças e/ou adolescentes acompanhados pelo SAD utilizavam dieta industrializada por via enteral, porém com diferenças regionais, onde no Norte e Nordeste mais de 75% dos profissionais relataram que a minoria dos seus pacientes pediátricos utilizam esses tipos de alimentação, enquanto que no Sul, mais de 80% dos nutricionistas indicaram o inverso, com a maioria das crianças e/ou adolescentes acompanhados utilizando esta dieta. Dietas enterais industrializadas são mais seguras microbiologicamente, requerem menor tempo de preparo e devem ser utilizadas preferencialmente em pacientes em grande risco nutricional^{6,36}, podendo indicar que os pacientes pediátricos acompanhados pelo PMC na região Sul do Brasil apresentam maior necessidade deste tipo de dieta enteral pela sua condição nutricional ou têm melhor acesso a este tipo de alimentação.

Com a insegurança alimentar ainda presente em nosso país⁸, devemos considerar este cenário também nos domicílios com crianças e/ou adolescentes portadores de necessidades alimentares especiais – sobretudo em algumas regiões e estratos sociais – sejam àquelas que utilizam a dieta enteral industrializada, de

maior custo, ou a dieta com alimentos naturais (artesanal) ou mista, uma vez que estes também devem estar disponíveis em quantidade e qualidade suficiente para a nutrição adequada^{1,10}. Muitas famílias encontram dificuldades para realizar os cuidados no domicílio, incluindo a obtenção de medicamentos e alimentação especial^{18,33,41}. Neste estudo foi possível observar que metade dos profissionais relatou que “*menos da metade*” ou “*nenhum*” paciente pediátrico acompanhado tinha condições de acesso à dieta plena enteral prescrita por ele, independentemente do tipo, o que representa um fato preocupante que deve ser mais bem abordado e discutido em estudos futuros.

Para continuidade do cuidado nutricional fora do ambiente hospitalar, é importante considerar a garantia da oferta no domicílio dos insumos necessários, através de políticas públicas, sem ter a família que recorrer à judicialização ou depender do terceiro setor^{5,9,13,42}. Foi observado neste estudo que boa parte dos municípios possui um programa regular de fornecimento de dieta enteral industrializada, fórmula infantil ou suplemento nutricional para as crianças e/ou adolescentes acompanhadas pelo SAD que necessitem desse cuidado, mas ainda não é uma realidade para todos. Muitos programas governamentais fornecem a nutrição enteral industrializada a seus pacientes domiciliares por entenderem que esta prática reduz custos com a saúde⁴³.

Neste estudo evidenciamos que quase a totalidade de crianças e adolescentes recebe minimamente acompanhamento nutricional domiciliar trimestral. A frequência do acompanhamento nutricional desempenha um papel crucial no crescimento e desenvolvimento dessa população, particularmente durante os primeiros anos de vida, que são críticos⁴⁴. O monitoramento e as intervenções regulares podem melhorar significativamente o crescimento físico, especialmente quando sustentados por períodos mais longos⁴⁵. A recomendação é de que o peso atual seja aferido sempre que possível no atendimento domiciliar^{4,24}. Para crianças até dois anos de

idade, a avaliação do crescimento deve ser realizada a cada 1 a 3 meses, enquanto para crianças maiores a frequência deve variar de acordo com o estado nutricional atual⁴⁶. Também é sugerida avaliação antropométrica minimamente semestral para crianças com comprometimento neurológico⁴⁶.

O estado nutricional de crianças e adolescentes, principalmente aquelas com condições crônicas de saúde, tem um impacto significativo em sua saúde geral e qualidade de vida⁴⁴. Para esta avaliação domiciliar, o nutricionista pode utilizar métodos como: anamnese clínica e alimentar, exame físico, antropometria e exames laboratoriais, considerando as limitações do ambiente não hospitalar^{4,6}. Porém, para este acompanhamento ser efetivo, são necessárias ferramentas adequadas e disponíveis. As diferenças encontradas na presença ou não de ferramentas como balança pediátrica, antropômetro infantil e fita métrica entre as regiões brasileiras demonstra que os SAD pelo Brasil precisam sistematizar o cuidado seguindo protocolos que orientem as ferramentas necessárias para avaliação nutricional^{3,22}.

Quanto aos equipamentos para realização da antropometria no público infantil, muitos profissionais relataram não possuir balança pediátrica ou adulto portátil – que seria uma alternativa de obtenção do peso da criança através da diferença de pesagem⁴, assim como antropômetro (adulto ou infantil) disponibilizados pelo PMC do município. A falta de instrumentos adequados e o registro insuficiente de dados antropométricos também estão presentes em crianças hospitalizadas⁴⁷. Estes equipamentos são de baixo custo, não invasivos, capazes de detectar alterações nutricionais de forma efetiva e sua disponibilidade facilitaria o trabalho desses profissionais na busca do diagnóstico nutricional adequado⁴. Apesar disto, a maioria dos profissionais (84,3%) referiu que consegue coletar dados como peso e altura, possivelmente por considerar o peso referido pela família em alguma

avaliação recente, utilizando o peso usual, por estimar a altura utilizando fita métrica ou por utilizar seu próprio equipamento ou do paciente.

Para a avaliação nutricional também se pode verificar as reservas muscular e adiposa através de circunferências e pregas cutâneas, utilizando fita e adipômetro, principalmente em pacientes pediátricos com comprometimento neurológico ou funcional, onde sua aplicação é recomendada^{4,46}. Contudo, poucos serviços (27,3%) relataram possuir o adipômetro disponível. Na impossibilidade de obtenção de medidas antropométricas fidedignas, o que poderia levar à interpretação errônea do estado nutricional, alguns estudos têm apoiado o uso do exame físico detalhado na avaliação nutricional nesse público⁴⁸.

Quanto à possibilidade de realização de exames laboratoriais para avaliação de micronutrientes (ferro, zinco, vitaminas A, D, complexo B) nestes pacientes, constatou-se que essa ainda não é uma realidade para a maioria dos profissionais, apesar de cerca de 80% relatar que consegue avaliar o estado nutricional de ferro das crianças e adolescentes acompanhadas no domicílio, fator importante por ser a anemia por carência de ferro muito comum nessa população e que, se não tratada, pode levar a déficit no crescimento^{6,49}. As coordenações das equipes onde estas ferramentas ainda não estão disponíveis devem considerar a sua aquisição para que a avaliação e consequente diagnóstico nutricional dessas crianças e adolescentes seja realizada de forma que não haja prejuízo para esta população.

Conclusões

A atenção nutricional domiciliar no SUS para crianças e adolescentes está presente em todas as regiões brasileiras, porém com o cuidado ainda não é uniformizado entre elas. A sistematização deste cuidado poderia ser mais bem organizada por meio da elaboração de protocolos específicos para a população infantil,

orientando condições mínimas para o efetivo acompanhamento nutricional deste público pelas equipes do PMC, com as devidas adequações à região.

Os nutricionistas que prestam atendimento a esta população ainda encontram desafios referentes às condições necessárias para a avaliação, diagnóstico e tratamento nutricional no domicílio, sendo evidente a relevância deste profissional no acompanhamento destes adolescentes e crianças, muitos com condições crônicas e complexas de saúde, a fim de evitar prejuízos no seu crescimento e desenvolvimento.

Cabe destacar que os achados desta pesquisa não elucidam totalmente o funcionamento da atenção nutricional domiciliar pediátrica no PMC pelo Brasil. Informações sobre o quantitativo total de crianças e adolescentes em acompanhamento e de nutricionistas atuantes no Programa não foram levantados, assim como o estado nutricional e nível de segurança alimentar dessa população. Sugere-se, reconhecendo a sua relevância, a elaboração de novas pesquisas com a extensão para as

temáticas não abordadas, de modo a subsidiar a sistematização desse cuidado para o aperfeiçoamento do atendimento nutricional pediátrico no domicílio.

Colaboradores

Simões FC (0009-0006-8554-6804)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Soares FVM (0000-0001-5720-0482)* e Carvalho MSN (0000-0002-0076-6589)* contribuíram para concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Gomes MM (0000-0002-1884-9323)* e Gomes Junior SC (0000-0002-1554-943x)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Dias MB (0000-0003-1009-6416)* contribuiu para redação, revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
2. Ministério da Saúde (BR); Universidade Federal de Sergipe. Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf
3. Savassi LCM, Melo CGL, Dias MB, et al., editores. Tratado de atenção domiciliar. Santana de Parnaíba: Manole; 2022. 1350 p.
4. Cunha ALP, Simões FC. Terapia Nutricional Enteral no Domicílio. In: Neri LCL, organizadora. Dietoterapia nas doenças pediátricas. Rio de Janeiro: Rubio; 2021. p. 297-312.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Carvalho MSN, Menezes LA, Cruz Filho AD, et al, organizadores. Desospitalização de crianças com condições crônicas: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Eldorado; 2019. 216 p.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Suporte Nutricional. Terapia nutricional pediátrica domiciliar [Internet]. [local desconhecido]: Sociedade Brasileira de Pediatria; nº 2, 2017 [acesso em 2024 dez 20]. 8 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/OS19658B_Doc-Cient_TerapiaNutriPediatDomiciliar.pdf
7. Cordero BML, Hodgson BMI, Schilling FKW, et al. Home enteral nutrition in children and adolescents. Recommendations of the nutrition branch of the Chilean society of pediatrics. *Rev Chil Pediatr*. 2019;90(2):222-28. DOI: <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i2.1000>
8. Rede Penssan. II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Rede Penssan; 2022 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
9. Tavares TS, Silva KL, Lima RG, et al. Guarantee of the social rights of children with chronic conditions: reinventing care towards civil rights. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(supl4):e20190136. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0136>
10. Alves KPS, Santos CCS, Lignani JB, et al. Entre intenções e contingências, antigos programas e demandas por novas práticas de atenção nutricional no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(supl1):e00050221. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050221>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf
12. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SA, et al. Terapia nutricional enteral domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *DEMETERA*. 2014;9(3):757-769. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetera.2014.10345>
13. Gabe KT, Jaime PC, Silva KC. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas para necessidades alimentares especiais. In: Jaime PC, organizadora. Políticas públicas de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 145-54.
14. Ministério da Saúde (BR). 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, Brasília, DF*. 2016 abr 26; Edição 78; Seção I:33-38.
15. Ministério da Saúde (BR). Atenção Domiciliar: Sobre Atenção Domiciliar [Internet]. [2024] [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Nota Informativa: Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/arquivos/2016/nota-informativa-atencao-domiciliar-neonatal-e-pediatria-no-brasil.pdf>
17. Lima PMVM, Fernandes LTB, Santos MM, et al. Professional Care in Home for Children and Teenagers with Special Health Needs: An Integrative Review. *Aquichan*. 2022;22(1):e2215. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.5>
18. Bezerra AM, Akra KMAE, Oliveira RMB, et al. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: o cuidado nos serviços de atenção domiciliar. *Esc. Anna Nery (Online)*. 2023;27:e20220160. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0160pt>

19. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 abr 20 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 76; Seção I:157. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm
20. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
21. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann. intern. med.* 2007;147(8):573-7. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
22. Fidelix MSP, organizadora. Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição. São Paulo: ASBRAN; 2014. 66 p.
23. van Aanholt DPJ, Niwa LMS, Dias MB, et al. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. *REVISA (Online)*. 2021;10(1):127-38. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138>
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Melhor em Casa: Cuidados em terapia nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf
25. Pinto M, Gomes R, Tanabe RF, et al. Análise de custo da assistência de crianças e adolescentes com condições crônicas complexas. *Ciênc saúde coletiva*. 2019; 24(11):4043-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.08912018>
26. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do nutricionista e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 abr 4 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 64; Seção I:182. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_599.pdf
27. Conselho Federal de Nutricionistas (BR). Resolução CFN nº 689, de 04 de maio de 2021. Regulamenta o reconhecimento de especialidades em Nutrição e o registro, no âmbito do Sistema CFN/CRN, de títulos de especialista de nutricionistas [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2021 maio 5 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 83; Seção I:163-164. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_689.pdf
28. Presidência da República (BR). Lei de nº 8.234 de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1991 set 18 [acesso em 2024 dez 20]; Seção I:19909. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.htm
29. Menezes LA, Carvalho KM, Gomes MASM, et al. Análise da produção científica nacional das condições crônicas complexas em pediatria. *Saúde debate*. 2023;47(137):284-297. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313720>
30. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, et al. Cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná – Brasil. *Esc. Anna Nery (Online)*. 2019;23(1):e20180067. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067>
31. Russell CJ, Simon TD. Care of children with medical complexity in the Hospital Setting. *Pediatr Ann*. 2014;43(7):e157-e162. DOI: <https://doi.org/10.3928/00904481-20140619-09>

32. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(2):321-327. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200002>
33. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(11):1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>
34. Martínez-Costa C, Calderón C, Gómez-López L, et al. Nutritional outcome in home gastrostomy-fed children with chronic diseases. *Nutrients*. 2019;11(5):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11050956>
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Informativo técnico sobre a terapia nutricional enteral domiciliar, com foco para a dieta [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2024 dez 20]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/informativo_terapia_nutricional_enteral_domiciliar_dieta.pdf
36. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr*. 2020;39(1):5-22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2009 abr 20 [acesso em 2024 dez 20]; Edição 74; Seção I:72. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202009/prt0120_14_04_2009.html
38. Lima VS, Souza FCA, Aguiar JPL, et al. Composição nutricional de dieta enteral artesanal a partir de alimentos convencionais do município de Coari, estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2015;6(2):29-36. DOI: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232015000200004>
39. Araújo ISA, Santos HVD, organizadores. Guia multiprofissional de orientação para pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar. Petrolina: HEWAB/EB-SERH; 2017. 25 p.
40. Laís LL, Vale SHLV, organizadores. Guia de nutrição enteral ambulatorial e domiciliar. Natal: Edição do Autor; 2018. 79 p.
41. Pinto M, Madureira A, Barros LBP, et al. Cuidado complexo, custo elevado e perda de renda: o que não é raro para as famílias de crianças e adolescentes com condições de saúde raras. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):e00180218. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00180218>
42. Procópio LCR, Seixas CT, Avelar RS, et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde debate*. 2019;43(121):592-604. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>
43. van Aanholt DPJ, Matsuba CST, Dias MCG, et al. Diretriz brasileira de terapia nutricional domiciliar. *BRASPEN J*. 2018;33(supl1):37-46.
44. Romano C, van Wynckel M, Hulst J, et al. ESPGHAN Guidelines for the Evaluation and Treatment of Gastrointestinal and Nutritional Complications in Children with Neurological Impairment. *J pediatr gastroenterol nutr*. 2017;65(2):242-64. DOI: <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001646>
45. Matonti L, Blasetti A, Chiarelli F. Nutrition and growth in children. *Minerva Pediatr*. 2020;72(6):462-471. DOI: <https://dx.doi.org/10.23736/S0026-4946.20.05981-2>
46. Shi H, Ren Y, Jia Y. Effects of nutritional interventions on the physical development of preschool children: a systematic review and meta-analysis. *Transl Pediatr*. 2023;12(5):991-1003. DOI: <https://dx.doi.org/10.21037/tp-23-205>
47. Litwin A, Thi TGL, Pancheva R, et al. Anthropometric assessment: ESPGHAN quality of care survey from paediatric hospitals in 28 European countries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;78:936-947. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/jpn3.12136>

48. Chen ST, Ong SH, Lim PY, et al. Nutrition-Focused Physical Exam in assessing nutritional status of children with neurological impairment. *Human nutrition & metabolism*. 2024;37:200279. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2024.200279>
49. Paiva AA, Rondó PHC, Guerra-Shinohara EM. Parâmetros para avaliação do estado nutricional de ferro. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(4):421-426. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400019>

Recebido em 21/05/2024

Aprovado em 02/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec)

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer