

NOTA TÉCNICA CRN-8 Nº 1/2026

NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR

2026



CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO - 8ª REGIÃO (CRN-8)

PRESIDENTE

Deise Regina Baptista - CRN-8 699

VICE-PRESIDENTE

Alisson David Silva - CRN-8 12816

DIRETORA SECRETÁRIA

Vanessa Costa Penteado - CRN-8 105

DIRETORA TESOUREIRA

Lilian Mitsuko Tanikawa - CRN-8 1183

CONSELHEIROS EFETIVOS

Andrea Bruginski - CRN-8 444

Fernanda Manera - CRN-8 9665

Giovana Regina Ferreira - CRN-8 12977

Tatiana Tormal Brondani dos Santos - CRN-8 3439

Tatiana Marin - CRN-8 1727

CONSELHEIROS SUPLENTE

Andreia Araújo Porchat de Leão - CRN-8 7514

Claudia Carolina Stadler Santos Huchberg Dias - CRN-8 5045

Camilla Kapp Fritz - CRN-8 7295

Emilaine Ferreira dos Santos - CRN-8 9278

Kelly Franco de Lima - CRN-8 2656

Sandy de Fátima de Souza - CRN-8 9220

Rosicler de Oliveira Coutinho - CRN-8 4654

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Nutrição enteral domiciliar [livro eletrônico] :
nota técnica CRN08 nº 1/2026 / [elaboração
Eloyse Weeny Ramos Bieberbach
Ceschim...[et al.] ; gerência técnica de
nutrição Julisse Klemtz Wagner, Alessandra
Carvalho Roncaglio. -- Curitiba, PR : CRN-8,
2026.
PDF

Outros autores: Aline dos Santos Flores, Juliana
Ceronato, Camile Santos Maciel, Maria Eliana
Madalozzo Schieferdecker.

Bibliografia.

ISBN 978-65-989104-3-3

1. Medicina e saúde 2. Nutrição enteral
3. Segurança alimentar - Brasil 4. Sistema Único de
Saúde (Brasil) 5. Terapias complementares I. Ceschim,
Eloyse Weeny Ramos Bieberbach. II. Flores, Aline dos
Santos. III. Ceronato, Juliana. IV. Maciel, Camile
Santos. V. Schieferdecker, Maria Eliana Madalozzo.
VI. Wagner, Julisse Klemtz. VII. Roncaglio,
Alessandra Carvalho.

26-376486.1

CDD-615.855

Índices para catálogo sistemático:

1. Nutrição enteral : Ciências médicas 615.855

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

ISBN: 978-65-989104-3-3



DIREITOS AUTORAIS:

© 2026 Conselho Regional de Nutrição - 8ª Região. Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução total ou parcial deste material, desde que citada a fonte e preservada a integridade do conteúdo. É vedada a utilização dos textos e imagens para fins comerciais ou que contrariem os princípios éticos da profissão.

RESPONSABILIDADE EDITORIAL:

O CRN-8 não se responsabiliza por eventuais erros, omissões ou interpretações decorrentes do uso das informações aqui publicadas.

ENDEREÇO INSTITUCIONAL:

Conselho Regional de Nutrição - 8ª Região

Rua Marechal Deodoro, 630, sala 203 - Curitiba (PR) - CEP: 80010-010

E-mail Institucional: crn8@crn8.org.br

Site: www.crn8.org.br

ELABORAÇÃO

GRUPO DE TRABALHO (GT) NUTRIÇÃO ENTERAL

Eloyse Weeny Ramos Bieberbach Ceschim - CRN-8 6776 (Coordenadora do GT)

Aline dos Santos Flores - CRN-8 4376 (Integrante)

Juliana Ceronato - CRN-8 2292 (Integrante)

Camile Santos Maciel - CRN-8 9031 (Integrante)

Maria Eliana Madalozzo Schieferdecker - CRN-8 439 (Integrante)

APOIO INSTITUCIONAL

Gerência Técnica de Nutrição

Julisse Klemtz Wagner – CRN-8 6225 (Gerente Técnica)

Alessandra Carvalho Roncaglio – CRN-8 6782 (Coordenadora Técnica)

DIAGRAMAÇÃO

Pedro Henrique Oliveira Macedo - Assessor de Imprensa



SUMÁRIO EXECUTIVO

A Nota Técnica CRN 8 nº 001/2026 tem por objetivo orientar nutricionistas, gestores e equipes de saúde quanto à organização da Nutrição Enteral Domiciliar (NED) no processo de transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento decorre da identificação de dificuldades relacionadas à ausência de padronização nos fluxos de alta hospitalar, à prescrição predominante de fórmulas enterais industrializadas com indicação de marcas específicas e à insuficiente consideração da viabilidade socioeconômica dos pacientes e da capacidade operacional da Atenção Primária à Saúde (APS), com impactos na continuidade do cuidado e na gestão municipal.

Diante da inexistência de normativas nacionais ou estaduais que regulamentem o fornecimento de fórmulas enterais industrializadas em domicílio pelo SUS, a Nota Técnica reconhece a nutrição enteral elaborada com alimentos, quando devidamente prescrita e orientada por nutricionista, como alternativa tecnicamente segura e nutricionalmente adequada

Assim, estabelece recomendações para que as prescrições hospitalares contemplem, de forma concomitante, fórmulas industrializadas e dietas enterais elaboradas com alimentos, assegurando aos municípios autonomia técnica e administrativa, fortalecendo a continuidade do cuidado e contribuindo para a sustentabilidade das ações de saúde.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BHEN - Brazilian Home Enteral Nutrition

BRASPEN - Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral)

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

NE - Nutrição Enteral

NED - Nutrição Enteral Domiciliar

PCN - Processo de Cuidado Nutricional

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

TNE - Terapia de Nutrição Enteral

ESPEN - European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo)



SUMÁRIO

GLOSSÁRIO	7
CONTEXTUALIZAÇÃO	9
FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA E ARGUMENTAÇÃO	10
TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL NO SUS: TRANSIÇÃO DO CUIDADO E ESPECIFICIDADES DA ATENÇÃO DOMICILIAR	10
ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL	12
AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO EM NUTRIÇÃO	13
DIAGNÓSTICO EM NUTRIÇÃO	13
INTERVENÇÃO OU PRESCRIÇÃO DIETÉTICA	13
INDIVIDUALIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	14
DESOSPITALIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO	15
USO RACIONAL DE INDUSTRIALIZADOS	15
CUIDADO EM NUTRIÇÃO	16
ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE NUTRIÇÃO ENTERAL NO SUS	17
DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA NUTRIÇÃO ENTERAL	19
PARECER	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23



GLOSSÁRIO

Alimentos *In Natura*: produtos obtidos diretamente de plantas ou de animais que não sofreram qualquer alteração após deixarem a natureza (BRASIL, 2014).

Alimentos Minimamente Processados: alimentos *in natura* submetidos a processos que não envolvem a agregação de substâncias ao alimento original, como limpeza, remoção de partes não comestíveis, secagem, moagem, pasteurização, resfriamento ou congelamento (BRASIL, 2014).

Alimentos Processados: produtos fabricados essencialmente com a adição de sal, açúcar, óleo ou vinagre a um alimento *in natura* ou minimamente processado, visando aumentar sua durabilidade ou alterar o sabor (BRASIL, 2014).

Alimentos Ultraprocessados: formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amidos, proteínas), derivados de constituintes alimentares (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor). Caracterizam-se pela baixa densidade nutricional e alto teor de aditivos (BRASIL, 2014).

Classificação NOVA: metodologia de classificação de alimentos baseada na natureza, na extensão e no propósito do processamento industrial, em vez da composição de nutrientes, adotada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (MONTEIRO, 2010; BRASIL, 2014).

Cuidado Nutricional: sinonímia de Assistência Nutricional e Dietética (Resolução CFN nº 600/2018).

Dietas Preparadas com Alimentos: refere-se ao preparo de receitas compostas por alimentos *in natura* (como carnes, legumes, grãos, leite e óleos) que são cozidos, liquidificados e peneirados para atingir uma consistência fluida. É destinada a pacientes que não podem se alimentar por via oral, sendo infundida diretamente no trato digestivo por meio de sondas ou tubos de gastrostomia/jejunostomia (BRASIL, 2016).

Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA): direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (BRASIL, 2013).

Ética Profissional: reunião das normas de valor moral presentes em uma pessoa, sociedade ou grupo social. Trata-se do comportamento individual em relação à sociedade, o que garante o bem-estar social. Ela define como o homem deve comportar-se diante do meio social (Resolução CFN nº 690/2021).

Ingredientes Culinários: substâncias extraídas de alimentos *in natura* ou da própria natureza por processos industriais (como prensagem e refino), utilizadas para temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias (ex: óleos vegetais, manteiga, sal e açúcar) (BRASIL, 2014).

Nutrição Enteral (NE): alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas (RDC ANVISA N° 503/2021).

Nutrição Enteral Domiciliar (NED): a Nutrição Enteral Domiciliar constitui uma estratégia de continuidade do cuidado para indivíduos com necessidades alimentares especiais, possibilitando a manutenção da terapia nutricional após a alta hospitalar, favorecendo a desospitalização e promovendo assistência integral centrada nas necessidades clínicas, sociais e familiares do paciente (BRASIL, 2015).

Orientação Alimentar e Nutricional na NE ao Cliente/Paciente ou Usuário, Família ou Responsável: orientação quanto ao preparo e a utilização da formulação enteral prescrita para o período após alta hospitalar (Resolução CFN n° 417/2008).

Pessoa em Fase Crônica: refere-se ao indivíduo que apresenta quadro de saúde com condições de longa duração, geralmente de progressão lenta e curso persistente, frequentemente irreversível, que exigem manejo contínuo e acompanhamento prolongado. Envolve adaptações fisiopatológicas sustentadas, podendo apresentar períodos de estabilidade e exacerbações (WHO, 2005; BISCHOFF, S. C. et al., 2020).

Pessoa em Fase Aguda: Refere-se ao indivíduo que apresenta um quadro de saúde de início súbito, curso geralmente curto e evolução rápida, podendo levar à resolução completa, complicações ou óbito. Está frequentemente associada a respostas fisiológicas intensas e transitórias, como inflamação aguda, estresse metabólico e instabilidade clínica (CEDERHOLM, T. et al. 2017; BISCHOFF, S. C. et al., 2020).

Prescrição Dietética: atividade privativa do nutricionista que compõe a assistência prestada aos clientes/pacientes/usuários em ambiente hospitalar, ambulatorial, consultório ou em domicílio que envolve o plano alimentar, devendo ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas para realização do diagnóstico de nutrição, devendo conter data, valor Energético Total (VET), consistência da dieta, macro e micronutrientes, fracionamento, assinatura seguida de carimbo, número e região da inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) do nutricionista responsável pela prescrição (Resolução CFN n° 600/2018).

Segurança Alimentar e Nutricional (SAN): consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Suplementos Alimentares: produto para administração exclusiva pelas vias oral e enteral, incluídas mucosa, sublingual e sondas, apresentado em formas farmacêuticas, destinado a suplementar a alimentação de indivíduos (Resolução CFN n° 663/2020).

CONTEXTUALIZAÇÃO

A elaboração desta Nota Técnica decorre das dificuldades reportadas por gestores de saúde de Curitiba e Região Metropolitana no manejo da Nutrição Enteral Domiciliar (NED), especificamente na transição do paciente do ponto de atenção terciário para o primário, no domicílio. O debate foi fomentado por meio de reuniões conduzidas pela Liga Acadêmica do Brazilian Home Enteral Nutrition (BHEN) da Universidade Federal do Paraná, sob o tema 'Diálogos sobre Nutrição Enteral Domiciliar'. Nesses encontros, evidenciou-se um crítico déficit de padronização no fluxo de alta hospitalar, caracterizado pela prescrição predominante de fórmulas industrializadas com determinação de marcas específicas. Tal prática frequentemente ignora a análise da viabilidade socioeconômica familiar e a capacidade logística da Atenção Primária à Saúde (APS), gerando barreiras à continuidade da assistência nutricional no território.

Os principais pontos de conflito que compõem este cenário são:

Rigidez nas Prescrições Hospitalares: a predominância de prescrições de fórmulas industrializadas de alto custo no momento da alta, muitas vezes sem a avaliação de alternativas de Nutrição Enteral com Alimentos ou Mistas que poderiam garantir a adesão ao tratamento a longo prazo.

Barreiras no Diálogo Intersectorial: a dificuldade de articulação entre as equipes de nutrição hospitalar e da rede municipal, o que gera insegurança para o cuidador e sobrecarga financeira aos municípios.

Impacto na Gestão Municipal: a ausência de uma política nacional ou estadual que regule o fornecimento de fórmulas industrializadas em domicílio pelo Sistema Único de Saúde (SUS) coloca os municípios em uma zona de insegurança jurídica e orçamentária, especialmente quando a dieta enteral com alimentos, que se bem orientada e prescrita, apresenta-se como uma alternativa tecnicamente segura e nutricionalmente adequada para diversos perfis de pacientes estáveis.

Dessa forma, esta Nota Técnica visa estabelecer diretrizes que orientem as prescrições hospitalares a contemplarem, de forma concomitante, a indicação de fórmulas industrializadas com descritivo técnico e de dietas elaboradas com alimentos, assegurando assim aos municípios a autonomia técnica e administrativa para definir a nutrição enteral mais adequada, conforme seus protocolos locais e a realidade socioeconômica do paciente. Com isso, busca-se validar a dieta elaborada com alimentos como uma estratégia de saúde pública legítima, garantindo a segurança alimentar e a continuidade do cuidado sem comprometer a sustentabilidade orçamentária das gestões municipais.



FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA E ARGUMENTAÇÃO

TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL NO SUS: TRANSIÇÃO DO CUIDADO E ESPECIFICIDADES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Terapia de Nutrição Enteral (TNE) constitui-se como um conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional de pessoas que apresentam trato gastrointestinal total ou parcialmente funcionante, mas que possuem ingestão oral insuficiente. No cenário da desospitalização, a Nutrição Enteral Domiciliar (NED) surge como uma estratégia fundamental para a continuidade da assistência à saúde, permitindo que a pessoa receba o suporte nutricional necessário em seu ambiente familiar, o que comprovadamente reduz o risco de contrair infecções hospitalares e melhora a qualidade de vida (BRASIL, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede em seu território. Nesse âmbito, cabe à APS utilizar mecanismos de comunicação e articulação entre serviços e equipes, com o objetivo de garantir a integralidade da atenção à pessoa em cuidado domiciliar.

Nesse contexto, a pessoa em Nutrição Enteral (NE) pode ser acompanhada por diferentes pontos da RAS, de acordo com seu estado clínico e a capacidade resolutiva dos pontos de atenção. Os cuidados devem estar inseridos nas linhas de cuidado integral baseadas nas necessidades das pessoas, reduzindo assim, a fragmentação da assistência (BRASIL, 2021).

Considerando que a pessoa que é usuária do SUS transita entre diferentes pontos da RAS, o sucesso da NE no domicílio depende diretamente de uma transição do cuidado bem estruturada. A alta hospitalar é um momento crítico e de maior vulnerabilidade, no qual a compreensão adequada das condições do paciente no domicílio, aliada à clareza e à adequação das orientações nutricionais, influencia a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações, como desnutrição progressiva e reinternações evitáveis.

É fundamental considerar as especificidades que distinguem a pessoa em internação hospitalar daquela em NED, particularmente quanto ao contexto clínico, ao grau de resposta inflamatória e à estabilidade metabólica. A distinção entre condições agudas e crônicas é essencial, pois está associada a diferentes respostas metabólicas ao estresse, risco nutricional e necessidades de energia e proteína, repercutindo na avaliação do estado nutricional e na definição da estratégia de terapia nutricional.

As condições agudas caracterizam-se por início súbito, evolução rápida e curta duração, frequentemente associadas a respostas inflamatórias intensas voltadas à eliminação de agentes lesivos e à restauração da homeostase. Em contraste, as condições crônicas apresentam curso prolongado e demandam acompanhamento contínuo, com adaptações fisiopatológicas sustentadas e inflamação de baixo grau, associada à etiopatogenia de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças autoimunes. Evidências indicam que as necessidades de cuidado em doenças crônicas superam amplamente as das condições agudas, exigindo sistemas de saúde adaptados para o manejo de longo prazo (GBD 2019, 2025).

A inflamação aguda exerce papel fundamental na defesa do organismo e no reparo tecidual imediato, enquanto a inflamação crônica persiste por períodos prolongados e pode resultar em dano tecidual e comprometimento funcional, em decorrência da ativação contínua do sistema imunológico (CHAVDA, et al., 2024). Essa distinção é particularmente relevante no contexto clínico-nutricional. A trajetória metabólica distinta entre estados agudos e crônicos influencia diretamente as estratégias de avaliação nutricional e de intervenção terapêutica.



Em condições agudas, observa-se aumento do catabolismo proteico, resistência anabólica e maior demanda energética, podendo resultar em rápida perda de massa magra. Por outro lado, nas condições crônicas, há adaptação metabólica prolongada, frequentemente associada à inflamação de baixo grau, redução progressiva da massa muscular e alterações da composição corporal. Assim, a identificação do estágio clínico é essencial para a adequada interpretação dos indicadores nutricionais e para o planejamento de intervenções mais eficazes.

Além das alterações decorrentes de condições crônicas, é importante destacar que muitas pessoas em NED permanecem acamadas por longos períodos. A imobilidade prolongada está associada a alterações multifatoriais que impactam a composição corporal, a função neuromuscular e o metabolismo sistêmico. Evidências experimentais indicam que o repouso prolongado no leito promove redução significativa da massa e da força muscular esquelética, acompanhada de alterações metabólicas, como diminuição da sensibilidade à insulina e aumento do acúmulo intramiocelular de lipídios, contribuindo para disfunção muscular e resistência metabólica (EGGELBUSCH et al., 2024; LUNT et al., 2024).

A ausência de estímulo mecânico sobre os músculos resulta em atrofia muscular acelerada, especialmente em grupos musculares antigravitacionais, e em perda de força funcional em poucas semanas de inatividade, com impactos diretos na capacidade de realizar atividades básicas e manter a independência funcional (MARUSIC et al., 2021).

Além disso, a imobilidade prolongada favorece o desenvolvimento de disfunções metabólicas, incluindo redução da sensibilidade à insulina e alterações na flexibilidade metabólica do músculo esquelético, o que pode agravar a fragilidade e o declínio fisiológico (EGGELBUSCH et al., 2024).

Esses processos cumulativos culminam em declínio funcional progressivo, maior risco de incapacidade e piora do prognóstico clínico, o que reforça a necessidade de manejo multidisciplinar, da implementação precoce de estratégias de mobilização e reabilitação, bem como uma diferenciação de manejo nutricional, distinto dos quadros agudos.

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

A assistência nutricional no âmbito da NED encontra-se estritamente vinculada às competências privativas do nutricionista, conforme estabelecido pela Resolução CFN nº 600/2018. Esta norma define que cabe ao profissional a execução da avaliação nutricional, prescrição dietética, bem como o planejamento e a supervisão da assistência em nutrição clínica e domiciliar, garantindo que o cuidado seja contínuo e adequado às necessidades da pessoa fora do ambiente hospitalar (CFN, 2018b).

Complementarmente, a Resolução Anvisa RDC nº 63/2000 substituída pela Resolução Anvisa RDC nº 503/2021, que estabelece as Boas Práticas de Terapia de Nutrição Enteral, reforça a obrigatoriedade da integração entre as etapas da terapia (BRASIL, 2021b). Sob esta ótica, a alta hospitalar não encerra o ciclo de cuidado, mas exige uma transição segura, onde o nutricionista hospitalar atua como o principal garantidor da continuidade terapêutica.

Portanto, a responsabilidade técnica deste profissional é assegurar que a orientação de alta contemple o detalhamento técnico rigoroso da dieta e das alternativas viáveis, prevenindo interrupções no suporte nutricional que possam comprometer a recuperação da pessoa ou elevar o risco de desfechos clínicos desfavoráveis.

O Processo de Cuidado em Nutrição (PCN) deve estar associado às demais ações de atenção à saúde do SUS, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de acordo com o estabelecido nas diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2013a). Este cuidado no contexto da Nutrição Enteral, quando no ambiente domiciliar, assume uma complexidade distinta da hospitalar, exigindo uma singularidade própria deste contexto.

O PCN, de acordo com proposto pela Associação Brasileira de Nutrição, se divide em quatro etapas: Avaliação Nutricional; Diagnóstico Nutricional; Intervenção Nutricional; Monitoramento e Avaliação. Essas etapas são cíclicas e contínuas. No ambiente domiciliar esse processo assume algumas peculiaridades (ASBRAN, 2021).

AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Nesta etapa, o nutricionista coleta dados de história alimentar, condições clínicas, laboratoriais, de consumo alimentar e antropométricos. Contudo, é imperativo que o profissional compreenda que a pessoa em NED é, majoritariamente, um doente crônico.

Diferente do paciente agudo hospitalizado, o indivíduo em domicílio apresenta frequentemente quadros de atrofia muscular progressiva, alterações de composição corporal e estabilidade bioquímica em níveis distintos da normalidade clássica. Ressalta-se que o uso de padrões de referência baseados em populações eutróficas deve ser feito com cautela e criticidade, uma vez que a ausência de parâmetros específicos para a cronicidade e atrofia não deve inviabilizar o diagnóstico, mas sim reforçar a necessidade da experiência clínica e da avaliação de tendências (evolução) ao longo do tempo, em vez de dados transversais isolados (BOULATTA, 2017; ASPEN, 2017; BISCHOFF, 2020; ASPEN, 2020).

DIAGNÓSTICO EM NUTRIÇÃO

O diagnóstico nomeia o problema específico identificado. É a identificação e descrição do problema nutricional, com base nos dados da avaliação. Deve ser claro, e baseado em evidências. Tem como objetivo definir qual é o problema nutricional. Na NED, o nutricionista assume papel que vai muito além de transcender a simples classificação de risco nutricional ou desnutrição, podendo identificar fatores como a capacidade absorptiva remanescente, a tolerância gastrointestinal e o contexto socioeconômico.

O acompanhamento contínuo permite que o diagnóstico seja refinado e modificado conforme a evolução, e que leve em consideração as limitações físicas impostas pela doença de base, sem desconsiderar o potencial de manutenção ou recuperação funcional da pessoa.

INTERVENÇÃO OU PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

A conduta ética na prescrição de NED deve ser pautada, primordialmente, pelo rigor técnico e pela autonomia da pessoa que está sendo atendida. Conforme estabelece o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, a prescrição deve ser fundamentada em uma análise técnica detalhada, especificando características nutricionais indispensáveis, como: densidade calórica, aporte proteico (g/kg de peso), distribuição de macronutrientes e necessidades hídricas. O foco deve recair sobre a adequação da NE às necessidades biológicas da pessoa, evitando que a prescrição seja reduzida a uma simples escolha de marca comercial, o que garante a precisão clínica e a segurança alimentar no ambiente domiciliar (CFN, 2018a; CFN, 2021; CFN, 2022).

O nutricionista tem o dever de adequar suas práticas visando exclusivamente à promoção da saúde, mantendo-se isento de interesses financeiros de terceiros. A integridade profissional exige que a prescrição nutricional seja livre de influências externas que possam comprometer a idoneidade do serviço. Além disso, é assegurado ao profissional o direito de ajustar condutas anteriores, desde que a alteração seja devidamente justificada e documentada, sempre priorizando o benefício direto ao paciente e a continuidade da assistência com excelência (CFN, 2018a).

INDIVIDUALIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

A escolha da NE, seja ela com alimentos, mistas ou com fórmulas industrializadas deve ser uma decisão técnica, privativa do nutricionista, baseada na avaliação clínica individual.

A estimativa das necessidades nutricionais de pessoas acamadas em NED deve considerar diferenças relevantes entre adultos, idosos e crianças, especialmente no que se refere à interação entre gasto energético e metabolismo proteico. Em adultos, a imobilidade prolongada está associada à redução do gasto energético total, principalmente em decorrência da diminuição da atividade física e da massa muscular metabolicamente ativa, com possível redução discreta do metabolismo basal (MOLÉ et al., 1990; FERNÁNDEZ-VERDEJO et al., 2024). Entretanto, essa redução é heterogênea e pode ser modulada por fatores como inflamação, comorbidades e presença de lesões por pressão, que podem elevar o gasto energético mesmo em pessoas restritas ao leito (FERNÁNDEZ-VERDEJO R et al., 2024).

Em idosos, essas alterações tendem a ser mais pronunciadas, uma vez que coexistem sarcopenia, menor reserva de massa magra e resistência anabólica, resultando em menor eficiência na utilização de aminoácidos para síntese proteica muscular (CAMPBELL et al., 2023; GROENENDIJK et al., 2024). Esse cenário justifica recomendações de maior oferta proteica relativa ($\geq 1,2$ – $1,5$ g/kg/dia) (VOLKERT et al., 2022; GROENENDIJK et al., 2024).

Em contraste, em crianças, as demandas associadas ao crescimento e desenvolvimento impõem necessidades metabólicas adicionais, de modo que a redução do gasto energético decorrente da imobilidade não implica diminuição proporcional das necessidades energéticas totais. Diretrizes recentes enfatizam que a oferta energética em crianças deve ser baseada na idade e na condição clínica, evitando restrições que possam comprometer o crescimento (EMBLETON et al., 2023; ALQAHTANI et al., 2025).

No que se refere à proteína, sua adequação é ainda mais crítica no contexto pediátrico, sendo frequentemente necessária ingestão aumentada para sustentar síntese tecidual e crescimento. Dessa forma, observa-se que, enquanto em adultos e, especialmente, em idosos, há dissociação entre menor gasto energético e

maior necessidade proteica relativa, em crianças essa dissociação é ampliada pela sobreposição das demandas de manutenção e crescimento.

Assim, a literatura contemporânea reforça que a prescrição nutricional em pessoas acamados deve ser individualizada ao longo do ciclo da vida, evitando reduções simplificadas baseadas exclusivamente na imobilidade e priorizando a adequação proteico-energética global, com monitoramento contínuo de desfechos clínicos e funcionais.

A prescrição nutricional deve ser compreendida como um dispositivo técnico inserido em um processo mais amplo de cuidado, cuja potência reside menos na sua precisão normativa e mais na sua capacidade de responder, de forma sensível e contextualizada, às necessidades concretas dos sujeitos. Reafirma-se, portanto, que é no campo do cuidado e não apenas no ato prescritivo que se produzem, de fato, os efeitos sobre os desfechos clínicos e a qualidade da atenção à saúde.

Em síntese, a prescrição nutricional constitui um instrumento fundamental para assegurar a segurança do cuidado e a adequada gestão dos recursos em saúde. Ao priorizar a descrição das necessidades biológicas, em detrimento da indicação de marcas ou produtos específicos, o profissional favorece a tomada de decisão baseada em critérios técnicos e contribui para maior transparência no processo assistencial. A adoção dessa abordagem está alinhada aos princípios de racionalidade, eficiência e equidade, além de minimizar distorções no uso de recursos e fortalecer a sustentabilidade do sistema público de saúde, respeitando a autonomia técnica das diferentes esferas de gestão.

DESOSPITALIZAÇÃO DA NUTRIÇÃO

Enquanto o ambiente hospitalar exige a prescrição de fórmulas industrializadas devido à fase aguda em que as pessoas se encontram, ao alto risco de contaminação, a desospitalização permite o uso de alimentos *in natura* e processados. Desde que preparados com segurança técnica e microbiológica, esses alimentos são alternativas viáveis e, muitas vezes, preferíveis para preservar o trofismo intestinal e a qualidade de vida do paciente a longo prazo (GALINDO et al., 2020).

USO RACIONAL DE INDUSTRIALIZADOS

A fórmula industrializada deve ser prescrita quando houver indicação clínica específica (ex: necessidade de alta densidade calórica em baixo volume, graves restrições hídricas ou má absorção grave) ou em contextos de insegurança alimentar que impeçam a preparação adequada da dieta com alimentos. Não deve, portanto, ser uma prescrição padrão ou generalizada por conveniência logística na APS.

A aquisição de fórmulas alimentares especiais pela Administração Pública é regulamentada pela Lei nº 14.133/2021 (BRASIL, 2021a), que estabelece diretrizes

para licitações e contratos administrativos. No contexto da desospitalização e da continuidade do cuidado no domicílio, a prescrição dietética, especialmente no âmbito hospitalar, deve ser fundamentada em critérios técnicos, com descrição das características nutricionais necessárias. A indicação exclusiva de marcas comerciais, sem a correspondente especificação técnica, pode comprometer os princípios de impessoalidade, isonomia e competitividade previstos na legislação, ao restringir a participação de produtos tecnicamente equivalentes e limitar a busca por soluções mais custo-efetivas.

Além disso, a legislação prevê que a indicação de marcas deve ser adotada apenas em situações excepcionais, devidamente justificadas. Nesse sentido, prescrições baseadas exclusivamente em nomes comerciais podem dificultar os processos de aquisição pública e influenciar a percepção do paciente quanto à necessidade de um produto específico, o que pode repercutir na adesão a alternativas equivalentes disponibilizadas pelos serviços de saúde. Esse cenário pode contribuir para demandas administrativas adicionais, incluindo processos de judicialização.

Dessa forma, recomenda-se que a prescrição nutricional priorize a descrição de características técnicas como: densidade calórica, composição de macronutrientes, tipo de proteína e osmolaridade, em detrimento da indicação de marcas comerciais, favorecendo a conformidade legal, a racionalidade no uso de recursos públicos e a equidade no acesso à terapia nutricional.

CUIDADO EM NUTRIÇÃO

A compreensão do cuidado nutricional como etapa prévia e estruturante da prescrição dietética implica deslocar o foco de uma prática tecnicista, centrada na oferta de nutrientes, para uma abordagem de clínica ampliada, orientada pela integralidade do cuidado (CAMPOS, 2000; CAMPOS; AMARAL, 2007). Nessa perspectiva, a prescrição nutricional deixa de ocupar um lugar central e autossuficiente, passando a ser entendida como uma construção situada, produzida a partir da singularidade dos sujeitos, de seus contextos de vida e de seus projetos terapêuticos. O cuidado em nutrição, portanto, não se reduz à adequação de parâmetros bioquímicos ou à definição de metas calórico-proteicas, mas envolve processos de escuta qualificada, negociação de condutas e responsabilização entre profissionais, pessoas em NE e cuidadores, em consonância com concepções que reconhecem o trabalho em saúde como produção de cuidado no encontro entre sujeitos (MERHY, 2002; MERHY; FRANCO, 2003).

Esse deslocamento dialoga com referenciais que tensionam o modelo biomédico tradicional ao incorporar dimensões subjetivas, sociais e funcionais no processo de decisão em saúde, reconhecendo que a efetividade das intervenções depende da articulação entre saberes técnicos e as condições concretas de vida. A centralidade do cuidado, nesse sentido, aproxima-se das noções de coordenação, longitudinalidade

e integralidade, nas quais a continuidade da atenção e a construção de vínculos são elementos fundamentais para a produção de melhores desfechos em saúde (STARFIELD, 2002).

Em contextos de maior complexidade clínica, como na nutrição enteral domiciliar, essa abordagem torna-se ainda mais relevante, uma vez que a efetividade das intervenções depende não apenas da composição da fórmula prescrita, mas de sua viabilidade no cotidiano, da adesão do cuidador e da capacidade de adaptação às mudanças no curso da doença.

ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE NUTRIÇÃO ENTERAL NO SUS

O financiamento do SUS ocorre de forma tripartite, envolvendo a União, os Estados e os Municípios, configurando um modelo de federalismo fiscal sustentado por recursos provenientes dos orçamentos fiscais e das contribuições sociais. Nessa estrutura, os municípios assumem papel central como principais executores das ações em saúde, sendo responsáveis pela oferta e organização do cuidado no território. Contudo, enfrentam desafios relacionados à limitação de recursos, que variam conforme o porte populacional, a capacidade de arrecadação própria, a dependência de transferências intergovernamentais e o aumento da demanda por serviços (SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

Nesse contexto, a organização da oferta de nutrição enteral no SUS insere-se na lógica da descentralização político-administrativa, na qual a gestão municipal se configura como locus privilegiado de implementação das ações de cuidado. Às Secretarias Municipais de Saúde compete planejar, organizar, executar e avaliar a provisão de fórmulas enterais, insumos e o acompanhamento dos usuários, em articulação com as diretrizes nacionais e as singularidades territoriais (BRASIL, 2006). Tal arranjo, embora potencialize a responsividade às necessidades locais, tensiona a garantia de integralidade e equidade, uma vez que distintas capacidades institucionais e arranjos de gestão resultam em ofertas heterogêneas de cuidado. Conforme discutido por Barbara Starfield (2002), sistemas orientados pela atenção primária devem assegurar coordenação, longitudinalidade e equidade — atributos que podem ser fragilizados em contextos de elevada variabilidade organizacional.

A aquisição de fórmulas enterais industrializadas, orientada por protocolos locais e operacionalizada por meio de processos licitatórios, expressa a interface entre a lógica técnico-assistencial e a racionalidade jurídico-administrativa do SUS, devendo observar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Entretanto, na ausência de um protocolo nacional unificado, a definição dos tipos de fórmulas, dos volumes dispensados e dos critérios de elegibilidade passa a ser fortemente mediada por decisões locais, frequentemente condicionadas por

restrições orçamentárias, prioridades de gestão e distintas compreensões sobre necessidades em saúde. Esse cenário contribui para a produção de iniquidades no acesso e na continuidade do cuidado, ao deslocar para o contexto local a regulação de tecnologias essenciais. Nessa direção, Merhy (2002) problematiza que o cuidado em saúde é atravessado por diferentes racionalidades — tecnológicas, econômicas e políticas — que disputam a organização das práticas e podem restringir a centralidade das necessidades dos usuários (MERHY, 2020; SOUZA; SCHIEFERDECKER; DITTERICH, 2022).

Evidências recentes indicam que a maioria dos municípios apresenta fragilidades na institucionalização de protocolos específicos para a dispensação de fórmulas enterais, o que reforça a heterogeneidade organizacional e a dependência de arranjos locais para definição do acesso (LUFT et al., 2024). Além disso, os recursos destinados à saúde competem com diversas outras demandas do sistema municipal, o que torna relevante compreender o peso financeiro da nutrição enteral no orçamento público. Estudos demonstram aumento expressivo do gasto municipal em saúde ao longo do tempo, frequentemente acima do mínimo constitucional, coexistindo com restrições orçamentárias e ampliação da demanda por serviços, o que pressiona a sustentabilidade do financiamento local (CRUZ; BARROS; SOUZA, 2022).

O Estado do Paraná, a exemplo das demais unidades federativas brasileiras, carece de padronização no fornecimento de fórmulas e dietas para fins especiais, visto que cada município adota um protocolo próprio.

Atualmente, observam-se três modelos básicos de organização. O primeiro corresponde ao modelo estruturado, caracterizado pela definição de fluxos e critérios formais. O segundo refere-se ao modelo intermediário, no qual há normatização estabelecida, porém, não publicada oficialmente. Por fim, há municípios que não possuem padronização formal, nos quais a distribuição ocorre por meio de fluxos internos e, frequentemente, por demandas judiciais (TEIXEIRA, 2020).

Uma forte tendência identificada é a adoção de modelos regionais, como o da 10ª Regional de Saúde, cujo protocolo regional presta apoio técnico aos municípios de menor porte (TEIXEIRA, 2020).

A ausência de padronização na oferta de fórmulas e dietas para fins especiais resulta em uma forte pressão orçamentária para os estados e municípios. A organização da NED no SUS evidencia, portanto, tensões estruturais próprias do modelo descentralizado brasileiro, no qual a autonomia municipal, embora favoreça a adaptação às especificidades territoriais, resulta em elevada heterogeneidade na oferta e na qualidade do cuidado.

Estudos recentes têm demonstrado que a existência e a qualidade dos protocolos municipais são inconsistentes, com lacunas na padronização e na efetividade da

assistência, mesmo em contextos em que há algum grau de organização do serviço (OLIVEIRA et al., 2024). Ademais, a prática da NED não se restringe a determinantes clínicos, sendo fortemente influenciada por fatores socioeconômicos e estruturais, que atravessam desde a prescrição até o acesso e a continuidade do cuidado (VIRGILINO et al., 2025).

Esse cenário é corroborado por dados nacionais que apontam crescimento da demanda por nutrição enteral, impulsionado pelo envelhecimento populacional e pela elevada carga de doenças crônicas, ao mesmo tempo em que evidenciam a necessidade de maior articulação entre equipes e pontos de atenção. Em perspectiva histórica, a ausência de protocolos universalmente estabelecidos já havia sido apontada como um dos principais entraves à consolidação da nutrição enteral domiciliar no país, contribuindo para práticas fragmentadas e desiguais (MOREIRA et al., 2010). Quando contrastado com diretrizes internacionais, como as da Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN, 2020), que enfatizam a padronização, o monitoramento contínuo e a atuação interdisciplinar, o contexto brasileiro revela importantes lacunas organizacionais.

Assim, a literatura converge ao indicar que a descentralização, quando não acompanhada de diretrizes nacionais fortes e mecanismos efetivos de coordenação, pode aprofundar iniquidades no acesso e comprometer a integralidade do cuidado nutricional.

DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA NUTRIÇÃO ENTERAL

As fórmulas industrializadas de NE não são registradas individualmente no Codex Alimentarius, uma vez que este estabelece diretrizes e padrões internacionais para categorias de alimentos, e não para produtos específicos. Essas fórmulas são enquadradas na categoria de alimentos para fins especiais (“Foods for Special Dietary Uses”), sendo abordadas no âmbito do Comitê do Codex sobre Nutrição e Alimentos para Fins Especiais. No contexto brasileiro, sua regulamentação sanitária é realizada pela ANVISA, principalmente por meio da Resolução Anvisa RDC nº 976/2025.

De acordo com a definição da ANVISA, a NE é definida “...como alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada...” nesse conceito que inclui fórmulas industrializadas ou preparações com alimentos (BRASIL, 2021).

Considerando a classificação NOVA, proposta em 2010, os alimentos são organizados em quatro grupos segundo o grau de processamento: alimentos in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e alimentos ultraprocessados. Essa metodologia fundamenta as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e é pioneira no direcionamento de políticas

públicas voltadas à promoção da saúde e à redução do consumo de ultraprocessados (LOUZADA et al., 2025).

A abordagem da NOVA superou as limitações da classificação convencional — que agrupava alimentos por critérios botânicos ou nutricionais e reunia, sob o mesmo teto, produtos com impactos opostos na saúde, como cereais integrais e matinais ultraprocessados. Há sólida evidência científica associando o nível de processamento industrial a desfechos adversos à saúde, como o impacto cardiovascular das gorduras trans. Esse cenário é agravado pela rápida expansão de grandes corporações alimentícias, especialmente em países de média e baixa renda, cujas agressivas estratégias de marketing moldam as escolhas da população diante de uma regulação estatal ainda incipiente (MONTEIRO et al., 2010).

A compreensão da matriz alimentar é crucial não apenas para a alimentação convencional, mas também para a evolução da NE. Enquanto a suplementação atua como suporte por via oral, a NE envolve a administração de nutrientes por dispositivos (sondas ou ostomias) diretamente no trato gastrointestinal, conforme a Resolução RDC nº 503/2021 da ANVISA e diretrizes da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) de 2021–2023.

Nesse cenário, a discussão sobre a classificação NOVA ganha relevância na NE por meio do uso de alimentos in natura e minimamente processados no preparo de dietas enterais com alimentos ou mistas. A preservação da matriz alimentar original nesses alimentos garante a oferta de compostos bioativos, fibras e micronutrientes em sua forma natural. Isso promove melhor tolerância gastrointestinal, modulação benéfica da microbiota e redução do uso de aditivos químicos e conservantes comuns em fórmulas estritamente purificadas, alinhando o cuidado clínico de alta complexidade aos preceitos de uma alimentação saudável e funcional.



PARECER

O cuidado nutricional deve ser compreendido como um processo ampliado, que antecede e fundamenta a própria prescrição dietética. Mais do que a definição de uma fórmula ou de um aporte calórico-proteico, o cuidado em nutrição envolve a avaliação integral do indivíduo, considerando suas condições clínicas, funcionais, sociais e contextuais.

Nesse sentido, a prescrição não constitui o ponto de partida, mas sim uma etapa subsequente a um processo contínuo de escuta, avaliação e tomada de decisão compartilhada. Especialmente em contextos como a nutrição enteral domiciliar, nos quais os indivíduos frequentemente apresentam elevada vulnerabilidade funcional e complexidade clínica, o cuidado nutricional demanda uma abordagem centrada na pessoa, orientada pela funcionalidade, pelo prognóstico e pelos objetivos do cuidado.

Assim, a efetividade da prescrição depende diretamente da qualidade do cuidado estabelecido, o que envolve o acompanhamento contínuo do paciente, a adaptação às suas mudanças clínicas e o trabalho integrado com a equipe multiprofissional e os cuidadores. A prescrição nutricional não é um fim em si mesma, mas uma ferramenta parte de um processo amplo de cuidado focado na integralidade e na qualidade da atenção à saúde.

Para garantir a autonomia do paciente e a equidade no acesso, a prescrição deve ser estruturada por meio do descritivo técnico detalhado de suas características. Esse descritivo deve especificar a densidade calórica e proteica, o grau de hidrólise, a proporção de nutrientes e a forma de apresentação (líquida ou em pó), evitando o direcionamento a marcas específicas. Contudo, a fim de facilitar a rotina do usuário e de seus cuidadores, recomenda-se incluir, a título de sugestão, no mínimo três opções de nomes comerciais equivalentes.

Com o intuito de alinhar a alta hospitalar ao trabalho da rede de atenção básica, orienta-se que o planejamento nutricional contemple tanto as alternativas comerciais quanto a dieta enteral elaborada com alimentos. Embora as fórmulas industrializadas representem uma opção prática para o período de transição, a nutrição enteral com alimentos é a diretriz adotada por diversos municípios para a continuidade do cuidado no domicílio. A harmonização entre a conduta hospitalar e a realidade da gestão local é fundamental para evitar problemas administrativos ou falhas na assistência. Essa conduta integrada respeita as condições socioeconômicas da família e assegura que o tratamento não seja interrompido por barreiras de acesso.

Além disso, orientar sobre a nutrição enteral com alimentos é uma forma de empoderar o paciente e sua família, fortalecendo sua autonomia no ambiente domiciliar. Essa modalidade humaniza o cuidado ao permitir o resgate dos hábitos alimentares da casa, reduz os custos financeiros com fórmulas e envolve os cuidadores de forma ativa no tratamento.

— — — — —





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da descentralização administrativa do SUS, o financiamento da nutrição enteral domiciliar está formalmente atribuído à responsabilidade tripartite. Contudo, observa-se, na prática, uma concentração do ônus assistencial nos municípios. No Paraná, a inexistência de diretrizes estruturadas na maior parte dos municípios evidencia um cenário de fragmentação do cuidado, com repercussões diretas no acesso a orientações especializadas e ao suporte nutricional.

A construção de diretrizes estaduais alinhadas a referenciais nacionais configura-se, portanto, como medida estruturante, capaz de organizar responsabilidades, reduzir desigualdades regionais e assegurar a oferta equânime de cuidado nutricional no âmbito da NED.



REFERÊNCIAS

ALQAHTANI, S. N. et al. Nutrition Support Therapy for Hospitalized Children with Malnutrition: A Narrative Review. *Healthcare*, v. 13, n. 4, p. 497, 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO (ASBRAN). Manual orientativo: sistematização do cuidado em nutrição. 2. ed. São Paulo: ASBRAN, 2021. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/storage/downloads/files/2026/06/sicnut.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2026.

BISCHOFF, S. C. et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, v. 39, n. 1, p. 5–22, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.04.022>. Acesso em: 26 jun. 2026.

BOULLATA, J. I. et al. ASPEN safe practices for enteral nutrition therapy. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 41, n. 1, p. 15–103, 2017.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006*.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas Diretas, Autárquicas e Fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Brasília, DF: Presidência da República, 2021a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 maio 2021b*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 976, de 5 de junho de 2025. Dispõe sobre os requisitos sanitários para fórmulas infantis, fórmulas de nutrientes para recém-nascidos de alto risco, alimentos de transição e alimentos à base de cereais para lactentes e crianças de primeira infância, fórmulas para nutrição enteral e fórmulas dietoterápicas para erros inatos do metabolismo. Brasília, DF: ANVISA, 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-anvisa-n-976-de-5-de-junho-de-2025-635345132>. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Glossário temático: alimentação e nutrição. 2. ed., 2. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar: cuidados em terapia nutricional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. v. 3. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPBELL, W. W. et al. Nutritional Interventions: Dietary Protein Needs and Influences on Skeletal Muscle of Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 78, n. Suppl 1, p. 67-72, 16 jun. 2023.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CEDERHOLM, T. et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, v. 36, n. 1, p. 49–64, 2017.

CEDERHOLM, T. et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, v. 38, n. 1, p. 1–9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>. Acesso em: 26 maio 2026.

CHAVDA, V. P.; FEEHAN, J.; APOSTOLOPOULOS, V. Inflammation: The Cause of All Diseases. Cells, v. 13, n. 22, p. 1906, 18 nov. 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/cells13221906>. Acesso em: 26 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Glossário do Sistema CFN/CRN. Brasília, DF: CFN, 2023. Disponível em: https://cfn.org.br/wp-content/uploads/2023/02/glossario_final.pdf. Acesso em: 16 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 417, de 18 de março de 2008. Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mar. 2008. Disponível em: <https://sisnormas.cfn.org.br/viewPage.html?id=417>. Acesso em: 26 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, e dá outras providências. Brasília, DF: CFN, 2018a. Disponível em: https://cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/DOU_599.pdf. Acesso em: 16 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). 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. Brasília, DF: CFN, 2018b. Disponível em: https://cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/resolucoes_old/Res_600_2018.htm. Acesso em: 26 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 663, de 28 de agosto de 2020. Dispõe sobre a definição das atribuições de Nutricionista em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2020. Disponível em: https://cfn.org.br/wp-content/uploads/legado_estatistica/Res_663_2020.html. Acesso em: 26 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 690, de 06 de maio de 2021. Dispõe sobre a Política Nacional de Ética do Sistema Conselho Federal e Conselhos Regionais de Nutricionistas (PNE-CFN/CRN) e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 maio 2021. Disponível em: https://cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/resolucoes_old/Res_690_2021.html. Acesso em: 26 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 731, de 21 de agosto de 2022. Altera as Resoluções CFN nº 656, de 15 de junho de 2020, que dispõe sobre a prescrição dietética, pelo nutricionista, de suplementos alimentares, e nº 680, de 19 de janeiro de 2021, que regulamenta a prática da fitoterapia pelo nutricionista. Brasília, DF: CFN, 2022. Disponível em: <https://sisnormas.cfn.org.br/viewPage.html?id=731>. Acesso em: 26 maio 2026.

CRUZ, W. N. et al. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022276.15062021.

EGGELBUSCH, M. et al. The impact of bed rest on human skeletal muscle metabolism. Cell Reports Medicine, v. 5, n. 1, p. 101356, 2024.

EMBLETON, N. D. et al. Enteral nutrition in preterm infants: ESPGHAN recommendations. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, v. 76, n. 2, p. 248-265, 2023.

FERNÁNDEZ-VERDEJO, R. et al. Energy expenditure in humans: principles and changes across the life course. Nature Reviews Endocrinology, v. 20, p. 147-159, 2024.

GALINDO, C. O. et al. Home-prepared enteral tube feeding: evaluation of microbiological contamination, hygiene, and the profile of the food handler. Nutr Clin Pract., v. 36, n. 3, p. 704-717, 2020. DOI: 10.1002/ncp.10577.

GBD 2019 ACUTE AND CHRONIC CARE COLLABORATORS. Characterising acute and chronic care needs: insights from the Global Burden of Disease Study 2019. Nature Communications, v. 16, art. 4235, 2025.

GROENENDIJK, I. et al. Protein intake in older adults: current recommendations and future directions. Frontiers in Nutrition, v. 11, p. 1326442, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA (INMETRO). Comitês: Codex Alimentarius: estrutura. Brasília, DF: Inmetro, [20--?]. Disponível em: https://www.inmetro.gov.br/qualidade/comites/codex_estrutura.asp. Acesso em: 16 jun. 2026.

LOUZADA, M. L. C.; GABE, K. T. Classificação de alimentos Nova: uma contribuição da epidemiologia brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 28, e250027, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720250027.2>. Acesso em: 16 jun. 2026.

LUFT, C. L. et al. Sistematização do cuidado em nutrição nos protocolos de dispensação de fórmulas enterais nos municípios paranaenses, Brasil. *Nutrição Brasil*, v. 23, n. 6, p. 1241–1253, 2024. DOI: 10.62827/nb.v23i6.3051.

LUNT, E. K. et al. The influence of immobility on muscle loss in older people. *Gerontology*, v. 70, p. 112-120, 2024.

MARUSIC, U. et al. Nonuniform loss of muscle strength and atrophy during bed rest: systematic insights. *Journal of Applied Physiology*, v. 131, n. 1, p. 194–206, 2021.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p. (Série Saúde em Debate, v. 145).

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2003.

MOLÉ, P. A. et al. Bed rest reduces resting metabolic rate. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 52, n. 3, p. 455–460, 1990.

MONTEIRO, C. A. et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 11, p. 2039-2049, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010001100005>. Acesso em: 26 maio 2026.

MOREIRA, S. P. L. et al. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 21, n. 4, p. 309-318, 2010.

OLIVEIRA, v. M. F. R. et al. Indicadores de Qualidade da Nutrição Enteral Domiciliar em municípios de uma regional de saúde do Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 7, n. 1, 2024.

SCATENA, J.; VIANA, A.; TANAKA, O. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios matogrossenses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1943-1954, 2009.

SILVA, J. S. v. da. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutrition in Clinical Practice*, v. 35, n. 2, p. 178–195, Apr. 2020.

SOUSA, L. R. M.; SCHIEFERDECKER, M. E. M.; DITTERICH, R. G. Direito à alimentação adequada para usuários em nutrição enteral domiciliar. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 17, e65079, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetera.2022.65079>. Acesso em: 16 jun. 2026.

STARFIELD, B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press, 2002.

TEIXEIRA, E. S. Terapia nutricional enteral domiciliar: sistematização do cuidado e características profissionais dos nutricionistas atuantes nos municípios paranaenses. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020. Disponível em: <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/trabalhoConclusaoWS?idpessoal=77953&idprograma=40001016074P7&anobase=2020&idtc=15>. Acesso em: 16 jun. 2026.

VIRGILINO, J. F. et al. Aspectos relacionados à nutrição enteral com alimentos no domicílio: uma revisão integrativa de literatura. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 20, e72140, 2025.

VOLKERT, D. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, v. 41, n. 4, p. 958–989, 2022.



crn8.org.br

