

AMANDA PINHEIRO DE FRANÇA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA A NUTRIÇÃO
ENTERAL NO ESTADO DO PARANÁ: 2020 A 2024**

Guarapuava

2025

AMANDA PINHEIRO DE FRANÇA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELACIONADA A NUTRIÇÃO
ENTERAL NO ESTADO DO PARANÁ: 2020 A 2024**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Nutrição do Centro Universitário Campo Real, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador (a): Profa. Ma. Emilaine Ferreira dos Santos

Guarapuava

2025

À minha mãe, Juliana, que, mesmo com tão pouco tempo ao meu lado, plantou em mim a semente que me fez chegar até aqui. Hoje realizo o sonho de quem vive em meu coração.

Análise da produção hospitalar relacionada a nutrição enteral no estado do paraná: 2020 a 2024

Analysis of hospital production related to enteral nutrition in the state of paraná: 2020 to 2024

FRANÇA, Amanda Pinheiro¹
SANTOS, Emilaine Ferreira dos²

¹Centro Universitário Campo Real
Endereço para correspondência: prof_emilainesantos@camporeal.edu.br

RESUMO

Introdução: A terapia nutricional enteral é responsável por manter ou restabelecer o estado nutricional dos pacientes quando a alimentação oral não é viável. No Sistema Único de Saúde, sua prática é regulamentada em ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. **Objetivo:** Analisar a produção hospitalar relacionada à nutrição enteral no Paraná, entre 2020 e 2024, caracterizando o perfil das Regiões de Saúde. **Método:** Estudo descritivo, analítico e retrospectivo utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) via DATASUS. Analisaram-se os procedimentos de gastrostomia, gastrotomia videolaparoscópica, jejunostomia e ileostomia nas Regionais de Saúde do Paraná, correlacionando-as com indicadores socioeconômicos. **Resultados:** Observou-se heterogeneidade na distribuição dos procedimentos. A 2ª Regional de Saúde, na macrorregião leste, apresentou ascensão, relacionada a melhor estrutura. Contudo, na mesma macrorregião, o município de Guarapuava (5º) apresentou oscilações e declínio nos procedimentos. A 15ª Regional de Saúde, no Noroeste, também registrou uma diminuição gradual. Enquanto isso, a 10ª e 17ª Regionais de Saúde mantiveram crescimento contínuo ao longo dos anos, demonstrando investimento na região. Diferenças significativas foram observadas entre as macrorregiões, refletindo desigualdades no apoio e na estrutura entre elas. **Conclusão:** O número de procedimentos de Terapia Nutricional Enteral no Paraná é desigual; as diferenças identificadas entre as Regiões de Saúde refletem irregularidades socioeconômicas e organizacionais que comprometem a Nutrição Enteral. A fim de melhorar a qualidade de vida, é essencial intensificar o compromisso e a transparência do Estado com os municípios para garantir o acesso pleno aos procedimentos e aos cuidados da Terapia Nutricional Enteral para a população brasileira.

PALAVRAS-CHAVES: Nutrição Enteral; Gastrostomia; Protocolo clínico; Alimentos formulados; Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Enteral nutritional therapy is responsible for maintaining or restoring the nutritional status of patients when oral feeding is not feasible. In the Brazilian Unified Health System (SUS), its practice is regulated in hospital, outpatient, or home settings. **Objective:** To analyze hospital production related to enteral nutrition in Paraná, between 2020 and 2024, characterizing the profile of the Health Regions. **Method:** Descriptive, analytical, and retrospective study using data from the Hospital Information System (SIH/SUS) via DATASUS. Gastrostomy, laparoscopic gastrostomy, jejunostomy, and ileostomy procedures

were analyzed in the Health Regions of Paraná, correlating them with socioeconomic indicators. **Results:** Heterogeneity was observed in the distribution of procedures. The 2nd Health Region, in the eastern macro-region, showed an increase, related to better infrastructure. However, in the same macro-region, the municipality of Guarapuava (5th) showed fluctuations and a decline in procedures. The 15th Regional Health District, in the Northwest, also registered a gradual decrease. Meanwhile, the 10th and 17th Regional Health Districts maintained continuous growth over the years, demonstrating investment in the region. Significant differences were observed between the macro-regions, reflecting inequalities in support and structure among them. **Conclusion:** The number of Enteral Nutritional Therapy procedures in Paraná is unequal; the differences identified between the Health Regions reflect socioeconomic and organizational irregularities that compromise Enteral Nutrition. In order to improve quality of life, it is essential to intensify the State's commitment and transparency with the municipalities to guarantee full access to Enteral Nutritional Therapy procedures and care for the Brazilian population.

KEY-WORDS: Enteral Nutrition; Gastrostomy; Clinical Protocols; Formulated Foods; Public Health.

INTRODUÇÃO

A Nutrição Enteral (NE) é definida como uma forma alternativa de alimentação que permite fornecer os nutrientes necessários ao organismo diretamente no trato gastrointestinal (TGI). Possui o objetivo de preservar ou restabelecer o estado nutricional do indivíduo, quando a alimentação via oral é insuficiente para suprir as necessidades nutricionais ou não é viável.¹

A indicação da terapia nutricional enteral (TNE) leva em conta fatores como a dificuldade ou impossibilidade de alimentação do paciente e a presença de desnutrição ou risco nutricional.¹ Quando indicada adequadamente, a TNE é um método eficaz de suporte nutricional e traz benefícios em diversas condições clínicas como, anorexia prolongada, desnutrição proteico-calórica, coma, disfagia, falência hepática, doenças críticas, entre outras.²

Para a administração da TNE é necessário acesso via sonda ou ostomia que permite fornecer nutrientes, líquidos e fármacos diretamente no TGI. Os acessos para a oferta da NE são divididos em acesso enteral de curta permanência, caracterizado pelo uso ≤ 4 a 6 semanas por utilização de sondas gástricas ou nasoentéricas, e acesso enteral de longa permanência, caracterizada pelo uso >4 a 6 semanas realizada por gastrostomia ou jejunostomia.^{2,3}

A TNE em território brasileiro é regulamentada por legislações sanitárias que são definidas e monitoradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo as principais a RDC nº 21/2015, que aprova o regulamento técnico para as fórmulas de nutrição enteral, contemplando aspectos de classificação, composição, qualidade, segurança e rotulagem; a RDC nº 503/2021, que dispõe sobre as Boas Práticas de Preparo e Administração de Nutrição Enteral (BPPNE), assegurando a adequada manipulação e assepsia; e a RDC nº 843/2024, que atualiza os regulamentos referentes à regularização de alimentos, com impacto direto nas fórmulas de NE.⁴⁻⁶

Além disso, a TNE pode ser realizada em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar, desde que tenha todo o suporte necessário e a segurança do paciente seja garantida.⁷ Diante disso, o objetivo deste trabalho é caracterizar as regionais de saúde (RS) e quantificar o número de procedimentos realizados a nível hospitalar para colocação de dispositivos de NE contabilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) realizados no período de 2020 a 2024 no estado do Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo analítico descritivo que utilizou dados de domínio público disponíveis no site SIH/SUS - DATASUS⁸ nos dados relativos à assistência à saúde e produção hospitalar. Para quantificação das informações foi realizado levantamento relativo aos últimos 5 anos (janeiro de 2020 a dezembro de 2024), concentrados nas 22 RS do estado do Paraná (PR), focando como procedimentos principais: gastrostomia, gastrostomia videolaparoscópica, jejunostomia e ileostomia. Foram utilizadas as seguintes variáveis para quantificação: dados detalhados das autorizações de internação hospitalar por residência (PR), por região de saúde/município e ano de atendimento.

Para complementar a pesquisa, utilizou-se o índice de desenvolvimento humano (IDH), produto interno bruto (PIB) dos municípios centrais de cada RS, bem como a quantidade populacional do estado. Os dados foram coletados, digitados e exportados para a planilha do software Microsoft Excel® e apresentados em frequência absoluta e relativa como o auxílio do software SPSS.

Vale ressaltar que todos os dados coletados são de domínio público, portanto, a pesquisa não necessitou de aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

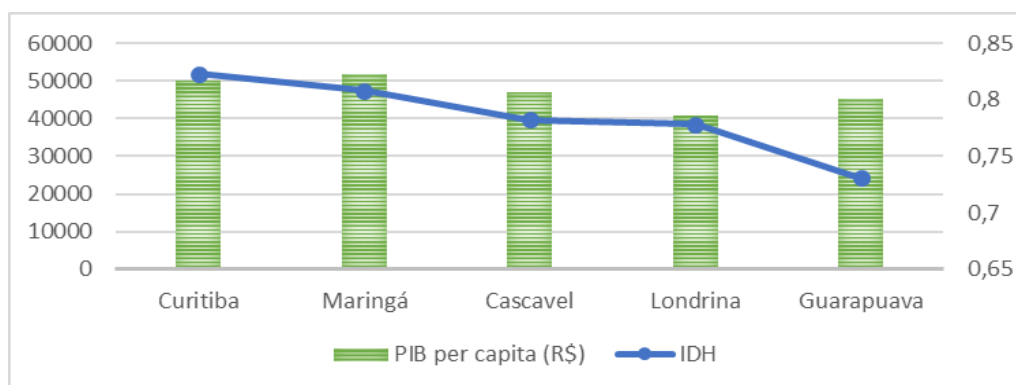
Composto por 399 municípios, o PR organiza-se em 22 RS (Figura 1)⁹, possui uma população estimada em cerca de 11,8 milhões de habitantes com o índice de desenvolvimento humano (IDH) em 0,769 e o Produto interno bruto (PIB) de 549.973 milhões.^{10,11} Referente às RS centrais dos municípios que representam cada macrorregião do estado, destaca-se na macrorregional leste a cidade de Curitiba com IDH de 0,823 e um PIB per capita de R\$49.907,02. Na macrorregional Noroeste, Maringá, com IDH de 0,808 e PIB per capita de R\$51.908,79. Cascavel da macrorregional Oeste, com IDH de 0,782 e PIB per capita de R\$46.979,49. Representando a macrorregional Norte, a cidade de Londrina apresenta IDH de 0,778 e PIB per capita de R\$40.636,89. Por fim, Guarapuava, na região centro-sul do estado, pertencente à macrorregional Leste, com IDH de 0,731 e PIB per capita de R\$45.219,68. (Figura 2)

Figura 1. Representação Geográfica das Regionais de Saúde do Paraná.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.⁹

Figura 2. Comparativo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e do Produto Interno Bruto (PIB) per capita dos municípios centrais das macrorregiões do estado do Paraná



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do IBGE.^{10,11}

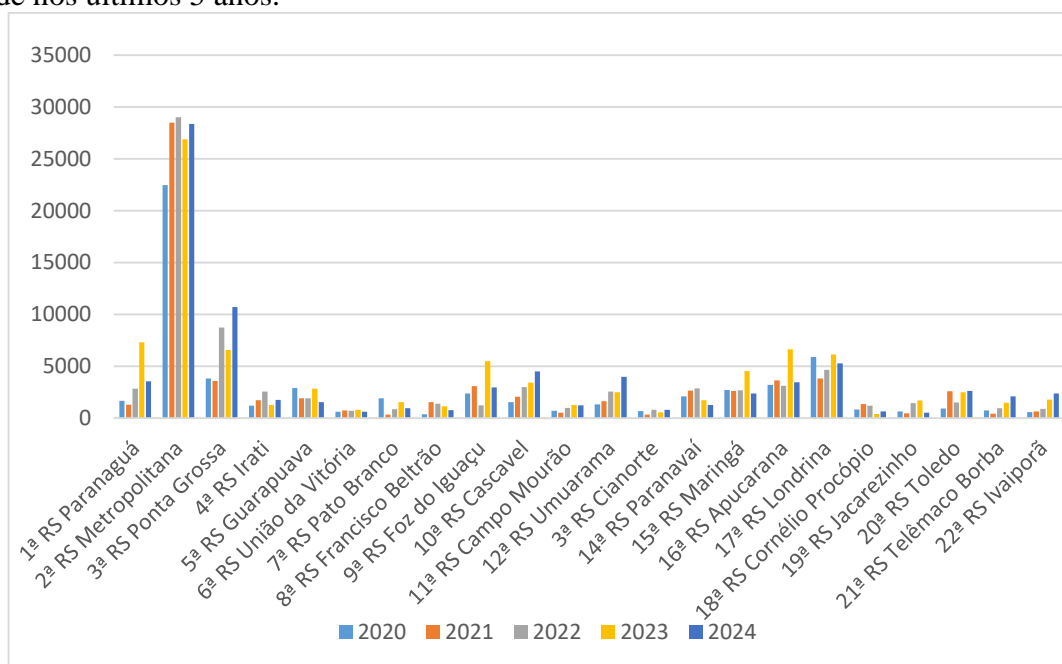
Durante o período de 2020 a 2024 as RS de cada macrorregião demonstram diferenças em relação ao número de procedimentos realizados. A RS Metropolitana apresentou maior volume de procedimentos durante todos os anos, partindo de cerca de 22,4 mil em 2020, com crescente até 2022, quando atingiu aproximadamente 29 mil procedimentos. Mesmo apresentando pequenas variações nos anos seguintes, os números se mantiveram elevados.

Em Guarapuava, a 5ª RS revela queda gradativa no número dos procedimentos. Em 2020 foram realizados no total 2.918 procedimentos que decaíram ao longo dos anos até atingir

1.538 em 2024. Em contrapartida, a 10ª RS - Cascavel refletiu crescimento contínuo, saindo de 1555 em 2020 para 4501 em 2024. A 15ª RS – Maringá manteve valores relativamente estáveis entre 2020 e 2022, com um pico em 2023 (4.545) e pequena queda em 2024.

Paralelamente, a 17ª RS - Londrina manteve-se entre as regionais que mais realizam procedimentos, exibindo sucinto aumento ao longo do período, que variam entre 5.886 e 6.141 procedimentos. Contudo, de modo abrangente, o gráfico revela que as RS de maior porte agregam o maior volume de procedimentos realizados no estado. A relação dos procedimentos dessas e das demais RS do estado podem ser visualizados na figura 3.

Figura 3. Número de procedimentos de colocação de NE realizados no PR conforme regional de saúde nos últimos 5 anos.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SIH/SUS – DATASUS (2025).⁸

DISCUSSÃO

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.¹² Portanto, cabe aos entes federativos (município, estado e união) a organização da prestação de todos os serviços de saúde que garantam a qualidade de vida no âmbito individual e coletivo.¹²

Nesse sentido, existem no Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são uma forma de organização do SUS que busca garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, através da articulação dos diferentes pontos de atenção de forma horizontal e cooperativa, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e serviços especializados. Essa estrutura é fundamental para concretizar os princípios doutrinários do SUS, sendo a Universalidade (saúde como direito de todos), a Integralidade (atendimento de todas as necessidades, desde a prevenção até a reabilitação) e a Equidade (priorizar o acesso e atenção a quem mais necessita), além de seguir as diretrizes organizacionais como a Descentralização, a Regionalização e Hierarquização, e a Participação da Comunidade.¹³⁻¹⁵

A lógica das RAS substitui a fragmentação por um cuidado centrado no indivíduo e na comunidade, o que favorece a organização das RS em todo território, com o objetivo de garantir e assegurar um fluxo assistencial, eficaz e resolutivo.¹⁵ Visto isso, a disposição do suporte da NE no estado do PR apresenta notáveis diferenças entre as RS.

Os números de procedimentos mais elevados se concentram na 2ª RS Metropolitana, indicando maior demanda, capacidade, infraestrutura e suporte técnico especializado. Em contrapartida, outras regionais como a 5ª RS - Guarapuava e 15ª RS - Maringá, apresentam queda constante ou oscilações significativas indicando vulnerabilidade recorrente e refletindo uma possível fragilidade estrutural em relação a gestão dos recursos em saúde nessas e outras regionais.

Por outro lado, regionais como a 10ª RS - Cascavel e 17ª RS - Londrina, demonstram uma trajetória de crescimento contínuo e estabilidade na realização dos procedimentos de NE, sinalizando um aumento na capacidade, qualidade de estrutura e investimento técnico ao longo dos anos. Essas disparidades reforçam que há uma ineficiência na distribuição e gestão dos recursos financeiros, técnicos e tecnológicos entre as RS, tanto nas que representam cada macrorregião quanto nas demais que compõem o estado, influenciando diretamente na equidade ao acesso à TNE.

No SUS, a TNE é organizada por um conjunto de leis e diretrizes que regulamentam a sua oferta para que ocorra de forma segura e adequada.^{7,16} Estabelecendo esse cuidado a RDC nº 63 de 6 de julho de 2000 esclarece que a oferta da TNE pode ser em âmbito ambulatorial, domiciliar ou hospitalar e faz-se necessário a atuação de equipe multiprofissional para uma assistência com qualidade e eficiência.¹⁷

Segundo a RDC 503/2021 e a portaria 272/1998, determina-se que a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) deve ser composta obrigatoriamente por médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista.^{5,18} A atuação da EMTN é fundamental para avaliar o estado nutricional, indicar e garantir a correta gestão da terapia nutricional, além de criar protocolos e analisar custos, contribuindo para o controle de riscos, sistema de administração e escolha adequada das fórmulas.¹⁹

Segundo Duarte et al.²⁰ e Hoffman²¹ ao discutir custos e recursos tanto no ambiente hospitalar quanto no domicílio, a TNE apresenta gastos elevados que vão além do custo da própria fórmula. Com isto sugere-se que o repasse do SUS é insuficiente para cobrir integralmente o cuidado em âmbito hospitalar e que, em domicílio, a terapia enfrenta carência socioeconômica o que compromete o cuidado e aumenta a vulnerabilidade das famílias. Ambos os cenários revelam que a TNE, independentemente do local de execução, representa um desafio relevante dentro do SUS.

Os custos que envolvem a TNE são inúmeros, dentre eles, o mais significativo é o destinado às formulações alimentares, pois cada uma possui uma indicação apropriada à sua utilização.²⁰ Dentre as formulações existentes no mercado, as mesmas podem ser classificadas quanto à origem, sendo industrializadas, em forma líquida ou em pó, ou caseiras, preparadas com alimentos in natura, geralmente utilizadas em ambiente domiciliar.²² Também se subdivide conforme a composição adaptadas às necessidades clínicas dos pacientes, podendo ser: poliméricas, hidrolisadas (parcial ou completa) ou especializadas.

Além destas, existem os produtos modulares, compostos por um ou dois nutrientes isolados, que servem para complementar e ajustar a dieta conforme a demanda nutricional do indivíduo.² Nesse contexto, existem dois sistemas principais: o sistema aberto, caracterizado pelo preparo manual da fórmula e o sistema fechado, que utiliza fórmulas industrializadas, prontas e estéreis.²³

As formulações enterais fazem parte do compromisso do Estado de garantir a todos o direito à uma alimentação adequada e ao acesso aos serviços de saúde, visando promoção, proteção e recuperação do bem-estar²⁴. Em relação à dispensação das fórmulas enterais pelo SUS, a Nota Técnica n.º 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, afirma que “O Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazo”.²⁵⁻²⁸

No PR, dos 399 municípios, apenas 159 possuem protocolo de dispensação de fórmulas enterais, alguns com seu próprio protocolo e outros seguindo o da RS pertencente. Com isso, pode-se acentuar a distinção sociodemográfica entre os municípios em relação à dispensação de fórmulas, principalmente em cidades menores, com baixo IDH e PIB.²⁹

Diante disso, indicadores socioeconômicos aliados à possível ineficiência na gestão, falta de recursos e estrutura podem intensificar a dificuldade de acesso à TN, referente tanto à realização dos procedimentos quanto à dispensação das dietas nos municípios.

Vale ressaltar as limitações relevantes identificadas neste estudo: a presença de dados faltantes ou indisponíveis, bem como a inexistência de um consolidado de informações sobre os recursos de saúde disponíveis nos municípios.

CONCLUSÃO

O estudo em pauta evidenciou as desigualdades importantes entre as RS do PR, tanto na realização dos procedimentos de NE quanto na distribuição das fórmulas enterais entre os municípios, destacando os agravantes relacionados à estrutura, gestão de recursos, fatores socioeconômicos e condições organizacionais que se diferem pelo estado. Diante disso, torna-se essencial intensificar o compromisso do Estado com a TNE e todos os elementos que a compõem, assegurando maior suporte e transparência na destinação dos recursos. Tal iniciativa é fundamental para que os municípios do PR tenham condições de estruturar seus protocolos, qualificar suas equipes e ampliar o acesso da população aos procedimentos da TN e aos cuidados que ela exige, bem como a promoção e prevenção, além da redução de agravos e garantia da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família e amigos, pelo apoio incondicional — em especial à minha noiva, por todo amor, presença e incentivo. Ao Centro Universitário Campo Real e ao corpo docente do curso de Nutrição, pela excelência no ensino. Especialmente à minha orientadora, Emilaine Ferreira dos Santos, pela paciência e sabedoria compartilhada durante esses anos que foram essenciais para a concretização deste trabalho.

REFERÊNCIAS:

1. Barreto PA. Bases da terapia nutricional enteral e parenteral. 1. ed. Barueri: Manole; 2023.
2. Mogensen KM, Robinson MK. A New Definition of Malnutrition in Adults: What Does It Mean for the Practicing Gastroenterologist? *Am J Gastroenterol.* 2023;118(1):12-14.

3. Oliveira VMFR, Hoffmann APHR, Arruda G, Bennemann GD. Indicadores de qualidade da nutrição enteral domiciliar em municípios de uma regional de saúde do Paraná: estudo transversal. Rev Saúde Pública Paraná. 2024;7(4):1-16.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 21, de 13 de maio de 2015 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2015 [citado em 13 set 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0021_13_05_2015.pdf
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2021 [citado em 13 set 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 843, de 10 de abril de 2024 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2024 [citado em 13 set 2025]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-843-de-22-de-fevereiro-de-2024-545334292>
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000 [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2000 [citado em 13 set 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET): Assistência à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 4 ago 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
9. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Planejamento Regional Integrado [Internet]. Curitiba: SESA; 2021 [citado em 15 set 2025]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Planejamento-Regional-Integrado-PRI>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Paraná: indicadores, IDH e população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado em 27 set 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto – conceitos e informações [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [citado em 27 set 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [citado em 27 set 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaoefederal.pdf>
13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990 [citado em 27 set 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
14. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990 [citado em 27 set 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2010 [citado em 27 set 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 120/2016. Manual de terapia nutricional na atenção hospitalar [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 30 set 2025]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_hospitalar.pdf

17. Santos EF. Sistematização do cuidado em nutrição nos protocolos de dispensação de fórmulas enterais nos municípios paranaenses [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2021.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/1998 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1998 [citado em 30 set 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1/1998/prt0272_08_04_1998.html
19. Leite HP, Carvalho WB, Santana JF. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos [Documento online]. São Paulo: UNIFESP; 2018 [citado em 3 out 2025]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/32699e76-35c6-445b-9220-385f0be94e77>
20. Duarte AX, Andrade de Lúcia RP, Japur CC. Avaliação dos custos diretos com terapia nutricional enteral em um hospital público. BRASPEN J. 2018;33(2):206-10.
21. Hoffmann APHR. Terapia nutricional enteral no domicílio: análise da gestão municipal [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.
22. Nestlé. Diferenças entre dieta caseira e dieta industrializada [Internet]. 2022 jan 05 [citado em 9 out 2025]. Disponível em: <https://www.avantenestle.com.br/conteudos/extra-hospitalar/diferencas-dieta-caseira-e-dieta-industrializada>
23. Venturi I, Sant'Anna LC, Muttoni SMP. Terapia nutricional infantil. Porto Alegre: SAGAH; 2021.
24. Prefeitura de Piraquara. Protocolo do Programa Municipal de Dietas Especiais [Protocolo online]. Piraquara (PR): Prefeitura Municipal; 2021. [citado em 17 nov 2025]. Disponível em: <https://piraquara.pr.gov.br/storage/content/midias/file-20250528203423-protocoloprogramamunicipaldedietasespeciais.pdf>
25. Prefeitura de Laranjeiras do Sul. Protocolo municipal de dietas especiais [Protocolo online]. Laranjeiras do Sul (PR): Prefeitura Municipal; 2021. [citado em 17 nov 2025]. Disponível em: [https://www.laranjeirasdosul.pr.gov.br/publicacao/\[1662754321\].pdf](https://www.laranjeirasdosul.pr.gov.br/publicacao/[1662754321].pdf)
26. Prefeitura de Barracão. Protocolo municipal de dietas especiais [Protocolo online]. Barracão (PR): Prefeitura Municipal; 2021. [citado em 17 nov 2025]. Disponível em: <https://barracao.pr.gov.br/common/uploads/secretaria-saude/0f75005e4ab99bf12eff5eea76ebdc13.pdf>
27. Prefeitura de Buritizal. Protocolo municipal de dietas especiais [Protocolo online]. Buritizal (SP): Prefeitura Municipal; 2021. [citado em 17 nov 2025]. Disponível em: <https://buritizal.sp.gov.br/DownloadServlet?id=nrgbuqe5tu10ahtqcuukwoyexctcu84p>
28. Prefeitura de Caruaru. Protocolo de dietas [Protocolo online]. Caruaru (PE): Prefeitura Municipal; 2018 [citado em 20 nov 2025]. Disponível em: <https://saudecaruaru.pe.gov.br/site/index.php/2018/11/07/protocolo-de-dietas/>
29. Luft CL, Teixeira ES, Arruda G, Rizzotto KLO, Cavagnari MAV, Bennemann GD, et al. Sistematização do cuidado em nutrição nos protocolos de dispensação de fórmulas enterais nos municípios paranaenses, Brasil. Nutr Brasil. 2024;23(6):1241-53.