



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 6.254, DE 2025**

**(Do Sr. Weliton Prado)**

Institui a Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, dispõe sobre o acesso universal à Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências.

**DESPACHO:**

ÀS COMISSÕES DE  
SAÚDE;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (MÉRITO E ART. 54, RICD) E  
CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54, RICD).

**APRECIÇÃO:**

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

**PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD



**PROJETO DE LEI Nº \_\_\_\_\_, DE 2025**  
**(Do Sr. Weliton Prado)**

Institui a Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, dispõe sobre o acesso universal à Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**CAPÍTULO I**  
**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Lei institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, destinada a assegurar o acesso universal, integral, equitativo, contínuo e regulado à Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, em todos os pontos de atenção à saúde.

Art. 2º A Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE tem por objetivo assegurar o acesso universal, integral, contínuo e regulado ao cuidado nutricional especializado, contemplando todas as suas etapas, conforme a linha de cuidado definida no art. 10 desta Lei:

I. prevenir, diagnosticar, tratar e reduzir complicações decorrentes da desnutrição, da sarcopenia, da caquexia e de distúrbios nutricionais associados a condições clínicas agudas ou crônicas;

II. garantir o acesso progressivo e ordenado às modalidades de Terapia Nutricional oral, enteral e parenteral, conforme critérios clínicos estabelecidos em linhas de cuidado e protocolos oficiais;

III. assegurar a continuidade do cuidado nutricional nas transições clínicas entre as modalidades oral, enteral e parenteral, evitando interrupções terapêuticas e desassistência;

IV. reduzir desigualdades regionais e eliminar vazios assistenciais relacionados à oferta de Terapia Nutricional Especializada;





V. promover sustentabilidade e eficiência no uso dos recursos do SUS, mediante intervenções nutricionais capazes de reduzir complicações, internações, reinternações e custos evitáveis;

VI. integrar a Terapia Nutricional às linhas de cuidado das doenças crônicas, oncológicas, neurológicas, cardiovasculares, pediátricas, neonatais, de cuidados paliativos, de reabilitação e de condições de alta complexidade, incluindo a falência intestinal;

VII. assegurar a atuação multiprofissional, interdisciplinar e coordenada, com equipes integradas e comunicação efetiva entre os níveis de atenção.

§ 1º Para os fins desta Lei, considera-se cuidado nutricional especializado o conjunto organizado e contínuo de ações de triagem nutricional obrigatória, avaliação nutricional detalhada, indicação terapêutica, prescrição, administração, acompanhamento clínico e monitoramento de desfechos nutricionais e metabólicos.

§ 2º A triagem nutricional observará o prazo e as condições estabelecidas na linha de cuidado prevista no art. 10 desta Lei.

§ 3º Todos os serviços deverão utilizar instrumentos de triagem e avaliação nutricional validados, observadas as diretrizes e evidências científicas nacionais e internacionais.

§ 4º A Terapia Nutricional Especializada deverá ser integrada aos planos terapêuticos individuais e às linhas de cuidado específicas, garantindo a continuidade e a progressão adequada entre as modalidades oral, enteral e parenteral.

§ 5º A implantação, o monitoramento e a revisão das ações previstas neste artigo observarão as normas de segurança do paciente e as normas sanitárias vigentes, especialmente a RDC Anvisa nº 503/2021 ou outra que venha a substituí-la.

§ 6º A Política Nacional assegurará prioridade assistencial aos pacientes com condições clínicas de alta complexidade e risco nutricional elevado, incluindo, entre outros, os pacientes oncológicos, pediátricos, neonatos, transplantados, indivíduos com falência intestinal, pacientes críticos e pessoas com doenças raras.

## **CAPÍTULO II**

### **DAS DEFINIÇÕES**

Art. 3º Para os fins desta Lei, considera-se:





I. Terapia Nutricional Oral (TNO) - suporte nutricional administrado por via oral, composto por suplementos nutricionais específicos, fórmulas completas, hipercalóricas, hiperproteicas, imunomoduladoras, módulos nutricionais e produtos para fins terapêuticos especiais, destinados a complementar ou substituir parcial ou totalmente a alimentação convencional, conforme indicação clínica.

II. Terapia Nutricional Enteral (TNE) - suporte nutricional administrado por via oral ou por sondas, em volume e composição adequados às necessidades metabólicas do paciente, podendo substituir parcial ou totalmente a alimentação convencional, observando-se as normas sanitárias, especialmente a RDC Anvisa nº 503/2021, e as diretrizes clínicas estabelecidas.

III. Terapia Nutricional Parenteral (TNP) - suporte nutricional administrado por via intravenosa, total ou parcial, destinado a pacientes cujo trato gastrointestinal esteja parcial ou totalmente impossibilitado de manter ingestão ou absorção adequadas, podendo ser ofertado em ambiente hospitalar ou domiciliar, conforme indicação clínica e diretrizes específicas.

IV. Falência Intestinal - condição caracterizada pela incapacidade funcional, motora, metabólica ou anatômica do intestino em manter a nutrição e a hidratação adequadas sem suporte nutricional especializado prolongado ou permanente, exigindo Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral e acompanhamento multiprofissional contínuo.

V. Linha de Cuidado Nutricional - conjunto organizado e contínuo de ações estruturadas de triagem nutricional, avaliação diagnóstica, definição da necessidade energética e proteica, indicação terapêutica, prescrição, administração, monitoramento clínico e laboratorial, transição entre modalidades terapêuticas, reabilitação nutricional e acompanhamento pós-alta, desenvolvido por equipe multiprofissional integrada nos termos do art. 10 desta Lei.

§ 1º As definições previstas neste artigo constituem conceitos estruturantes da Política Nacional e não poderão ser objeto de restrição, redução ou limitação por ato infralegal.

§ 2º A aplicação das modalidades terapêuticas previstas neste artigo observará critérios clínicos baseados em evidências científicas e instrumentos de triagem e avaliação nutricional validados, assegurada a continuidade do cuidado.





§ 3º A Linha de Cuidado Nutricional prevista no inciso V deverá integrar-se aos planos terapêuticos individuais e às linhas de cuidado das doenças crônicas, oncológicas, pediátricas, cardiometabólicas, neurológicas, degenerativas, de reabilitação, cuidados paliativos e falência intestinal.

### **CAPÍTULO III**

### **PRINCÍPIOS E OBJETIVOS**

Art. 4º A Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada obedecerá aos seguintes princípios:

I. universalidade, equidade e justiça distributiva, garantindo acesso a todas as modalidades de Terapia Nutricional, independentemente da localização geográfica, condição clínica, idade ou complexidade assistencial;

II. regionalização, hierarquização e organização da atenção em redes, com fluxos assistenciais definidos e pactuados entre os níveis de atenção, garantindo acesso regulado e ordenado à Terapia Nutricional especializada;

III. eficiência, custo-efetividade e sustentabilidade econômico-financeira, com intervenções nutricionais precoces que reduzam complicações clínicas, internações, reinternações e despesas evitáveis ao sistema de saúde;

IV. segurança do paciente e qualidade assistencial, observando-se protocolos clínicos baseados em evidências científicas e normas sanitárias vigentes, especialmente aquelas editadas pela Anvisa;

V. atuação multiprofissional e interdisciplinar, com integração das equipes de nutrição, enfermagem, medicina, farmácia, fonoaudiologia e demais profissionais envolvidos na linha de cuidado;

VI. participação social e transparência, garantindo controle social, publicização dos dados e prestação de contas;

VII. educação permanente das equipes e desenvolvimento de competências, com formação continuada obrigatória para os profissionais envolvidos na Terapia Nutricional;

VIII. continuidade do cuidado em todos os pontos de atenção, incluindo atenção básica, ambulatórios especializados, hospitais e atenção domiciliar.





§ 1º Os princípios previstos neste artigo orientarão a formulação, execução, monitoramento e avaliação de todas as ações da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada, sendo vedada a edição de atos infralegais que restrinjam seu alcance.

§ 2º A implementação dos princípios relacionados à segurança do paciente observará, no mínimo, as normas sanitárias vigentes, incluindo a RDC Anvisa nº 503/2021 e outras que venham a substituí-la ou complementá-la.

Art. 5º São objetivos da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada:

I. assegurar acesso progressivo, regulado e oportuno às modalidades de Terapia Nutricional oral, enteral e parenteral, garantindo continuidade terapêutica e evitando interrupções que comprometam a evolução clínica;

II. integrar a Terapia Nutricional às redes de atenção à saúde, articulando a atenção primária, ambulatorial, hospitalar, unidades de alta complexidade e atenção domiciliar, com fluxos assistenciais definidos, pactuados e regionalizados;

III. estabelecer prioridade assistencial para pacientes em risco nutricional, com desnutrição instalada, câncer, falência intestinal, doenças raras, condições crônicas complexas, pacientes críticos, pediátricos, neonatos e aqueles em cuidados paliativos ou pós-operatórios de maior risco;

IV. ofertar atenção nutricional domiciliar, nas modalidades oral, enteral ou parenteral, quando indicada, assegurando suporte multiprofissional, materiais, insumos e monitoramento clínico sistemático;

V. monitorar desfechos clínicos, funcionais, nutricionais e econômicos, medindo impacto sobre complicações, tempo de internação, reinternações, mortalidade, qualidade de vida e custos assistenciais;

VI. atualizar periodicamente protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, com base em evidências científicas nacionais e internacionais, participação social e contribuição de sociedades científicas;

VII. promover a atuação multiprofissional integrada, incluindo nutrição, enfermagem, medicina, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia e assistência social, sempre que necessário para garantir integralidade;

VIII. garantir segurança do paciente, observando normas sanitárias, especialmente a RDC Anvisa nº 503/2021 e futuras regulamentações complementares;





IX. reduzir desigualdades regionais, com ênfase nas regiões de maior vulnerabilidade epidemiológica e estrutural, eliminando vazios assistenciais e ampliando a oferta de serviços especializados.

§ 1º A triagem nutricional deverá ser realizada em até 24 (vinte e quatro) horas após a admissão hospitalar e no momento do diagnóstico de condições clínicas elegíveis na atenção ambulatorial, utilizando-se instrumentos validados.

§ 2º As linhas de cuidado estabelecidas para a Terapia Nutricional deverão integrar-se aos planos terapêuticos individuais e às rotinas assistenciais dos serviços, devendo ser adotadas em toda a rede, independentemente da habilitação ou porte do estabelecimento.

§ 3º A atualização de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas deverá ser realizada de forma participativa, com consulta pública, contribuição de sociedades científicas e fundamentação obrigatória em evidências científicas.

## **CAPÍTULO IV**

### **DA ORGANIZAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL**

Art. 6º A Terapia Nutricional Especializada será ofertada nas modalidades definidas no art. 3º, incisos I a III, de acordo com critérios clínicos, necessidades metabólicas e diretrizes terapêuticas estabelecidas.

§ 1º As modalidades previstas neste artigo constituem componentes indissociáveis da linha de cuidado nutricional, devendo ser ofertadas de forma integrada, contínua e progressiva, de acordo com a evolução clínica do paciente.

§ 2º A definição e a indicação das modalidades da Terapia Nutricional Especializada deverão observar avaliação nutricional detalhada, critérios clínicos baseados em evidências científicas e instrumentos de triagem e diagnóstico nutricional validados.

§ 3º É vedada a restrição, limitação ou exclusão de qualquer modalidade da Terapia Nutricional por ato infralegal, sob pena de violação da integralidade do cuidado prevista nesta Lei.

Art. 7º A Terapia Nutricional Oral constitui modalidade integrante, estruturante e obrigatória da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, devendo ser disponibilizada a todos os pacientes que apresentem risco nutricional, desnutrição,





ingestão oral insuficiente ou condições clínicas que demandem suplementação nutricional específica, conforme avaliação multiprofissional e protocolos clínicos baseados em evidências científicas.

I. assegurar que a Terapia Nutricional Oral seja prescrita com base em triagem nutricional obrigatória, avaliação diagnóstica detalhada e protocolos clínicos validados, integrando-se à linha de cuidado nutricional e ao plano terapêutico individual;

II. garantir o treinamento adequado e contínuo de pacientes, familiares e cuidadores quanto ao uso seguro, eficaz e higienicamente correto dos suplementos nutricionais, fórmulas terapêuticas e demais produtos necessários ao tratamento;

III. realizar acompanhamento clínico, nutricional e funcional periódico, com possibilidade de ajustes, trocas ou substituições dos produtos utilizados, conforme evolução clínica, tolerância, resposta terapêutica e necessidades metabólicas;

IV. fomentar a produção nacional, o desenvolvimento tecnológico e a incorporação de inovações, incluindo tecnologias assistivas, sistemas automatizados de dosagem, robótica aplicada e métodos de precisão nutricional, visando ampliar o acesso, reduzir custos, garantir qualidade e estimular a autonomia tecnológica do país;

V. assegurar o registro, rastreamento e monitoramento de todos os produtos e dispositivos fornecidos, de modo a garantir segurança sanitária, equidade na distribuição, transparência no consumo e avaliação de resultados.

§ 1º A Terapia Nutricional Oral constitui primeira linha de intervenção nutricional especializada, devendo ser ofertada sempre que clinicamente indicada, não podendo ser substituída, restringida ou suprimida por ato infralegal.

§ 2º A oferta da Terapia Nutricional Oral não poderá ser limitada exclusivamente a suplementos nutricionais de baixo custo ou composição padronizada, devendo contemplar fórmulas completas, terapêuticas, especializadas e moduladas para atender às necessidades específicas de cada condição clínica.

§ 3º A evolução do paciente em Terapia Nutricional Oral deverá ser integrada à linha de cuidado nutricional e ao acompanhamento multiprofissional, assegurando transição adequada para Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral, quando indicada.

Art. 8º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a habilitação única nacional denominada “Atenção Especializada em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral”, destinada aos estabelecimentos de saúde que ofertem, de forma integrada,





contínua e segura, as modalidades de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, conforme critérios clínicos, sanitários e assistenciais estabelecidos nesta Lei.

§1º A habilitação única nacional prevista no *caput* substituirá quaisquer modalidades anteriores de habilitação em Terapia Nutricional, unificando critérios e eliminando requisitos restritivos ou desnecessários, vedada a criação de subtipos de habilitação que reduzam o alcance desta Política.

§2º Os requisitos de habilitação deverão respeitar os princípios da integralidade, regionalização, linhas de cuidado e segurança do paciente, sendo vedada a inclusão de exigências que não guardem relação direta com a prestação da Terapia Nutricional Especializada.

§3º A habilitação deverá observar, no que se refere à natureza acadêmica do estabelecimento, o disposto no art. 9º desta Lei.

§4º A habilitação deverá contemplar, obrigatoriamente, a oferta integrada das modalidades de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, assegurada a capacidade de progressão terapêutica conforme a evolução clínica do paciente.

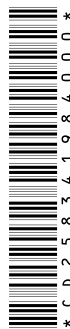
§5º O Ministério da Saúde publicará os critérios nacionais de habilitação no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da vigência desta Lei, mediante pactuação prévia e obrigatória com a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§6º A habilitação única será válida para todos os níveis de atenção hospitalar e ambulatorial que comprovem capacidade técnico-assistencial, não podendo ser limitada por porte, natureza jurídica, ensino ou complexidade nominal do estabelecimento.

§7º A habilitação incluirá mecanismos de monitoramento e avaliação periódica, com indicadores mínimos definidos em ato do Ministério da Saúde, observadas as evidências científicas e as melhores práticas internacionais.

Art. 9. É vedada, em todo o território nacional, a exigência de classificação como hospital de ensino, universitário ou congênere, bem como qualquer critério equivalente ou substitutivo relacionado à natureza acadêmica do estabelecimento, para fins de habilitação em Terapia Nutricional Especializada.

§1º A habilitação em Terapia Nutricional Especializada deverá basear-se exclusivamente em critérios técnico-assistenciais relacionados à capacidade de ofertar as modalidades de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, vedada a inclusão de requisitos de natureza acadêmica, universitária ou de ensino.





§2º Fica vedada a exigência de residência médica, multiprofissional, convênio universitário, parceria formal com instituições de ensino, atividades de pesquisa ou titulação acadêmica específica como condição para habilitação.

§3º Os critérios de habilitação deverão ser proporcionais, razoáveis e fundamentados em evidências científicas, não podendo limitar o acesso de hospitais regionais, filantrópicos, privados contratualizados, CACONS, UNACONS ou outras unidades legalmente habilitadas à oferta de cuidados especializados.

§4º Qualquer ato infralegal que restrinja o disposto neste artigo será nulo de pleno direito.

Art. 10. A linha de cuidado da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE compreenderá o conjunto integrado, contínuo e progressivo de ações destinadas à identificação, prevenção, tratamento, acompanhamento e reabilitação nutricional, garantindo acesso oportuno e seguro às modalidades oral, enteral e parenteral:

I. triagem nutricional obrigatória, sistemática e em até 24 (vinte e quatro) horas da admissão hospitalar, bem como na atenção primária e ambulatorial especializada, utilizando instrumentos validados e critérios de risco nutricional reconhecidos nacional e internacionalmente;

II. avaliação nutricional padronizada, abrangendo diagnóstico nutricional, análise funcional, composição corporal, estimativa de necessidades energéticas e proteicas, utilizando instrumentos cientificamente validados e métodos clínicos, antropométricos, bioquímicos e, quando disponíveis, tecnológicos;

III. indicação clínica precisa da modalidade de Terapia Nutricional – oral, enteral ou parenteral –, conforme critérios definidos em protocolos clínicos e linhas de cuidado, com base em evidências científicas e na evolução clínica do paciente;

IV. prescrição, acompanhamento e reavaliação contínua por equipe multiprofissional integrada, incluindo nutricionistas, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais necessários ao cuidado integral;

V. monitoramento nutricional, funcional, metabólico e laboratorial periódico, com indicadores definidos e registro contínuo da evolução clínica e nutricional;





VI. transição segura, adequada e oportuna entre as modalidades de Terapia Nutricional, de acordo com a resposta terapêutica, tolerância e evolução clínica, assegurando continuidade e evitando interrupções de cuidado;

VII. atenção nutricional domiciliar, quando indicada, incluindo suporte multiprofissional, provisão de insumos, dispositivos e monitoramento contínuo;

VIII. ações de reabilitação nutricional, destinadas à recuperação funcional, metabólica e antropométrica, integradas às linhas de cuidado das doenças crônicas, oncológicas, neurológicas, cardiovasculares, pediátricas, degenerativas e de falência intestinal.

§1º A linha de cuidado nutricional deverá integrar-se aos planos terapêuticos individuais e às linhas de cuidado específicas das condições clínicas, sendo obrigatória para todos os pontos de atenção da rede, independentemente de porte, natureza jurídica ou habilitação do estabelecimento.

§2º É vedada a supressão, redução, simplificação indevida ou fragmentação das etapas previstas no caput e seus incisos por meio de atos infralegais, devendo toda regulamentação observar integralmente a estrutura da linha de cuidado definida nesta Lei.

§4º A linha de cuidado deverá assegurar a rastreabilidade de todas as etapas, garantindo registro padronizado no prontuário, interoperabilidade com sistemas oficiais e disponibilização para fins de monitoramento, auditoria e avaliação.

## **CAPÍTULO V**

### **DO PROGRAMA NACIONAL DE FALÊNCIA INTESTINAL**

Art. 11. Fica instituído, no âmbito da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, o Programa Nacional de Atenção Integral à Falência Intestinal – PRONAFI, destinado à organização, ampliação e qualificação da atenção à pessoa com falência intestinal aguda, crônica, parcial ou total, com necessidade de Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral prolongada ou permanente.

Art. 12. O PRONAFI tem por objetivos:

I. garantir acesso oportuno, contínuo e seguro às modalidades de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, total ou parcial, hospitalar ou domiciliar, conforme indicação clínica, assegurando suporte prolongado ou permanente quando necessário;





II. ofertar acompanhamento ambulatorial e domiciliar estruturado, com monitoramento clínico, metabólico e laboratorial permanente, assegurando suporte multiprofissional e provisão de insumos, dispositivos e equipamentos indispensáveis ao tratamento;

III. assegurar acesso a cirurgias reconstrutivas, procedimentos de reabilitação intestinal, transplante intestinal e demais terapias indicadas, conforme protocolos clínicos atualizados e critérios de elegibilidade fundamentados em evidências científicas;

IV. organizar centros de referência regionais e nacionais em falência intestinal, com capacidade para diagnóstico, manejo clínico, suporte nutricional, reabilitação, cirurgias reconstrutivas e transplante intestinal, integrados às redes de atenção e alinhados aos critérios de regionalização e equidade;

V. elaborar, implementar e atualizar protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e linhas de cuidado específicas para falência intestinal em adultos e crianças, contemplando diagnóstico, tratamento, transição entre modalidades nutricionais, reabilitação intestinal, cuidado domiciliar e pós-transplante;

VI. promover a formação, capacitação e educação permanente das equipes envolvidas no cuidado de pacientes com falência intestinal, incluindo nutrição, medicina, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia e serviço social;

VII. garantir a articulação com políticas de atenção domiciliar, alta complexidade, transplantes, doenças raras, pediatria, oncologia e reabilitação, assegurando cuidado contínuo e integral;

VIII. monitorar desfechos clínicos, funcionais e econômicos relacionados à falência intestinal, incluindo sobrevida, complicações infecciosas, hospitalizações evitáveis, progressão funcional, custos e qualidade de vida.

§1º A estruturação do PRONAFI observará critérios de equidade e regionalização, priorizando regiões com maior carência assistencial, garantindo interiorização progressiva e evitando concentração de serviços em grandes centros.

§2º O tratamento da falência intestinal não poderá ser restringido por ato infralegal, devendo o acesso às modalidades de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral ser garantido independentemente do porte do estabelecimento de saúde, desde que atendidos os critérios técnico-assistenciais mínimos.





§3º Os centros de referência do PRONAFI deverão assegurar acesso regulado e ordenado, com fluxos assistenciais claros, pactuados e interoperáveis com os sistemas de regulação estaduais, regionais e federal.

## **CAPÍTULO VI**

### **DO FINANCIAMENTO**

Art. 13. Fica criado, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Componente Financeiro da Terapia Nutricional Especializada – CFTNE, destinado ao custeio das ações previstas nesta Lei, com recursos específicos, contínuos e obrigatórios.

I. custeio das modalidades de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, em ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar, incluindo insumos, equipamentos, dispositivos e tecnologias indispensáveis à execução do cuidado;

II. financiamento das equipes multiprofissionais especializadas em Terapia Nutricional, incluindo nutrição, enfermagem, medicina, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia e demais profissionais necessários ao cuidado integral;

III. custeio da atenção domiciliar em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, incluindo monitoramento clínico, provisão de insumos, dispositivos, bombas de infusão, kits de administração e equipamentos indispensáveis;

IV. financiamento de centros de referência regionais, unidades habilitadas e serviços integrantes do PRONAFI, incluindo suporte intensivo, reabilitação intestinal, procedimentos cirúrgicos e transplante intestinal, conforme critérios clínicos e regionais definidos;

V. aquisição, produção, inovação e incorporação tecnológica de suplementos, fórmulas nutricionais completas, módulos nutricionais, soluções para Terapia Nutricional Parenteral e equipamentos especializados.

§1º Os recursos do CFTNE observarão a natureza obrigatória e as garantias de não contingenciamento previstas no art. 15 desta Lei.

§2º A atualização anual dos valores destinados ao CFTNE observará o disposto no art. 15, §5º desta Lei





§3º A União instituirá normas claras de financiamento, incorporando mecanismos de pagamento prospectivos, retrospectivos e por desempenho, conforme pactuação na CIT.

§4º Os recursos destinados ao PRONAFI terão identificação própria dentro do CFTNE, assegurando rastreabilidade, transparência e prioridade assistencial.

Art. 14. O financiamento da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE será estruturado de forma obrigatória, contínua e suficiente, observando os seguintes parâmetros:

I. cofinanciamento federal obrigatório, com definição de valores mínimos destinados ao custeio das modalidades de Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, em ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar, bem como para equipes multiprofissionais, insumos, dispositivos e centros de referência;

II. contrapartidas estaduais e municipais, proporcionais à população adstrita, ao perfil epidemiológico, ao risco nutricional e à capacidade instalada, assegurando critérios de equidade, proporcionalidade e regionalização;

III. transferências automáticas fundo a fundo, regulares, diretas e sem necessidade de convênios, termos de cooperação ou repasses discricionários, mediante pactuação prévia e obrigatória na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

IV. incentivos específicos adicionais para regiões com vazios assistenciais, baixa cobertura de Terapia Nutricional, maior vulnerabilidade estrutural ou menor capacidade instalada, assegurando a interiorização progressiva e a superação das desigualdades regionais;

V. financiamento específico para o PRONAFI, considerando a alta complexidade, o custo elevado da Terapia Nutricional Parenteral prolongada, as necessidades de reabilitação intestinal e os procedimentos cirúrgicos e transplantes associados.

§1º Os recursos destinados ao financiamento da PNTNE terão natureza obrigatória e não poderão ser objeto de contingenciamento, limitação de empenho ou redirecionamento para finalidades distintas das previstas nesta Lei.

§2º A ausência de regulamentação não impedirá a execução financeira da PNTNE, devendo a União adotar medidas transitórias para assegurar sua implementação imediata, inclusive mediante rubricas específicas no bloco de custeio.





§3º Os critérios de distribuição dos recursos deverão considerar indicadores epidemiológicos, nutricionais, estruturais e assistenciais, vedada a utilização exclusiva de parâmetros populacionais.

§4º Os recursos destinados ao financiamento da Terapia Nutricional Especializada deverão ser registrados de forma específica, rastreável e auditável, com transparência ativa e disponibilização pública das informações.

§5º A atualização anual dos valores destinados à PNTNE será obrigatória e deverá refletir a variação real dos custos assistenciais, tecnológicos e inflacionários.

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde a coordenação nacional da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, observados os princípios, diretrizes e garantias previstas nesta Lei, competindo-lhe especialmente:

I. regulamentar esta Lei, mediante pactuação prévia e obrigatória na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, vedada a edição de normas que restrinjam o alcance das garantias legais;

II. definir critérios nacionais de habilitação, funcionamento, monitoramento e avaliação dos serviços integrantes da PNTNE e do PRONAFI, observando integralmente a linha de cuidado, a segurança sanitária, as evidências científicas e os parâmetros internacionais de terapia nutricional;

III. elaborar, atualizar e publicar protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, linhas de cuidado e guias operacionais, com base em evidências científicas, consulta pública e participação ativa das sociedades científicas da área;

IV. organizar, manter e integrar o Sistema Nacional de Informações da PNTNE, com dados clínicos, epidemiológicos, estruturais, financeiros e de desfechos, assegurando interoperabilidade com os sistemas nacionais de informação em saúde;

V. monitorar resultados clínicos, nutricionais, funcionais, econômicos e epidemiológicos, avaliando impacto assistencial, eficiência do gasto, indicadores de qualidade, desfechos nutricionais e redução de desigualdades regionais;





VI. prestar apoio técnico permanente às Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, apoiando a implementação das linhas de cuidado, o planejamento regional, a qualificação das equipes, a estruturação de serviços e o cuidado domiciliar;

VII. garantir mecanismos de governança, transparência e participação social, assegurando consulta pública, divulgação ativa de dados, mecanismos de controle social e articulação com instâncias de participação do SUS;

VIII. coordenar, apoiar e avaliar a implementação dos centros de referência do PRONAFI, assegurando estrutura, financiamento, capacitação e monitoramento contínuo.

§1º Todos os atos normativos editados pelo Ministério da Saúde deverão observar integralmente esta Lei, sendo nulos de pleno direito aqueles que reduzam o alcance das garantias aqui previstas, limitem modalidades terapêuticas ou estabeleçam requisitos desproporcionais de habilitação.

§2º A regulamentação da PNTNE deverá ser publicada em até 180 (cento e oitenta) dias da vigência desta Lei, sem prejuízo de sua imediata execução pelas unidades da federação.

§3º Os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e linhas de cuidado previstos neste artigo deverão ser atualizados periodicamente, mediante participação de sociedades científicas, instituições de referência, profissionais especializados e usuários do SUS.

§4º O Ministério da Saúde deverá manter integração permanente com órgãos reguladores sanitários, especialmente a Anvisa, para garantir segurança do paciente e conformidade sanitária, observando-se, no mínimo, a RDC nº 503/2021 ou outra que a substitua.

§5º O Sistema Nacional de Informações da PNTNE deverá assegurar rastreabilidade, transparência ativa, interoperabilidade e acesso público a dados agregados, resguardadas as normas de proteção de dados pessoais.

Art. 16. Compete aos Estados a coordenação regional da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, atuando como articuladores das Redes de Atenção à Saúde e responsáveis pela integração interfederativa, competindo-lhes especialmente:





I. organizar e coordenar a Rede Estadual de Terapia Nutricional Especializada, estruturando fluxos assistenciais, linhas de cuidado, critérios de acesso, estratégias de regionalização e mecanismos de regulação entre os municípios do estado;

II. pactuar, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, as habilitações, fluxos assistenciais, responsabilidades, critérios de distribuição de recursos, metas estaduais e a implementação do PRONAFI e dos centros de referência regionais;

III. apoiar técnica e operacionalmente os municípios, incluindo capacitação das equipes, implementação da linha de cuidado, estruturação dos serviços, organização do cuidado domiciliar, planejamento regional e melhoria dos indicadores nutricionais;

IV. identificar, monitorar e reduzir vazios assistenciais, especialmente nas regiões de maior vulnerabilidade, adotando estratégias de expansão progressiva dos serviços e de interiorização da Terapia Nutricional Especializada;

V. integrar a Terapia Nutricional às Redes de Atenção Estadual, especialmente às redes de atenção hospitalar, às linhas de cuidado oncológicas, pediátricas, crônicas, cardiovasculares, de reabilitação e aos serviços do PRONAFI;

VI. coordenar, estruturar e monitorar centros estaduais ou regionais de referência em Terapia Nutricional e Falência Intestinal, assegurando articulação assistencial, mecanismos de acesso regulado e suporte técnico aos municípios;

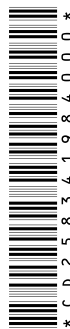
VII. apoiar a implementação de sistemas de informação, regulação e monitoramento da PNTNE, assegurando interoperabilidade e integração com os sistemas nacionais e municipais;

VIII. elaborar planos estaduais de implementação da PNTNE, com metas, indicadores, cronograma, priorização territorial e estratégias de expansão dos serviços.

§1º Os Estados deverão assegurar que a organização regional da Terapia Nutricional observe, no mínimo, os parâmetros da linha de cuidado prevista nesta Lei, sendo vedadas simplificações ou reduções que comprometam sua integralidade.

§2º A pactuação estadual não poderá excluir, limitar ou dificultar o acesso de municípios com menor capacidade instalada, devendo ser observados critérios de equidade e regionalização.

§3º Os Estados deverão publicar anualmente relatório consolidado sobre a execução da PNTNE, incluindo indicadores clínicos, estruturais, financeiros e territoriais.





Art. 17. Compete aos Municípios a execução local da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, no âmbito da Atenção Primária, Atenção Ambulatorial e Atenção Domiciliar, competindo-lhes especialmente:

I. realizar triagem nutricional sistemática e obrigatória na Atenção Primária à Saúde, identificando risco nutricional, desnutrição e condições clínicas que demandem Terapia Nutricional, com registro em sistemas de informação integrados;

II. organizar, coordenar e manter fluxos de acesso aos serviços habilitados em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, garantindo encaminhamento regulado, pactuado e tempestivo conforme protocolos assistenciais;

III. ofertar acompanhamento domiciliar quando indicado, assegurando provisão de insumos, dispositivos, orientações, monitoramento clínico e suporte multiprofissional básico, em articulação com os serviços regionais e centros de referência;

IV. assegurar acompanhamento longitudinal dos pacientes com risco nutricional, desnutrição, condições crônicas complexas e usuários de Terapia Nutricional, articulando ações entre APS, serviços ambulatoriais e hospitais de referência;

V. registrar, monitorar e atualizar informações nutricionais e clínicas em sistemas locais e nacionais, garantindo interoperabilidade, rastreabilidade e uso dos dados para planejamento local;

VI. participar da elaboração e execução dos planos regionais e estaduais da PNTNE, contribuindo com diagnóstico situacional, definição de fluxos e organização territorial;

VII. realizar ações de educação permanente, capacitando equipes da APS, NASF, SAD e serviços ambulatoriais para identificação, manejo inicial, educação do paciente e seguimento clínico;

VIII. desenvolver ações intersetoriais de promoção da nutrição adequada, prevenção de desnutrição e apoio a populações vulneráveis, integrando assistência social, saúde e educação.

§1º Os municípios deverão assegurar que a triagem nutricional seja realizada no mínimo no primeiro atendimento, nas visitas domiciliares, nas avaliações periódicas de pacientes com doenças crônicas e em todos os casos de suspeita de risco nutricional.





§2º A organização dos fluxos municipais deverá observar os critérios pactuados na CIB e as linhas de cuidado definidas em âmbito nacional, sendo vedadas práticas que restrinjam o acesso às modalidades de Terapia Nutricional.

§3º O acompanhamento domiciliar deverá priorizar pacientes em Terapia Nutricional Oral, Enteral ou Parenteral, conforme indicação clínica, assegurando articulação com o estado e com o PRONAFI quando necessário.

§4º O município deverá adotar estratégias de busca ativa e monitoramento contínuo dos pacientes em risco nutricional, garantindo continuidade do cuidado e prevenção de complicações.

§5º A ausência de organização municipal não poderá prejudicar o paciente, devendo o estado prover suporte complementar até a estruturação completa da rede local.

## **CAPÍTULO VIII**

### **DA EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Art. 18. O Ministério da Saúde instituirá o Programa Nacional de Educação Permanente em Terapia Nutricional – PNEPTN, destinado aos profissionais das redes pública, contratualizada e complementar do Sistema Único de Saúde – SUS, com foco na qualificação contínua do cuidado nutricional e na padronização das práticas clínicas previstas nesta Lei.

I. elaborar, promover e disponibilizar cursos, capacitações, treinamentos e materiais técnico-educacionais nas modalidades presencial, remota e híbrida, abrangendo as três modalidades da Terapia Nutricional: oral, enteral e parenteral;

II. desenvolver conteúdos específicos para Atenção Primária, Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar, Atenção Domiciliar e PRONAFI, assegurando qualificação adequada para cada ponto da linha de cuidado;

III. garantir a participação de sociedades científicas, instituições de referência, pesquisadores e especialistas na produção dos conteúdos, assegurando rigor técnico e atualização permanente;





IV. promover capacitação continuada para equipes multiprofissionais, incluindo nutricionistas, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e demais profissionais envolvidos;

V. assegurar oferta regular, regionalizada e equitativa de cursos, priorizando regiões com vazios assistenciais, baixa cobertura de Terapia Nutricional ou menor capacidade instalada;

VI. criar e manter plataforma nacional de educação permanente em Terapia Nutricional, com acesso gratuito aos profissionais dos serviços públicos e contratualizados do SUS;

VII. promover ações de certificação, recertificação e atualização periódica, alinhadas às diretrizes nacionais e internacionais de Terapia Nutricional.

§1º A participação nas ações de educação permanente constituirá requisito para a habilitação e manutenção do funcionamento dos serviços integrantes da PNTNE, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde e pactuados na CIT.

§2º O Programa Nacional de Educação Permanente deverá incluir conteúdos específicos sobre segurança do paciente, boas práticas sanitárias, preparo e administração de fórmulas, manejo de vias de acesso, controle de infecção e monitoramento de complicações.

§3º As ações de educação permanente deverão contemplar capacitação específica para o cuidado domiciliar e para o manejo de pacientes em Terapia Nutricional Parenteral prolongada, inclusive no âmbito do PRONAFI.

§4º O Ministério da Saúde poderá estabelecer parcerias com instituições de ensino, sociedades científicas, centros de referência e organismos internacionais, vedada a delegação de responsabilidades essenciais previstas nesta Lei.

§5º As ofertas formativas deverão ser disponibilizadas de modo contínuo, sistemático e atualizado, assegurando que profissionais de todas as regiões do país tenham acesso a capacitação regular.

## **CAPÍTULO IX**

### **DA INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO**





Art. 19. O Ministério da Saúde implementará e manterá o Sistema Nacional de Informações da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – SIN-PNTNE, integrado aos sistemas SIH/SUS, SIA/SUS, CNES, e-SUS APS, SISREG, SIM, SINAN e demais bases de dados oficiais do Sistema Único de Saúde – SUS.

§1º O SIN-PNTNE deverá assegurar registro, processamento, análise e interoperabilidade de dados clínicos, estruturais, epidemiológicos, financeiros e nutricionais, garantindo visão integrada de todas as etapas da linha de cuidado.

§2º Os dados do SIN-PNTNE deverão permitir rastreabilidade completa dos pacientes em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, incluindo início do tratamento, modalidade prescrita, evolução clínica, complicações e desfechos.

§3º As informações serão disponibilizadas em formato aberto, agregadas e atualizadas periodicamente, observadas as normas de proteção de dados pessoais.

§4º O SIN-PNTNE deverá integrar informações relativas ao PRONAFI, incluindo Terapia Nutricional Parenteral prolongada, reabilitação intestinal, cirurgias reconstrutivas, atenção domiciliar e transplante intestinal.

§5º O Ministério da Saúde deverá disponibilizar painel público nacional com indicadores consolidados, garantindo transparência, controle social e acesso a gestores, profissionais e pesquisadores.

§6º O sistema deverá incorporar mecanismos de apoio à tomada de decisão, incluindo ferramentas de análise preditiva, estratificação de risco e alertas clínicos, quando tecnicamente viável.

Art. 20. Serão monitorados, no mínimo, os seguintes indicadores nacionais da Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE:

I. indicadores de acesso e cobertura, incluindo número de pacientes triados, avaliados e em Terapia Nutricional Oral, Enteral ou Parenteral, estratificados por faixa etária, território, modalidade terapêutica e ponto da linha de cuidado;

II. indicadores nutricionais clínicos, tais como estado nutricional, evolução ponderal, marcadores metabólicos e funcionais, complicações associadas à Terapia Nutricional e evolução da desnutrição;

III. tempo de início da Terapia Nutricional, considerando o intervalo entre triagem, avaliação, indicação clínica e início efetivo da modalidade prescrita, com recorte por região, modalidade e perfil clínico do paciente;





IV. desfechos em saúde, incluindo sobrevida, reinternações evitáveis, eventos adversos, complicações infecciosas, qualidade de vida, reabilitação funcional e evolução de pacientes do PRONAFI;

V. custos diretos e indiretos, incluindo gastos com Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral, internações, reinternações, complicações, cuidado domiciliar, equipe multiprofissional, PRONAFI, equipamentos e impacto econômico global.

§1º Os indicadores previstos neste artigo são de monitoramento obrigatório e deverão ser coletados, consolidados e publicados periodicamente pelo Ministério da Saúde, com atualização mínima anual.

§2º Os indicadores deverão ser estratificados por estado, município, região de saúde, sexo, faixa etária e modalidade terapêutica, assegurando comparabilidade e identificação de desigualdades regionais.

§3º O Ministério da Saúde definirá parâmetros de qualidade, metas progressivas e critérios de desempenho, alinhados à linha de cuidado prevista nesta Lei e às melhores evidências científicas disponíveis.

§4º Os estabelecimentos habilitados e os entes federativos deverão alimentar regularmente o Sistema Nacional de Informações da PNTNE – SIN-PNTNE, sendo vedada a interrupção imotivada do envio de dados.

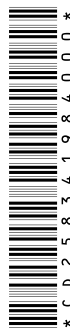
§5º Os indicadores de monitoramento serão utilizados para aperfeiçoar protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, critérios de habilitação, parâmetros de financiamento e estratégias de regionalização.

§6º O Ministério da Saúde deverá publicar, em plataforma pública e de fácil acesso, relatórios consolidados contendo análises, séries históricas, comparações regionais e recomendações para aprimoramento da política.

## **CAPÍTULO X**

### **DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS**

Art. 21. Ficam revogadas integralmente a Portaria SAS/MS nº 120, de 14 de abril de 2009, e todas as demais normas, regulamentações, portarias, instruções, atos administrativos ou dispositivos infralegais que contrariem, restrinjam, limitem ou se oponham às disposições desta Lei.





Art. 22. Os serviços atualmente habilitados em Terapia Nutricional terão suas habilitações automaticamente convertidas para a nomenclatura prevista nesta Lei, mediante atualização cadastral no CNES.

Art. 23. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios terão prazo de 180 (cento e oitenta) dias para adequar seus planos de saúde e redes assistenciais às disposições desta Lei.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

### JUSTIFICAÇÃO

Submeto à apreciação desta Casa, o Projeto de Lei que institui a Política Nacional de Terapia Nutricional Especializada – PNTNE, destinada a assegurar o acesso universal, integral, equitativo e contínuo à Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral no Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta enfrenta uma das mais graves e silenciosas crises assistenciais do país: a desnutrição associada às doenças crônicas e oncológicas, cujos impactos clínicos, epidemiológicos e econômicos permanecem invisíveis à política pública.

Embora o Brasil disponha de protocolos internacionalmente reconhecidos em oncologia, pediatria e terapia intensiva, não possui até hoje uma política estruturada de Terapia Nutricional, e o único ato normativo existente é a Portaria SAS/MS nº 120, de 2009, norma que está há 16 anos completamente ultrapassada, tecnicamente insuficiente e incompatível com as evidências contemporâneas.

Em 19 de dezembro de 2023, o Ministério da Saúde apresentou à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) um diagnóstico abrangente da situação da Terapia Nutricional no país e submeteu, com aprovação, a revisão integral da Portaria 120/2009.

Estamos completando dois anos e a revisão não foi publicada.

Essa omissão tem consequências mensuráveis e dramaticamente concretas.

Segundo as principais publicações científicas incluídas neste Projeto:

- até 20% dos óbitos por câncer decorrem da desnutrição e não da doença em si;
- o Brasil registra, em média, aproximadamente 698 mortes por dia por câncer;

Gabinete Brasília: Praça dos Três Poderes, Câmara dos Deputados, Gab. 250, Anexo IV, CEP 70160-900  
E-mail: dep.welitonprado@camara.leg.br, Fone: (61) 3215 5250





• portanto, cerca de 140 mortes diárias são atribuíveis diretamente à desnutrição evitável.

Desde 19/12/2023 até hoje, ultrapassamos  $\approx$  100.000 vidas potencialmente perdidas por falta de uma política de Terapia Nutricional publicada e implementada.

E este número não expressa o sofrimento acumulado: a desnutrição aumenta toxicidade da quimioterapia, piora efeitos adversos da radioterapia, dobra o risco cirúrgico, reduz tolerância ao tratamento, aumenta internações e reinternações e provoca sofrimento que é diário, silencioso e desnecessário.

A Terapia Nutricional salva vidas. Sua ausência tira vidas. Por isso, a omissão regulatória não é uma questão administrativa é uma questão humanitária.

O diagnóstico é inequívoco: há vazios assistenciais graves. O documento técnico aprovado na CIT (19/12/2023), intitulado Terapia Nutricional – Alta Complexidade e Falência Intestinal, identificou falhas estruturais alarmantes:

1. cinco estados (Alagoas, Amapá, Acre, Paraíba e Roraima) não possuem nenhum serviço de alta complexidade em oncologia habilitado;
2. mais de 180 hospitais de alta complexidade estão impedidos de ofertar Terapia Nutricional por barreiras regulatórias injustificáveis;
3. a Portaria 120/2009 exige que os serviços sejam hospitais de ensino, critério sem qualquer fundamento científico, que exclui a imensa maioria da rede;
4. não há previsão de Terapia Nutricional Oral, fundamental nas transições terapêuticas;
5. não há atenção domiciliar em terapia enteral ou parenteral;
6. não há linha de cuidado, nem integração com redes de oncologia, pediatria, doenças raras, cardiometabólicas ou reabilitação;
7. não há política para Falência Intestinal, apesar de sua elevada letalidade.

Trata-se de um quadro que viola frontalmente os princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e regionalização.





A Terapia Nutricional Oral, a base do cuidado, não existe na política pública. A TNO é a primeira linha de intervenção nutricional, e está totalmente ausente do marco regulatório vigente.

A evidência científica demonstra que:

- suplementos e fórmulas orais reduzem complicações cirúrgicas;
- reduzem internação e reinternação;
- aumentam tolerância à quimioterapia;
- melhoram qualidade de vida.

Mas, por ausência de norma, não têm financiamento federal e não têm padronização, tornando o acesso desigual, aleatório e precário. Ignorar a Terapia Nutricional Oral é negar a primeira etapa do cuidado nutricional e empurrar o paciente para desfechos evitáveis.

A falência Intestinal é uma urgência invisível. O Brasil não possui diretriz nacional para Falência Intestinal, condição que exige Terapia Nutricional Parenteral prolongada ou permanente, atenção domiciliar estruturada, suporte metabólico, cirurgias reconstrutivas e, em casos indicados, transplante intestinal.

A proposta cria o PRONAFI – Programa Nacional de Atenção Integral à Falência Intestinal, inédito no país, estruturando centros regionais e linhas de cuidado seguras.

O artigo técnico “Terapia Nutricional no SUS” e a linha de cuidado produzida por especialistas. O presente Projeto se apoia em dois documentos científicos fundamentais:

a) Artigo “Terapia Nutricional no SUS”

Que mostra, com dados oficiais e literatura internacional (ESPEN, ASPEN, WGO, BRASPEN, SBNO), que:

- entre 50% e 80% dos pacientes com câncer desenvolvem desnutrição;
- até 20% morrem por desnutrição, não pela doença;
- o SUS investe apenas 0,06% do orçamento em Terapia Nutricional;





- o custo da desnutrição para o sistema é exponencial.

b) Linha de Cuidado Oncológica – Documento técnico (Simone Kikuchi, Lidiane Magalhães e equipe)

Obra de excelência nacional, que reúne:

- algoritmos decisórios;
- uso do PG-SGA;
- definição de necessidades proteicas e energéticas;
- critérios explícitos para TNO, TNE e TNP;
- recomendações para pré e pós-operatório, quimioterapia, radioterapia, TCTH e cuidados paliativos.

Esse documento é uma das referências científicas mais completas sobre Nutrição Oncológica no Brasil e evidencia que o país está atrasado não por falta de conhecimento técnico, mas por falta de política pública.

A RDC 503/2021 da Anvisa – necessária, mas insuficiente. A RDC nº 503/2021 estabelece requisitos sanitários essenciais para a Terapia de Nutrição Enteral, incluindo:

- composição da equipe multiprofissional;
- boas práticas de preparo;
- rastreabilidade;
- controle microbiológico e de segurança.

Entretanto, é uma norma sanitária, não uma política pública.

Ela não regula:

- financiamento;
- habilitação de serviços;
- responsabilidades interfederativas;





- rede de atenção;
- terapias oral e parenteral;
- falência intestinal.

Por isso, precisa ser complementada e não substituída por lei federal.

Investir em Terapia Nutricional é economizar e muito. A literatura internacional é cristalina:

- para cada US\$ 1 investido, a economia varia entre US\$ 4 e US\$ 52;
- Terapia Nutricional precoce reduz até 7 dias de internação por paciente;
- reduz infecções, complicações, tempo de UTI e reinternações;
- reduz mortalidade e sofrimento.

Ou seja: não há impacto financeiro negativo. A ausência da Terapia Nutricional é que gera alto custo.

Portanto, aprovar esta lei é ao mesmo tempo:

- salvar vidas;
- reduzir sofrimento;
- racionalizar recursos;
- tornar o SUS mais eficiente.

Diferenciais estruturantes:

| Eixo                     | Portaria 120/2009        | Projeto de Lei                                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| Terapia Nutricional Oral | Não prevista             | Modalidade obrigatória, com financiamento               |
| Habilitação              | Fragmentada e restritiva | Habilitação única nacional (oral, enteral e parenteral) |
| Hospital de ensino       | Exigência obrigatória    | Eliminado; critérios técnicos prevalecem                |





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**Deputado Federal WELITON PRADO**  
**Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer**

Apresentação: 09/12/2025 15:23:15.627 - Mesa

PL n.6254/2025

|                     |               |                                                |                    |
|---------------------|---------------|------------------------------------------------|--------------------|
| Financiamento       | Inexistente   | para Cria                                      | componente         |
|                     | TNO e         | TNE                                            | financeiro próprio |
|                     | domiciliar    |                                                |                    |
| Atenção domiciliar  | Não prevista  | Prevista para TNO, TNE e TNP                   |                    |
| Falência Intestinal | Inexistente   | Cria o PRONAFI                                 |                    |
| Linha de cuidado    | Não há        | Linha completa e integrada                     |                    |
| Indicadores         | Não previstos | Monitoramento clínico, econômico e territorial |                    |

É inequívoco: a Portaria 120 não responde minimamente ao desafio atual.

O Brasil atrasou, perdeu vidas e ampliou desigualdades por falta de política pública em Terapia Nutricional. O presente Projeto de Lei:

- cria uma política de Estado;
- organiza linha de cuidado;
- elimina barreiras injustificáveis;
- inclui a Terapia Nutricional Oral;
- estrutura a atenção domiciliar;
- institui habilitação única nacional;
- cria o PRONAFI;
- assegura financiamento obrigatório;
- define indicadores;
- garante transparência e governança.

É uma proposta técnica, responsável, humanitária e economicamente racional.



Gabinete Brasília: Praça dos Três Poderes, Câmara dos Deputados, Gab. 250, Anexo IV, CEP 70160-900  
E-mail: dep.welitonprado@camara.leg.br, Fone: (61) 3215 5250

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD258341984000>  
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Weliton Prado





A Terapia Nutricional não é acessório: é tratamento, é dignidade, é vida.

Diante desses dados, impõe-se reconhecer a dimensão da urgência: a cada dia sem esta política, cerca de 140 vidas são perdidas por desnutrição associada ao câncer, um desfecho evitável. A seguir, destacam-se os elementos que reforçam essa urgência moral e institucional.

A cada dia em que esta política deixa de existir formalmente, aproximadamente 140 brasileiras e brasileiros perdem a vida por desnutrição, somente associada ao câncer, uma condição totalmente evitável com Terapia Nutricional adequada. Não se trata de projeção hipotética, mas de cálculo concreto derivado dos 698 óbitos diários por câncer no país, dos quais até 20% decorrem exclusivamente da desnutrição e não da doença em si. Cada dia de atraso significa 140 vidas interrompidas, famílias devastadas e sofrimentos evitáveis, consequência direta de uma lacuna regulatória que perdura há mais de uma década.

O que está em debate não é apenas uma política pública: é uma linha tênue entre vida e morte.

Pacientes desnutridos toleram menos quimioterapia e radioterapia; têm mais complicações cirúrgicas; sofrem mais; internam mais; reinternam mais; morrem mais. A ausência de Terapia Nutricional organizada, financiada e estruturada amplia o sofrimento diário de crianças, idosos, pessoas com câncer, doenças raras, falência intestinal e tantas outras condições. Cada hora de atraso perpetua dor evitável. Cada dia de silêncio regulatório custa vidas. Aprovar esta Lei é um imperativo ético que não admite postergação.

O Congresso Nacional tem, diante de si, a oportunidade de corrigir um atraso histórico e salvar milhares de vidas ainda neste ano. Desde 19/12/2023, data em que a revisão da Portaria 120 foi aprovada na CIT e jamais publicada, estima-se que mais de 100 mil pessoas tenham morrido por desnutrição associada ao câncer, mortes que poderiam ter sido evitadas com a implementação de uma política adequada. A omissão prolongada já produziu tragédias silenciosas o suficiente. Aprovar esta Política Nacional é assumir, com coragem e responsabilidade, o compromisso de impedir que mais vidas se percam por falta de uma norma que deveria existir há muito tempo.





**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
**Deputado Federal WELITON PRADO**  
**Presidente da 1ª Comissão Especial de Combate ao Câncer**

Diante do exposto, conclamo os nobres Parlamentares a apoiar e aprovar esta iniciativa, que, ao mesmo tempo em que salva vidas, também fortalece o SUS, protege populações vulneráveis e moderniza uma política essencial há muito negligenciada.

Sala de sessões, em dezembro de 2025.

**WELITON PRADO**  
**DEPUTADO FEDERAL**  
**Presidente fundador da Comissão de Prevenção e Combate**  
**ao Câncer, AVC e Doenças do Coração**  
**Comissões de Saúde, Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência,**  
**da Pessoa Idosa e do Consumidor da Câmara dos Deputados**  
**Comissão Mista de Orçamento do Congresso Nacional**

Apresentação: 09/12/2025 15:23:15.627 - Mesa

PL n.6254/2025



Gabinete Brasília: Praça dos Três Poderes, Câmara dos Deputados, Gab. 250, Anexo IV, CEP 70160-900  
E-mail: [dep.welitonprado@camara.leg.br](mailto:dep.welitonprado@camara.leg.br), Fone: (61) 3215 5250

Para verificar a assinatura, acesse <https://infoleg-autenticidade-assinatura.camara.leg.br/CD258341984000>  
Assinado eletronicamente pelo(a) Dep. Weliton Prado



**FIM DO DOCUMENTO**