

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CMTN.003 - Página 1/4	
Título do Documento	INDICAÇÃO E ACESSO DA TERAPIA NUTRICIONAL	Emissão: 16/10/2023 Versão: 3	Próxima revisão: 16/10/2025

1. OBJETIVO

Avaliar a indicação do uso e determinar o tipo de Terapia Nutricional mais adequada em cada paciente. Garantir o acesso a Terapia Nutricional indicada.

2. RESPONSÁVEL

Nutricionistas da Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (CMTN).

3. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prontuário eletrônico de pacientes.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

4.1. Indicação do Suporte Nutricional:

- 4.1.1. Avaliar a necessidade de indicação de suporte nutricional nos pacientes com comprometimento do estado nutricional ou em risco nutricional. Responsável: médico assistente e médico da CMTN:
- 4.1.2. Suporte Nutricional Enteral: para pacientes com ingestão oral inferior a 60% a 75% de suas necessidades nutricionais; com catabolismo intenso ou com impossibilidade de alimentar-se por via oral. Pré-requisito: trato gastrointestinal funcionante.
- 4.1.3. Suporte Nutricional Parenteral: para pacientes com contra-indicação do suporte nutricional enteral, em algumas situações clínicas e em enfermos com trato gastrointestinal não funcionante.
- 4.1.4. Suporte Nutricional Enteral + Suporte Nutricional Parenteral: para casos onde a nutrição enteral não atinja as necessidades nutricionais recomendadas.
- 4.1.5. Indicar o tipo de acesso para o suporte nutricional. Responsável: médico assistente e médico da CMTN:
- 4.1.6. Sonda nasogástrica: para nutrição enteral em pacientes sem risco de aspiração e com estimativa de uso de suporte enteral por um período menor a 4-6 semanas.
- 4.1.7. Sonda nasoenteral: para nutrição enteral em pacientes sem risco de aspiração e com estimativa de uso de suporte enteral por um período menor a 4-6 semanas.
- 4.1.8. Gastrostomia: períodos de nutrição enteral (NE) maior que 4 semanas.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CMTN.003 - Página 2/4	
Título do Documento	INDICAÇÃO E ACESSO DA TERAPIA NUTRICIONAL	Emissão: 16/10/2023 Versão: 3	Próxima revisão: 16/10/2025

4.1.9. Jejunostomia: períodos de NE maior que 4 a 6 semanas e quando o acesso ao estômago está prejudicando.

4.1.10. Cateter periférico: para nutrição parenteral de curta duração (7 a 10 dias).

4.1.11. Cateter central: para nutrição parenteral com uso superior a 7 a 10 dias.

4.2. Acesso à Terapia Nutricional indicada:

4.2.1. Garantir o acesso para a administração do suporte nutricional recomendado. Responsável: médico assistente, enfermeiro assistente, enfermeiro da CMTN.

4.2.2. Observar intercorrências em relação ao acesso do suporte nutricional. Responsável: enfermeiro assistente, enfermeiro da CMTN, médico assistente, médico da CMTN.

4.2.3. Identificar alteração em relação à posição da sonda.

4.2.4. Controlar o tempo de uso de cada sonda.

4.2.5. Verificar o tempo de uso do cateter.

4.2.6. Recolocar sonda em posicionamento previsto, em caso migração de local da posição inicial.

4.2.7. Rever indicação do tipo de acesso do suporte nutricional, em caso de tempo estimado de uso do mesmo ultrapassar o tempo recomendado para cada tipo de suporte.

5. RECOMENDAÇÕES

5.1. Entrar em contato com a CMTN via SEI.

6. AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADE

6.1. Discutir nas reuniões da CMTN.

7. FLUXOGRAMA

NA - Não Aplicável.

8. REFERÊNCIAS

PROJETO DIRETRIZES, volume IX. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília, F: Conselho Federal de Medicina, 2011.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CMTN.003 - Página 3/4	
Título do Documento	INDICAÇÃO E ACESSO DA TERAPIA NUTRICIONAL	Emissão: 16/10/2023 Versão: 3	Próxima revisão: 16/10/2025

9. APÊNDICE

NA - Não Aplicável.

10. ANEXOS

NA - Não Aplicável.



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.CMTN.003 - Página 4/4	
Título do Documento	INDICAÇÃO E ACESSO DA TERAPIA NUTRICIONAL	Emissão: 16/10/2023 Versão: 3	Próxima revisão: 16/10/2025

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	10/02/2017	Olívia Manuela Bernardo dos Santos Janatar Stella Vasconcelos de Melo	Estabelece procedimento indicação do uso de terapia nutricional e do tipo de acesso da terapia nutricional.
2	26/11/2020	Maria Erigleide Bezerra da Silva	Atualização da versão 1 para versão 2 do procedimento para indicação do uso de terapia nutricional e do tipo de acesso da terapia nutricional.
3	16/10/2023	Maria Erigleide Bezerra da Silva	Atualização da versão 2 para versão 3 do procedimento para indicação do uso de terapia nutricional e do tipo de acesso da terapia nutricional.

<p>Elaboração:</p> <p>Maria Erigleide Bezerra da Silva Médica / Coordenadora clínica e administrativa da CMTN/HUPAA</p>	Data: ____/____/____
<p>Análise:</p> <p>Maria Erigleide Bezerra da Silva Médica / Coordenadora clínica e administrativa da CMTN/HUPAA</p>	Data: ____/____/____
<p>Validação:</p> <p>Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/ Unidade de Vigilância em Saúde</p> <p>Setor de Gestão da Qualidade</p>	
<p>Aprovação:</p> <p>Célio Fernando de Sousa Rodrigues Superintendente</p>	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte