

## NORMA

**Número:** 017/2020

**Data:** 25/09/2020

**Atualização:** 12/11/2025

**Assunto:** Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica em Ambulatório e Domicílio

**Palavras-Chave:** Nutrição Artificial; Ambulatório; Domicílio; Nutrição Entérica; Nutrição Parentérica.

**Para:** Profissionais de Saúde

**Contatos:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.min-saude.pt](mailto:dqs@dgs.min-saude.pt))

**Sumário da Atualização:** Atualização da implementação da nutrição entérica e parentérica em ambulatório e domicílio, em idade pediátrica e no adulto, nos seguintes pontos:

- Alargamento da identificação do risco;
- Identificação dos dispositivos médicos necessários para a administração da nutrição entérica e parentérica;
- Reforço da necessidade de monitorização;
- Ajustes na lista de indicações clínicas e de materiais.

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte:

### NORMA

1. A identificação do risco nutricional deve ser efetuada:

- a) Nos cuidados hospitalares:
  - i. A todos os utentes internados por um período superior a 24h, independentemente do diagnóstico clínico, nas primeiras 48 horas de internamento, com reavaliação a cada 7 dias de internamento;
  - ii. A todos os doentes oncológicos em regime de ambulatório;
- b) Nos cuidados de saúde primários, a todos os utentes adultos com probabilidade aumentada de deterioração do estado nutricional, de acordo com o Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro<sup>1</sup>;

- c) Nos cuidados continuados integrados, a todos os utentes internados nas unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nas primeiras 48 horas de internamento, com reavaliação mensal.
2. Para identificação do risco nutricional devem ser utilizados os instrumentos constantes no Anexo I, *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002)*<sup>2-4</sup> e *Malnutrition Screen Tool (Adultos)*<sup>5</sup> e *STRONGkids (Crianças)*<sup>6</sup>, de acordo com o Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro<sup>7</sup>.
  3. A identificação do risco nutricional deve ser realizada pela equipa assistencial multidisciplinar, em articulação com o Serviço/Unidade de Nutrição, de acordo com as orientações definidas por cada unidade de saúde.
  4. O diagnóstico de desnutrição deve ser realizado através do Sistema de Classificação Internacional de Doenças de vigor.
  5. Nos doentes com risco nutricional e que necessitem de nutrição entérica e parentérica (NEP) no ambulatório/domicílio, a alta hospitalar é coordenada pela equipa clínica assistencial em articulação com o Grupo de Nutrição Entérica e Parentérica (GNEP), constituído para o efeito, e de acordo com algoritmos de decisão nutricional da presente Norma.
  6. Deve ser criado um Grupo de Nutrição Entérica e Parentérica (GNEP) em cada unidade hospitalar, para promover a utilização racional da NEP, quer nos doentes internados quer nos doentes em regime ambulatório e domiciliário<sup>8</sup>.
  7. O GNEP<sup>8</sup> deve:
    - a) Elaborar critérios de seleção de produtos de nutrição entérica e parentérica e estruturar os respetivos protocolos de prescrição e administração;
    - b) Estabelecer a ligação entre os serviços assistenciais de prestação de cuidados médicos e de enfermagem no internamento ou no ambulatório, o serviço de nutrição e os serviços farmacêuticos nos assuntos referentes à nutrição entérica e parentérica;
    - c) Colaborar com os serviços farmacêuticos e o serviço de aprovisionamento na elaboração das cláusulas especiais a incluir nos cadernos de encargos dando cumprimento ao Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 111-B/2017, de 31 de agosto;
    - d) Participar nas comissões de escolha de produtos de nutrição entérica, parentérica e de materiais subsidiários;
    - e) Promover e divulgar reuniões de carácter científico, formação contínua a equipas multidisciplinares, doentes e cuidadores no âmbito da NEP;

- f) Articular com os Cuidados de Saúde Primários e/ou RNCCI e os Cuidados Paliativos, de forma que a transição de cuidados e a reconciliação terapêutica obedçam aos pressupostos descritos na Norma n.º 001/2017 e na Norma DGS n.º 018/2016, da Direção-Geral da Saúde (DGS);
  - g) Monitorizar e garantir que os doentes com necessidade de NEP têm acesso equitativo aos cuidados e à nutrição em contexto domiciliário e ambulatorio.
8. O GNEP deve ser constituído por, pelo menos<sup>9</sup>:
- a) Dois médicos, com experiência em NEP e formação em nutrição clínica e de entre as especialidades médicas com acesso à nutrição clínica;
  - b) Dois enfermeiros com experiência em NEP;
  - c) Dois nutricionistas com experiência em NEP;
  - d) Um farmacêutico com experiência em NEP;
  - e) Sempre que seja necessário, deve ser assegurado o apoio de outros profissionais de saúde, tais como: assistente social, psicólogo, fisiatra e fisioterapeuta, entre outros;
  - f) Secretariado e espaço físico adequado ao correto funcionamento do GNEP.
9. Para a administração de NEP em ambulatorio e/ou no domicilio é necessário:
- a) O consentimento informado por parte do doente e/ou representante legal;
  - b) A existência de um programa estruturado de formação e treino de competências para o doente/cuidador que lhe permita compreender e realizar os procedimentos necessários a uma administração segura, a identificação e resolução de problemas<sup>10,11</sup>;
  - c) A existência de um cuidador devidamente instruído e treinado, facultativo para o doente autónomo nas atividades de vida diária<sup>10,11</sup>;
  - d) A existência de condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequadas para a situação clínica do doente, no domicilio (luz, água e rede de esgoto)<sup>10,11</sup>;
  - e) Garantia de condições ambientais adequadas ao correto acondicionamento dos suplementos nutricionais orais/fórmulas nutrição entérica utilizados no suporte nutricional entérico (temperatura e humidade controladas), de modo a manter a qualidade dos mesmos;
  - f) Garantia de condições ambientais adequadas ao correto acondicionamento das misturas nutritivas para administração por via parentérica (temperatura que pode variar consoante as indicações do fabricante - e que pode ser temperatura inferior a 25°C para embalagem fechada ou temperatura entre 2°C e 8°C, com controlo e registo periódicos, para embalagem reconstituída) de modo a manter a qualidade e a segurança destes

- medicamentos. Caso seja necessária a reconstituição dos sacos de nutrição parentérica, de forma a assegurar necessidades nutricionais particulares, esta deverá ser realizada em meio hospitalar controlado tendo em conta a Norma n.º 008/2023, da DGS;
- g) A existência de telefone ou telemóvel para contacto fácil entre o doente e a equipa de saúde.
10. Os doentes identificados com risco nutricional e que necessitem de NEP no ambulatório/domicílio são acompanhados pela respetiva equipa multidisciplinar responsável pelo doente, em articulação com o GNEP, devendo a prescrição da NEP ser efetuada pelos profissionais, da equipa médica e de nutricionistas, que têm conhecimento, prática e competência para o efeito.
11. O Plano Individual de Nutrição Entérica e Parentérica (PINEP) é estabelecido no momento da alta hospitalar para os doentes com risco nutricional que necessitem de NEP.
12. O PINEP deve incluir:
- a) Os objetivos da proposta de suporte nutricional e o tempo previsto de aplicação;
  - b) As necessidades nutricionais do doente;
  - c) A composição da formulação nutricional e a sua via de administração;
  - d) A técnica de administração de NEP;
  - e) A monitorização no domicílio e ambulatório e prevenção das complicações;
  - f) A educação da pessoa/cuidador, sobre a NEP e a sua monitorização;
  - g) A reconciliação farmacoterapêutica com adequação das terapêuticas instituídas ao tipo de nutrição clínica e à patologia inerente.
13. As patologias que se encontram no Anexo II são elegíveis para NEP.
14. A gestão do processo assistencial que prevê administração de NEP no ambulatório e/ou domicílio após alta hospitalar, deve incluir protocolos estabelecidos pelo GNEP para que os profissionais de saúde, especializados em nutrição clínica, monitorizem a evolução clínica destes doentes, em articulação com os profissionais de saúde da comunidade.
15. Os procedimentos na alta clínica dos doentes submetidos à NEP são os seguintes:
- a) A nota de alta é entregue ao doente/representante legal e enviada uma cópia à equipa dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados e/ou cuidados paliativos com a informação do PINEP previamente definido pela equipa assistencial da unidade hospitalar e validado pelo GNEP;
  - b) Sempre que possível, deve ser realizada visita domiciliária:

- i. Por um ou mais elementos do GNEP, ou por este designados, e profissionais de saúde das equipas multidisciplinares prestadores de cuidados na comunidade;
    - ii. Programadas de acordo com as necessidades de cada doente e em função do tipo e duração do suporte nutricional;
  - c) No caso dos doentes com patologia aguda ou crónica agudizada ou doentes em estadios terminal/paliativo que, transitoriamente, necessitem de cuidados e procedimentos terapêuticos complexos da exclusiva responsabilidade das unidades hospitalares, e que sejam elegíveis para Hospitalização Domiciliária (HD), devem ser cumpridos os pressupostos descritos no Despacho n.º 9323-A/2018, de 3 de outubro e na Norma n.º 020/2018, da DGS;
  - d) No caso dos doentes com necessidade de cuidados paliativos, sempre que existir na área da residência do doente uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) da Unidade Local de Saúde (ULS), a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) fará a referência do doente para essa equipa;
  - e) A articulação com RNCCI/apoio domiciliário é assegurada de acordo com as necessidades de cada doente no acompanhamento clínico domiciliário e em função do tipo e duração do suporte nutricional.
16. A nutrição parentérica (NP) pode ser suspensa quando a ingestão *per os* ou entérica for tolerada pelo indivíduo e o seu estado nutricional for estável. A sua transição, para a nutrição entérica (NE) ou para a dieta oral, deve ser progressiva e planeada procedendo-se à avaliação da evolução do doente.
17. Para a implementação da NEP, a lista de medicamentos e materiais de consumo clínico, assim como os procedimentos necessários no processo de monitorização da NP, NE ou *per os*, essenciais à continuidade do tratamento em regime de ambulatório e/ou domicílio, encontram-se definidos nos Algoritmos e Anexo III da presente Norma, sem prejuízo de outros medicamentos, dispositivos e materiais de consumo clínico, quando devidamente fundamentado:
- a) O algoritmo de NE e monitorização em ambulatório/domicílio inclui:
    - i. Plano Individual de Nutrição Entérica e Parentérica (PINEP), incluído na nota de alta - alta hospitalar em articulação com a equipa assistencial do hospital e do GNEP;
    - ii. Articulação com cuidados de saúde primários - equipa de saúde familiar:
      - (i) Assegura avaliações regulares de acordo com plano individual NE;

- (ii) Assegura permeabilidade das sondas e avaliação mensal de parâmetros definidos, pela equipa de enfermagem;
    - (iii) Articulação com o hospital em caso de complicações;
  - iii. Articulação com cuidados de saúde secundários - equipa assistencial do hospital:
    - (i) Consulta multidisciplinar de reavaliação 1 mês após a alta;
    - (ii) Consulta multidisciplinar de reavaliação a cada 3 meses, até se justificar transição para a dieta oral;
  - iv. As fórmulas de NE por sonda ou ostomia de alimentação, utilizadas em ambulatório, devem ser prescritas pela equipa assistencial hospitalar, nos termos da Portaria n.º 82/2025/1, de 4 de março, existindo um registo da sua prescrição de forma a permitir a sua auditoria. Do registo de prescrição deve constar o motivo, o tipo de fórmula, de acordo com a classificação desenvolvida pelo Infarmed no âmbito do regime excecional de comparticipação, quantidade, posologia e a data prevista para a sua reavaliação;
  - v. Os dispositivos médicos necessários para a administração das fórmulas de NE devem ser dispensados pelas unidades de saúde;
  - vi. Devem ser monitorizadas as complicações associadas à sonda/ostomia<sup>10, 11</sup>;
- b) O algoritmo de Suplementos Nutricionais Oraís (SNO) e monitorização em ambulatório/domicílio inclui:
  - i. PINEP incluído na nota de alta - alta hospitalar em articulação com a equipa assistencial do hospital e do GNEP;
  - ii. Monitorização em cuidados de saúde secundários - equipa assistencial do hospital:
    - (i) Consulta multidisciplinar de reavaliação 1 mês após a alta;
    - (ii) Consulta multidisciplinar de reavaliação a cada 2-3 meses, com reavaliação dos objetivos iniciais e adequação caso necessário;
  - iii. Os suplementos utilizados em ambulatório devem ser prescritos pela equipa assistencial hospitalar, nos termos da Portaria n.º 82/2025/1, de 4 de março, existindo um registo da sua prescrição de forma a permitir a sua auditoria. Do registo deve constar o motivo da suplementação, o tipo de suplemento e a data prevista para a sua reavaliação;
- c) O algoritmo de NP e monitorização em ambulatório/domicílio inclui:
  - i. PINEP incluído na nota de alta - alta hospitalar em articulação com a equipa assistencial do hospital e do GNEP;

- ii. Monitorização em cuidados de saúde secundários - equipa assistencial do hospital:
  - (i) Consulta quinzenal/mensal de monitorização e validação da necessidade de NP;
  - (ii) Monitorização laboratorial periódica, dependendo da necessidade de NP de curta duração (3 a 6 meses) ou NP de longa duração (>6 meses);
- iii. As bolsas de NP utilizadas em ambulatório devem ser prescritas pela equipa assistencial hospitalar, existindo um registo da sua prescrição de forma a permitir a sua auditoria. Do registo deve constar o profissional que prescreveu, o motivo, o tipo de bolsa e a data prevista para a sua reavaliação;
- iv. Os dispositivos médicos necessários para a administração das bolsas de NP devem ser dispensados pelas unidades de saúde;
- v. Devem ser monitorizadas as complicações associadas ao acesso venoso<sup>10, 11</sup>.

18. O transporte e acondicionamento de medicamentos e materiais de consumo clínico para a NEP deve obedecer aos seguintes requisitos:

- a) Garantir a manutenção das características dos materiais de consumo clínico utilizado na administração do suporte nutricional, o qual é essencial à continuidade da administração em regime de ambulatório ou domicílio até ao final do seu prazo de validade com monitorização e registo de todas as condições;
- b) Garantir as condições necessárias de espaço, luz, temperatura, humidade e segurança dos mesmos;
- c) Durante o transporte, armazenamento e acondicionamento dos produtos de NEP para e na residência do doente devem ser garantidas as condições adequadas a cada tipo de nutrição, nomeadamente temperatura (ambiente ou sob refrigeração) e humidade;
- d) O doente e/ou cuidador devem ser ensinados e formados sobre os cuidados específicos a ter com a nutrição entérica e parentérica no ambulatório e domicílio.

19. Na NEP deve ser assegurada a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente:

- a) O cumprimento do Decreto-lei n.º 73/2011, de 17 de Junho;

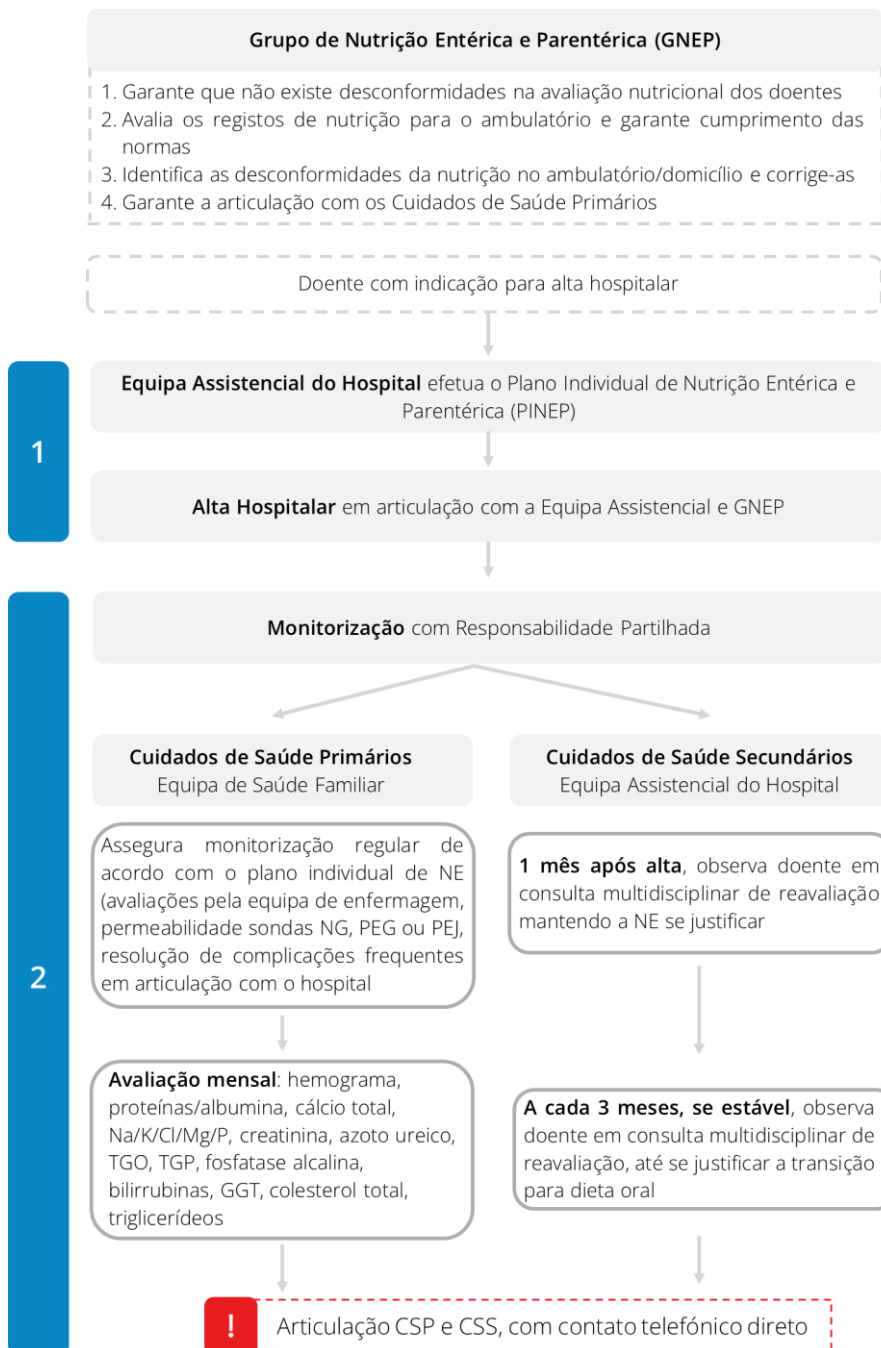
- b) A implementação das Normas da DGS sobre prevenção e controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde e em particular:
- i. Estabelecer Programas de Tratamento Antimicrobiano Domiciliário Endovenoso (TADE) em articulação com o Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA);
  - ii. Assegurar os cuidados com os cateteres venosos centrais de inserção periférica (PICC), linhas médias e centrais;
  - iii. Implementar as medidas básicas de controlo de infeção;
  - iv. Implementar o "Feixe de Intervenções" para a prevenção da infeção relacionada com cateteres vascular central<sup>12</sup> (Norma n.º 022/2015, da DGS);
  - v. Assegurar os cuidados com materiais cortantes e perfurantes (contentores específicos, imperfuráveis, inquebráveis e invioláveis após encerramento).
20. Deverá existir um registo clínico no processo eletrónico dos doentes sobre a intervenção nutricional, da responsabilidade da equipa assistencial, dos serviços farmacêuticos e do serviço de nutrição do hospital que deve incluir avaliação do estado nutricional, indicação para o suporte nutricional (diagnóstico clínico e nutricional), prescrição nutricional, tipo de suporte e vias de administração, assim como possíveis complicações.
21. A pessoa e/ou o representante legal devem ser informados sobre a situação clínica e esclarecidos sobre as suas dúvidas, incluindo os benefícios e efeitos secundários da abordagem diagnóstica e terapêutica, em todas as consultas.
22. Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da presente Norma.
23. O conteúdo da presente Norma será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

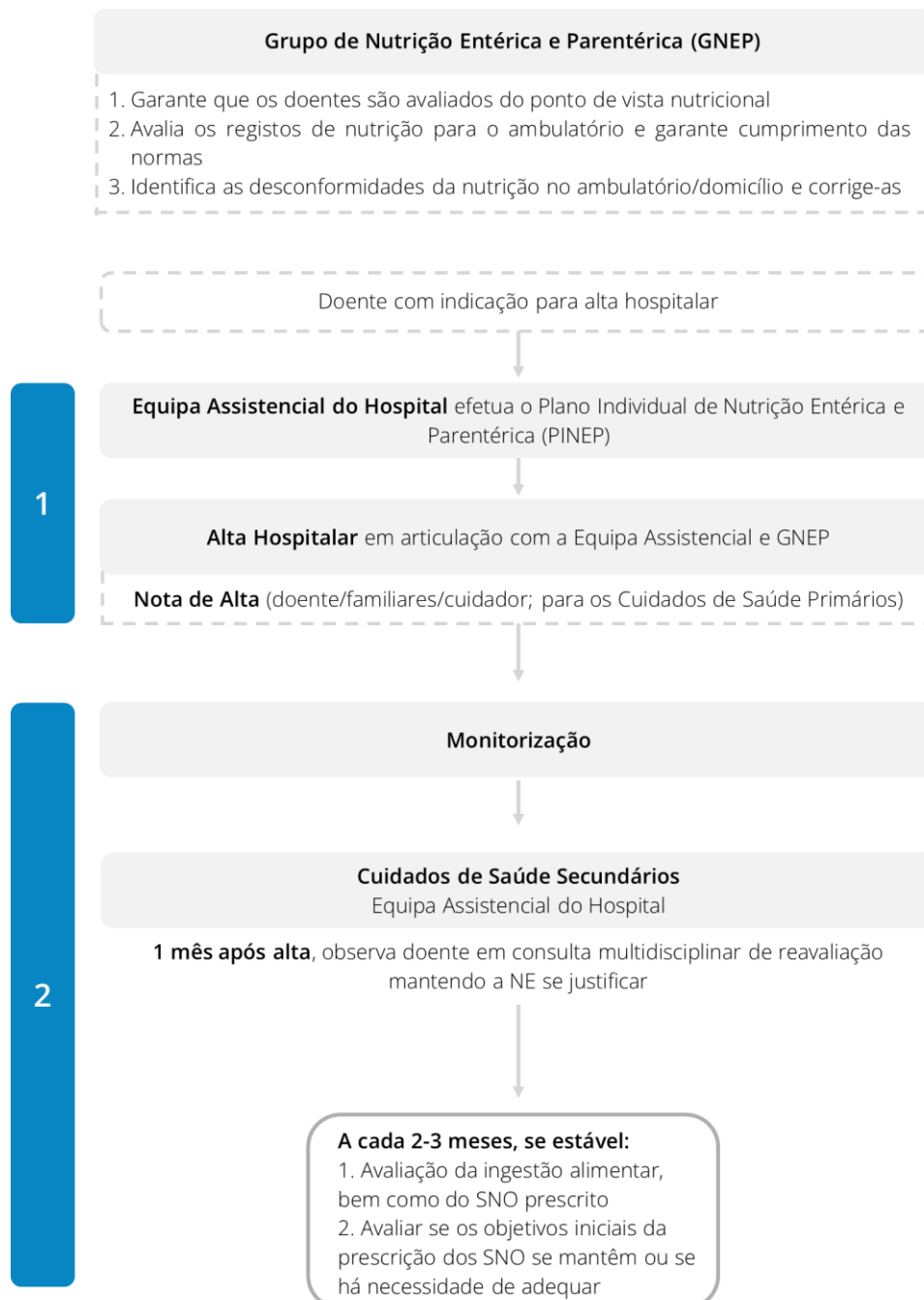
## FLUXOGRAMA 1

### Nutrição Entérica e Monitorização em Ambulatório/Domicílio

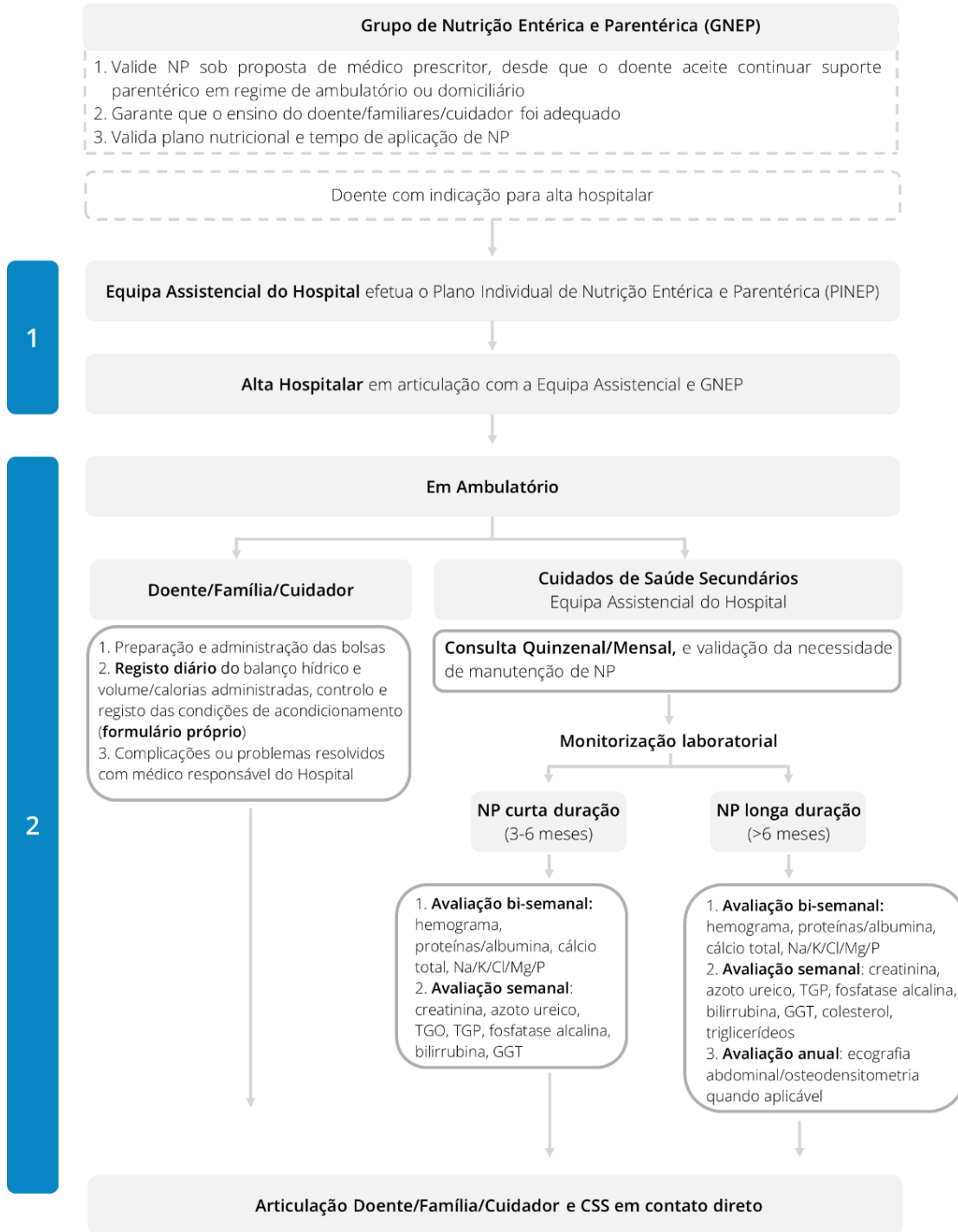


## FLUXOGRAMA 2

### Suplementos Nutricionais Oraís e Monitorização em Ambulatório/Domicílio



### FLUXOGRAMA 3 Nutrição Parentérica e Monitorização em Ambulatório/Domicílio



## ENQUADRAMENTO E RACIONAL

- A. A desnutrição representa um importante problema de saúde e influi marcadamente na qualidade de vida, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde<sup>13-15</sup>.
- B. Assim, a implementação da identificação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nas unidades de saúde do SNS foi determinada pelo Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, com o objetivo de combater a desnutrição hospitalar. As ferramentas de identificação do risco nutricional foram implementadas pela Direção-Geral da Saúde através do “Documento de Apoio à Implementação da Avaliação do Risco Nutricional”, publicado em 2019<sup>3</sup>. Em 2023, o Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro<sup>16</sup>, determinou a implementação e reforço da identificação sistemática do risco nutricional em todos os níveis de cuidados de saúde (cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados)<sup>7</sup>.
- C. A nutrição entérica e parentérica deve ser ajustada às necessidades dos doentes tendo em consideração os fluxogramas de decisão nutricional da presente Norma, garantindo-se o direito a uma vida integrada no ambiente familiar, ao evitar-se a hospitalização para efeitos exclusivos de nutrição entérica ou parentérica<sup>17-29</sup>.

## INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

- A. Identificação ou rastreio do risco nutricional permite detetar possíveis estados de desnutrição e prevenir o aparecimento das consequências associadas a esta<sup>13, 15</sup>.
- B. Após a avaliação do estado nutricional, deve definir-se um plano de cuidados nutricionais, quando necessário, que consiste num conjunto de medidas específicas a adotar para garantir as necessidades nutricionais adequadas e colmatar as deficiências nutricionais detetadas<sup>8</sup>.
- C. A NE e a NP constituem duas formas de suporte nutricional que fornecem os macro e micronutrientes suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais específicas dos doentes<sup>8</sup>.
- D. A lista de patologias/situações clínicas que necessitarão de NEP está na sua maioria elencadas no Anexo II.

- E. A NE<sup>1</sup> pode ser administrada pela via oral, por sonda ou por ostomia. Esta última, é utilizada quando a alimentação por via oral não é possível e o trato gastrointestinal se encontra funcionando ou suficientemente funcionando (Anexo II – Ponto 1). Na NE, para além das fórmulas para NE, estão incluídos os SNO (Suplementos Nutricionais Oraís) e as fórmulas modulares<sup>1</sup> que são utilizados quando a ingestão alimentar do doente não é suficiente para atingir as necessidades nutricionais diárias (Anexo II – Ponto 2)<sup>8</sup>.
- F. A lista de materiais necessários, incluindo fórmulas, equipamento, medicamentos e dispositivos médicos, estão na sua maioria elencadas no Anexo III.
- G. A NP ou nutrição “intravenosa/endovenosa” define-se pelo método de administração dos macros e micronutrientes diretamente na circulação sanguínea, ultrapassando todo o processo digestivo<sup>8</sup>.
- H. O acesso vascular da NP pode realizar-se por via periférica ou via central<sup>8</sup>.
- I. A NP é necessária quando o doente não é capaz de obter os nutrientes suficientes através de uma ingestão alimentar habitual, de SNO ou de NE por sonda ou ostomia de alimentação (Anexo II – Ponto 3. Doentes com necessidade de nutrição parentérica)<sup>8</sup>.
- J. NP de curta duração definida como aquela que tem uma duração de 3 a 6 meses. Destina-se sobretudo a doentes oncológicos, diagnósticos de doença inflamatória intestinal e doentes que transitoriamente estão impedidos de utilizar o tubo digestivo<sup>8,9</sup>.
- K. NP de longa duração definida como aquela em que, por incapacidade de usar a via digestiva, a duração do suporte nutricional parentérico é superior a 6 meses<sup>8,9</sup>.
- L. A continuidade dos cuidados corresponde à sequencialidade dos cuidados, no tempo e nos serviços ou unidades.
- M. Familiar(es) corresponde à pessoa ou pessoas designada(s) pelo doente ou, em caso de pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco com o mesmo.

---

<sup>1</sup> Classifica-se pela legislação vigente, Regulamento Delegado (UE) 2016/128 da Comissão de 25 set. 2015, por “alimentos para fins medicinais específicos”, sendo definida como fórmulas nutricionais completas ou incompletas, adaptadas a doenças, distúrbios ou problemas de saúde específicos.

- N. Cuidador(es) corresponde à pessoa ou pessoas designada(s) pelo doente ou seu representante legal, sendo familiar direto ou não.
- O. Equipa Assistencial Hospitalar corresponde aos profissionais que prestam cuidados de saúde ao doente no âmbito hospitalar.
- P. Multidisciplinaridade corresponde à complementaridade de atuação entre diferentes especialistas de várias áreas profissionais.
- Q. Interdisciplinaridade, a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.
- R. Ambulatório corresponde à modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos não internados, *i.e.*, com permanência num estabelecimento de saúde inferior a 24 horas.
- S. Domicílio corresponde ao alojamento familiar ou alojamento coletivo onde habitualmente reside o indivíduo.
- T. Consentimento informado, a autorização livre e esclarecida prestada pelo doente, antes da submissão a determinado ato em saúde, ou a qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, pressupondo uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, à razão e ao resultado esperado da intervenção consentida, bem como à respetiva responsabilidade.
- U. A monitorização da NE implica um sistema de vigilância para identificar e prevenir o aparecimento de complicações. Em todas as possíveis situações deverá ser garantida a resposta para resolução atempada do problema clínico do doente<sup>5</sup>.
- V. A transição do suporte nutricional deve ser progressiva e planeada procedendo-se à avaliação diária da evolução do doente<sup>8</sup>.
- W. As preparações e as suas formulações podem ser de tipo padronizado ou individualizadas e há que assegurar as condições necessárias de acondicionamento e armazenamento, assim como de transporte dos mesmos, no domicílio e ambulatório<sup>8,9,30</sup>.

## FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- A. A desnutrição representa um grave problema de saúde e influi marcadamente na qualidade de vida, com elevados custos a nível pessoal, para a sociedade e para o sistema de saúde<sup>13-15</sup>.
- B. As ferramentas utilizadas para a identificação do risco nutricional são simples, sensíveis, específicas, seguras, de baixo custo e bem aceites pelos doentes e podem ser aplicadas por uma equipa multidisciplinar<sup>1-3,8</sup>.
- C. Após a avaliação do estado nutricional, deve definir-se um plano individual de cuidados nutricionais que consiste num conjunto de medidas específicas a adotar para fornecer as necessidades nutricionais adequadas e colmatar défices nutricionais, garantindo que após a alta o doente possa continuar a beneficiar no domicílio e em ambulatório do suporte nutricional necessário com o apoio de equipas multidisciplinares que avaliam e monitorizam este tipo de nutrição<sup>8</sup>.
- D. Estudos demonstram que na União Europeia, 30% a 40% dos adultos hospitalizados estão em risco de desnutrição, estando diretamente relacionado com o aumento de dias de internamento e de reinternamentos e associada a diversas patologias como por exemplo doenças oncológicas, doenças neurológicas, respiratórias, gastrointestinais, entre outras condições clínicas<sup>31</sup>.
- E. Dados do estudo *NutritionDay*<sup>32</sup>, revelaram que 46% dos indivíduos hospitalizados encontravam-se em risco nutricional e no estudo nacional PEN-3S<sup>33</sup> publicado em 2018 realizado em idosos residentes em lares revelaram que quase 50% destes encontravam-se desnutridos ou em risco nutricional.
- F. Dos dados adaptados dos relatórios publicados em 2015 pelo Grupo Espanhol de Trabalho de Nutrição clínica domiciliária e ambulatória (NADYA/SENPE)<sup>13</sup> relativos ao número de doentes a realizar nutrição clínica no ambulatório em Espanha estima-se que 55,86% dos doentes desnutridos necessitem de intervenção nutricional com recurso a nutrição clínica e destes 50% dos doentes desnutridos necessitam de suplementação nutricional oral; 5,52% de NE por sonda e 0,34% necessitam de NP<sup>13,34</sup>.
- G. O total de doentes que necessitam de suporte nutricional com recurso a nutrição clínica artificial é de 114,443, correspondendo a 1% da população portuguesa sendo que destes cerca de 700 (0,34%) necessitarão de nutrição parentérica; cerca de 11,000 de NE por sonda (5,52%)<sup>13,34</sup>.

- H. A nutrição entérica e parentérica deve ser ajustada às necessidades dos doentes tendo em consideração os algoritmos de decisão nutricional da presente Norma, garantindo-se o direito a uma vida integrada no ambiente familiar, ao evitar-se a hospitalização para efeitos exclusivos de nutrição entérica ou parentérica<sup>17-28,35-76</sup>.

## ANEXO I

### Nutritional Risk Screening 2002

Quadro 1 <sup>(*)</sup> - Rastreio Inicial		Sim	Não
1.	O IMC é < 20,5?		
2.	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?		
3.	O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?		
4.	O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)		
<p><b>SIM:</b> Se a resposta for "Sim" em qualquer questão, efetuar o rastreio da Tabela 2.  <b>NÃO:</b> Se a resposta for "Não" para todas as questões, o doente é novamente rastreado em intervalos semanais. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.            (*) Nota do tradutor: de acordo com a publicação original (2003), a Tabela 1 poderá ser aplicada em serviços/ unidades de internamento onde previsivelmente a prevalência de risco nutricional seja baixa.</p>			
Quadro 2 - Rastreio Final			
Deterioração do estado nutricional		Gravidade de doença (aumento das necessidades)	
<b>Ausente</b> pontuação 0	Estado nutricional normal	<b>Ausente</b> Pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
<b>Ligeira</b> pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses <b>OU</b> Ingestão alimentar baixo de 50-75% das necessidades na semana anterior	<b>Ligeira</b> pontuação 1	Fratura da anca*, Doentes crónicos, em particular com complicações agudas: cirrose*, DPOC*, <i>Hemodiálise crónica, diabetes, oncologia.</i>
<b>Moderada</b> pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses <b>OU</b> IMC 18,5-20,5 + deterioração do estado geral <b>OU</b> Ingestão alimentar 25-60% das necessidades na semana anterior	<b>Moderada</b> pontuação 2	Cirurgia abdominal 'major', AVC*, <i>Pneumonia grave, malignidade hematológica</i>
<b>Grave</b> pontuação 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) <b>OU</b> IMC < 18,5 + deterioração do estado geral <b>OU</b> Ingestão alimentar 0-25% das necessidades na semana anterior	<b>Grave</b> pontuação 3	Lesão craneoencefálica*, Transplante de medula óssea*, <i>Doentes de cuidados intensivos (APACHE &gt; 10)</i>
Pontuação + Pontuação = Pontuação total			
<b>Idade:</b> Se ≥ 70 anos, adicionar 1 à pontuação total anterior ( <b>pontuação ajustada a idade</b> )			
<p><b>Pontuação ≥ 3:</b> o doente está em <b>risco nutricional</b> e é iniciado um <b>plano de cuidados nutricionais</b>  <b>Pontuação &lt; 3:</b> <b>repetir rastreio semanalmente.</b> Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.</p>			
* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade. Os diagnósticos apresentados em <i>italico</i> são baseados nos protótipos de gravidade descritos abaixo.			

O **NRS-2002** é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

**Risco Nutricional** é definido pelo estado nutricional atual e pelo risco de deterioração do estado atual, devido a um aumento das necessidades nutricionais causado por *stress* metabólico associado à condição clínica.

Está indicado um **plano de cuidados nutricionais** para todos os doentes que estão com:

- (1) Desnutrição grave (pontuação = 3)
- (2) Doença grave (pontuação = 3)
- (3) Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)
- (4) Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

#### **Padrões de gravidade de doença:**

**Pontuação = 1:** doente com doença crónica, admitido no hospital por complicações. O doente está fragilizado, mas faz "levantar do leito" regularmente. As necessidades proteicas estão aumentadas, mas podem ser atingidas através de alimentação ou suplementação orais, na maioria dos casos.

**Pontuação = 2:** doente acamado devido a doença, p.e. após cirurgia abdominal 'major'. As necessidades proteicas estão substancialmente aumentadas, mas podem ser atingidas, embora em muitos casos seja necessária nutrição artificial.

**Pontuação = 3:** doente internado em cuidados intensivos, com necessidade de ventilação assistida, etc. As necessidades proteicas estão aumentadas e não podem ser atingidas, mesmo com nutrição artificial. O catabolismo proteico e perda de azoto podem ser significativamente atenuados.

Fonte: Amaral TF, Matos L, Ferro MG, Kent-Smith L, Gomes F, Irving SC, Alves AP, Carvalho RB, Teixeira MA, Borges N. Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening – NRS 2002. *Ata Portuguesa de Nutrição*. 2020; 20: 44-47.

**Ferramenta de identificação do risco nutricional no adulto em cuidados de saúde primários -  
Ferramenta Malnutrition Screening Tool (MST)**

Pontuação		Instruções de apoio à implementação
<b>1</b>	<b>Perdeu peso recentemente de forma não intencional?</b>	
	Não	0
	Não tem a certeza	2
	Sim.	
	Se sim, quanto peso (kg) perdeu?	
	1 - 5kg	1
	6 - 10kg	2
	11 - 15kg	3
	> 15kg	4
	Não tem a certeza	2
<b>2</b>	<b>Tem comido menos recentemente devido a diminuição do apetite?</b>	Aplica-se aos últimos 6 meses; Por exemplo, menos de 3/4 da ingestão habitual;
	Não	0
	Sim	1
<b>Score total (soma de todas as pontuações)</b>		
Score total:		
≥2: Risco de desnutrição		

Adaptado de: Ferguson, M et al. Nutrition 1999 15:458-464, por Teresa Amaral et al.

**Ferramenta de identificação do risco nutricional em idade pediátrica - Ferramenta STRONGkids**  
**STRONGkids**

Questões		Não	Sim
1	Existe alguma patologia subjacente que contribua para o risco de desnutrição (ver lista*) ou é esperada alguma cirurgia maior?	0 pontos	2 pontos
2	O doente apresenta um estado nutricional deficitário, quando avaliado de uma forma subjetiva?	0 pontos	1 ponto
3	Estão presentes alguns dos seguintes itens: Diarreia ( $\geq 5$ vezes/dia) e ou vômitos ( $> 3$ vezes/dia) Redução da ingestão alimentar nos últimos dias Intervenção nutricional prévia Ingestão insuficiente devido a dor	0 pontos	1 ponto
4	Ocorreu perda de peso ou ausência de ganho de peso (crianças $< 1$ ano) durante as últimas semanas/meses?	0 pontos	1 ponto

Score total (soma de todas as pontuações)

\*Lista de doenças subjacentes que contribuem para o risco de desnutrição

<b>Anorexia nervosa</b>	Doença cardíaca crónica	Síndrome do intestino curto
<b>Queimados</b>	Doença infecciosa (SIDA)	Doença neuromuscular
<b>Displasia broncopulmonar (idade máxima 2 anos)</b>	Doença inflamatória intestinal	Doença metabólica
<b>Doença celíaca</b>	Cancro	Trauma
<b>Fibrose quística</b>	Doença hepática crónica	Deficiência mental
<b>Dismaturidade ou prematuridade (idade corrigida 6 meses)</b>	Doença renal crónica	Cirurgia eletiva maior
	Pancreatite	Outra na especificada (classificada pelo médico)

Score total	Risco	Intervenção e follow-up
4 a 5 pontos	Elevado	Referenciar ao nutricionista para avaliação, diagnóstico, intervenção e monitorização nutricional
1 a 3 pontos	Moderado	Ponderar intervenção nutricional. Monitorizar peso 2 vezes por semana e avaliar o risco nutricional semanalmente. Referenciar ao nutricionista para o diagnóstico completo, se necessário.
0 pontos	Baixo	Não é necessária intervenção nutricional. Monitorizar peso regularmente e avaliar o risco nutricional semanalmente (conforme o protocolo local).

## ANEXO II

### Lista de Indicações Clínicas

Lista de Indicações Clínicas que envolvam uma patologia e que resultem em alterações da ingestão alimentar e/ou alterações na absorção e aumento das necessidades nutricionais.

#### 1. Doentes com necessidade de nutrição entérica por sonda, sempre que aplicável:

##### a) Alteração da ingestão alimentar:

- i. Doenças neurológicas;
- ii. Acidente vascular cerebral (AVC);
- iii. Obstrução da orofaringe ou do esófago (ex. tumores do trato gastrointestinal superior, estenoses esofágicas benignas);
- iv. Anorexia de determinadas etiologias;

##### b) Alteração da absorção:

- i. Doenças inflamatórias intestinais;
- ii. Enterite por quimioterapia e/ou radioterapia;
- iii. Outras causas de diarreia crónica congénitas ou adquiridas;
- iv. Fístulas baixas e altas de baixo fluxo;

##### c) Aumento das necessidades nutricionais ou necessidades nutricionais específicas sempre que aplicável:

- i. Pré e pós-operatório - otimização para cirurgia, complicações pós-operatório sem necessidade de manter internamento e convalescença;
- ii. Síndrome de imunodeficiência adquirida;
- iii. Tumores malignos;
- iv. Outras patologias, congénitas ou adquiridas, causadores de maior gasto energético (ex. doenças cardíacas, pulmonares, endocrinológicas, metabólicas);
- v. Doenças hereditárias do metabolismo;

#### 2. Doentes com necessidade de suplementação nutricional oral sempre que aplicável:

##### a) Doenças infecciosas:

- i. VIH/SIDA;

##### b) Gastrenterologia / doenças hepáticas:

- i. Doença inflamatória intestinal;

- ii. Insuficiência hepática aguda ou crónica;
- iii. Insuficiência intestinal crónica;

**c) Geriatria / medicina interna:**

- i. Feridas crónicas;
- ii. Insuficiência cardíaca;
- iii. Desnutrição associada ao envelhecimento;
- iv. Sarcopenia;
- v. Síndrome de fragilidade;

**d) Nefrologia:**

- i. Insuficiência renal crónica (IRC);
- ii. Doença renal (tubulopatias);

**e) Neurologia / doenças neurodegenerativas:**

- i. Ataxia hereditária;
- ii. Acidente vascular cerebral (AVC) – sequelas do AVC;
- iii. Demência;
- iv. Doença de Alzheimer;
- v. Doença de Huntington;
- vi. Doença de Parkinson;
- vii. Esclerose lateral amiotrófica (ELA);
- viii. Esclerose múltipla (EM);
- ix. Neuropatia diabética;
- x. Paralisia supranuclear progressiva;
- xi. Polineuropatia amilóide familiar;
- xii. Outras doenças neurodegenerativas;

**f) Oncologia cirúrgica e médica;**

**g) Pneumologia:**

- i. Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- ii. Fibrose quística;
- iii. Insuficiência respiratória crónica;
- iv. Pneumonia;
- v. Bronquiolite obliterante;
- vi. Displasia broncopulmonar;

**h) Pré e pós-cirúrgica:**

- i. Recuperação peri-operatório;

ii. Transplantes;

**i) Cardiologia:**

i. Cardiopatias congénitas ou adquiridas;

**j) Genética:**

i. Doenças hereditárias do metabolismo.

**3. Doentes com necessidade de nutrição parentérica**

A NP deve ser o suporte nutricional em todas as situações clínicas em que a NE esteja contra-indicada, ou que não seja possível atingir as necessidades nutricionais diárias apenas por via entérica, tais como:

**a)** Caquexia associada a doença oncológica se aplicável;

**b)** Doenças inflamatórias intestinais, nomeadamente desnutrição grave e megacólon tóxico;

**c)** Doença intestinal isquémica com angor abdominal;

**d)** Fístulas altas;

**e)** Falência intestinal crónica (FIC);

**f)** Obstrução intestinal;

**g)** Dismotilidades crónicas que não respondam à terapêutica médica.

## ANEXO III

### Lista de Materiais (Fórmulas, Equipamento, Medicamentos e Dispositivos Médicos)

#### 1. Nutrição entérica:

##### a) Nutrição entérica por sonda/ostomia:

- i. Fórmula líquida para NE por sonda;

##### b) Suplementos nutricionais orais:

- i. Fórmula líquida, em creme ou em pó;

##### c) Suplementos modulares:

- i. Fórmulas modulares de macronutriente/componente;

##### d) Dispositivos médicos caso o doente necessite de NE por sonda por um período <4 semanas:

- i. Sonda nasogástrica ou nasoduodenal ou nasojejunal conforme ISO 80369-3/ adaptador para seringa conforme ISO 80369-3;
- ii. Seringas estéreis que tenham adaptadores para as sondas de vários calibres conforme ISO 80369-3 (20mL, 50mL e 100mL);
- iii. Tampa para sonda gástrica conforme ISO 80369-3;
- iv. Lubrificante e material de fixação da sonda;
- v. Sistema de alimentação (gravidade ou para dispositivo eletrónico de perfusão) conforme ISO 80369-3 (20mL, 50mL e 100mL);
- vi. Dispositivo eletrónico de Perfusão (caso necessário);

##### e) Dispositivos médicos caso o doente necessite de nutrição entérica por sonda por um período ≥4 semanas:

- i. Gastrostomia ou jejunostomia conforme ISO 80369-3/ adaptador para seringa conforme ISO 80369-3;
- ii. Seringas estéreis que tenham adaptadores para as sondas de vários calibres conforme ISO 80369-3 (20mL, 50mL e 100mL);
- iii. Sistema de alimentação (gravidade ou para dispositivo eletrónico de perfusão) conforme ISO 80369-3 (20mL, 50mL e 100mL);
- iv. Dispositivo eletrónico de Perfusão (caso necessário);

##### f) Outros materiais:

- i. Suporte metálico para fórmula NE;
- ii. Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA);

- iii. Compressas;
- iv. Suporte para dispositivo eletrónico de perfusão (caso necessário).

## 2. Nutrição parentérica:

### a) Nutrição parentérica / medicamento:

- i. Bolsas *standard* bi ou tricompartmentada de NP ou misturas nutritivas personalizadas quando as *normalizadas* não cobrem as necessidades nutricionais do doente;
- ii. Vitaminas hidrossolúveis e vitaminas lipossolúveis na formulação injetável;
- iii. Oligoelementos na formulação injetável;
- iv. Água bidestilada injetável;
- v. Cloreto de sódio 0,9% injetável (ampola e frascos de 100mL, 500mL);
- vi. Heparina injetável;
- vii. Glicose hipertónica injetável concentração (20 ou 30 %);
- viii. Insulina de ação rápida injetável;
- ix. *Lock* de cateter com ação antimicrobiana e antifúngica (com taurolidina a 2% ou outro produto equivalente);

### b) Dispositivos médicos:

- i. Dispositivo eletrónico de perfusão fixo ou portátil;
- ii. Filtro *in line* 0,22 *micron* (bi compartimentadas - ou misturas nutritivas sem lípidos) ou 1,2 *micron* (tri compartimentadas - ou misturas nutritivas com lípidos);
- iii. Torneira de 3 vias;
- iv. Tampa de cateter estéril;
- v. Máscara cirúrgica;
- vi. Touca;
- vii. Luvas estéreis sem pó;
- viii. Campos estéreis;
- ix. Seringas estéreis (10mL, 20mL);
- x. Agulhas hipodérmicas esterilizadas 12G e 18G;
- xi. Agulhas de ângulo reto;
- xii. Compressas esterilizadas 10x5 e 7,5x7,5 cm;
- xiii. Penso transparente semipermeável<sup>1-4</sup> (ex: IV 3000; op-site 3000 10x14 cm);
- xiv. Contentores de cortopofurantes, imperfuráveis, inquebráveis e invioláveis após encerramento;
- xv. Batas estéreis;

xvi. Mochila de apoio;

**c) Outros materiais:**

- i. Clorexidina a 2% em álcool ou álcool isopropílico a 70%, por fricção durante 15 segundos<sup>4</sup>;
- ii. SABA;
- iii. Suporte metálico para bolsa (caso necessário);
- iv. Suporte para dispositivo eletrónico de perfusão (caso necessário).

## SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EM	Esclerose Múltipla
FIC	Falência Intestinal Crónica
GNEP	Grupo de Nutrição Entérica e Parentérica
HD	Hospitalização Domiciliária
IRC	Insuficiência Renal Crónica
NADYA/SENPE	Grupo Espanhol de Trabalho de Nutrição Clínica Domiciliária e Ambulatória
NE	Nutrição Entérica
NEP	Nutrição Entérica e Parentérica
NP	Nutrição Parentérica
NRS 2002	<i>Nutritional Risk Screening 2002</i>
PAPA	Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica
PICC	Cateter Venoso Central de Inserção Periférica
PINEP	Plano Individual de Nutrição Entérica e Parentérica
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SABA	Solução Antisséptica de Base Alcoólica
SNO	Suplemento Nutricional Oral
SPMS, E.P.E.	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, Entidade Pública Empresarial
TADE	Tratamento Antimicrobiano Domiciliário Endovenoso
ULS	Unidade Local de Saúde

## APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi atualizada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, da Direção-Geral da Saúde e com auscultação ao INFARMED, I.P.
- B. A Norma n.º 017/2020, de 25/09/2020 foi elaborada no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e do Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros, da Ordem dos Nutricionistas e da Ordem dos Farmacêuticos. Teve o apoio científico da Dr.ª Ana Isabel Gomes Alves, Dr. Anibal Marinho, Dr.ª Carminda Martins, Dr.ª Graça Ferro, Prof.ª Graça Raimundo, Prof. Lino Mendes, Dr.ª Maria do Sameiro Ferreira Lemos, Prof.ª Paula Freitas, Dr.ª Paula Guerra, Prof. Paulo Martins, Dr.ª Sónia Cabral. Foi ouvida a Diretora do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação

Saudável da Direção-Geral da Saúde, Prof.<sup>a</sup> Maria João Gregório. Foi submetida a revisão científica da Ordem dos Médicos (Colégios de Especialidade) e da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas (criada pelo Despacho n.º 8468/2015, de 3 de agosto).

- C. Os peritos envolvidos na elaboração e atualização da Norma cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003; 22(4):415-21.
2. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003; 22(3):321-36.
3. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Rastreio Nutricional – Documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019.
4. Amaral TF, Matos L, Ferro MdG, Kent-Smith L, Gomes F, Irving SC, et al. Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening - NRS 2002. Acta Portuguesa de Nutrição. 2020; 20:44-47.
5. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. Nutrition. 1999; 15(6):458-64.
6. Huysentruyt K, Alliet P, Muyschont L, Rossignol R, Devreker T, Bontems P, et al. The STRONG(kids) nutritional screening tool in hospitalized children: a validation study. Nutrition. 2013; 29(11-12):1356-61.
7. PORTUGAL. Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro. Diário da República n.º 188/2023, Série II; 2023.
8. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017; 36(1):49-64.
9. Nightingale J. Nutrition support teams: how they work, are set up and maintained. Frontline Gastroenterol. 2010; 1(3):171-77.
10. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clin Nutr. 2022; 41(2):468-88.
11. Mihatsch WA, Braegger C, Bronsky J, Cai W, Campoy C, Carnielli V, et al. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition. Clin Nutr. 2018; 37(6 Pt B):2303-05.
12. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 022/2015 atualizada a 29/08/2022 - Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2022.
13. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. Nutr Hosp. 2012; 27(4):1049-59.
14. Gramlich L, Hurt RT, Jin J, Mundi MS. Home Enteral Nutrition: Towards a Standard of Care. Nutrients. 2018; 10(8)
15. Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. Clin Nutr. 2009; 28(4):467-79.
16. Portugal. Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro. Diário da República. 2.ª série. 2023 set 27; n.º 188: 85-89.
17. Cuerda C, Planas M, Gómez Candela C, Luengo LM. Trends in home enteral nutrition in Spain: analysis of the NADYA registry 1992-2007. Nutr Hosp. 2009; 24(3):347-53.

18. Elia M, Normand C, Laviano A, Norman K. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in community and care home settings. *Clin Nutr.* 2016; 35(1):125-37.
19. Elia M, Normand C, Norman K, Laviano A. A systematic review of the cost and cost effectiveness of using standard oral nutritional supplements in the hospital setting. *Clin Nutr.* 2016; 35(2):370-80.
20. Freijer K, Bours MJ, Nuijten MJ, Poley MJ, Meijers JM, Halfens RJ, et al. The economic value of enteral medical nutrition in the management of disease-related malnutrition: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* 2014; 15(1):17-29.
21. Frías L, Puiggròs C, Calañas A, Cuerda C, García-Luna PP, Camarero E, et al. Home enteral nutrition in Spain: NADYA registry in 2010. *Nutr Hosp.* 2012; 27(1):266-9.
22. Hebuterne X, Bozzetti F, Moreno Villares JM, Pertkiewicz M, Shaffer J, Staun M, et al. Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey. *Clin Nutr.* 2003; 22(3):261-6.
23. Howard L, Hassan N. Home parenteral nutrition. 25 years later. *Gastroenterol Clin North Am.* 1998; 27(2):481-512.
24. National Alliance for Infusion Therapy and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Public Policy Committee and Board of Directors. Disease-related malnutrition and enteral nutrition therapy: a significant problem with a cost-effective solution. *Nutr Clin Pract.* 2010; 25(5):548-54.
25. Villar Taibo R, Martínez Olmos M, Bellido Guerrero D, Vidal Casariego A, Peinó García R, Martí Sueiro A, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: an approximation to reality. *Nutr Hosp.* 2018; 35(3):511-18.
26. Violante G, Alfonsi L, Santarpia L, Cillis MC, Negro G, De Caprio C, et al. Adult home parenteral nutrition: a clinical evaluation after a 3-year experience in a Southern European centre. *Eur J Clin Nutr.* 2006; 60(1):58-61.
27. Wanden-Berghe C, Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Cuerda Compes C, Matía Martín P, Luengo Pérez LM, et al. A home enteral nutrition (HEN); spanish registry of NADYA-SENPE group; for the year 2013. *Nutr Hosp.* 2015; 31(6):2518-22.
28. Wanden-Berghe C, Matía Martín P, Luengo Pérez LM, Cuerda Compes C, Burgos Peláez R, Álvarez Hernández J, et al. Home enteral nutrition in Spain; NADYA registry 2011-2012. *Nutr Hosp.* 2014; 29(6):1339-44.
29. PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde. Dados extrapolados, do relatório 2015 NADYA/SENPE relativo ao número de doentes a realizar nutrição entérica e parentérica domiciliária e ambulatória em Espanha, para a população portuguesa. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2015.
30. León-Sanz M, Brosa M, Planas M, García-de-Lorenzo A, Celaya-Pérez S, Hernández J. PREDyCES study: The cost of hospital malnutrition in Spain. *Nutrition.* 2015; 31(9):1096-102.
31. de van der Schueren M, Elia M, Gramlich L, Johnson MP, Lim SL, Philipson T, et al. Clinical and economic outcomes of nutrition interventions across the continuum of care. *Ann N Y Acad Sci.* 2014; 1321:20-40.
32. Marinho A, Lopes A, Sousa G, Antunes H, Fonseca J, Mendes L, et al. Disease-Related Malnutrition and its Repercussions in Portugal. *Internal Medicine.* 2019; 26(1):60-66.

33. NutritionDay November 2015 in Portugal. Country Oncology Report; 2016. Disponível em: <https://www.nutritionday.org/>.
34. Madeira T, Peixoto-Plácido C, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcão V, Goulão B, et al. Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. *Public Health Nutr.* 2019; 22(3):486-97.
35. Aeberhard C, Leuenberger M, Joray M, Ballmer PE, Mühlebach S, Stanga Z. Management of Home Parenteral Nutrition: A Prospective Multicenter Observational Study. *Ann Nutr Metab.* 2015; 67(4):210-7.
36. August D, DeLegge M, Ireton-Jones C, Steiger E. An evidence-based approach to optimal management of vascular and enteral access for home parenteral and enteral nutrition support. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2006; 30(1 Suppl):S5-6.
37. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr.* 2020; 39(1):5-22.
38. Boland K, Maher N, O'Hanlon C, O'Sullivan M, Rice N, Smyth M, et al. Home enteral nutrition recipients: patient perspectives on training, complications and satisfaction. *Frontline Gastroenterol.* 2017; 8(1):79-84.
39. Cawsey SI, Soo J, Gramlich LM. Home enteral nutrition: outcomes relative to indication. *Nutr Clin Pract.* 2010; 25(3):296-300.
40. Cuerda Compés MC. Home-based enteral nutrition. *Nutr Hosp.* 2009; 24(2):111-2.
41. De Luis DA, Izaola O, Cuellar LA, Terroba MC, Cabezas G, De La Fuente B. Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. *J Hum Nutr Diet.* 2013; 26 Suppl 1:39-44.
42. DiBaise JK, Scolapio JS. Home parenteral and enteral nutrition. *Gastroenterol Clin North Am.* 2007; 36(1):123-44, vii.
43. Dibb M, Soop M, Teubner A, Shaffer J, Abraham A, Carlson G, et al. Survival and nutritional dependence on home parenteral nutrition: Three decades of experience from a single referral centre. *Clin Nutr.* 2017; 36(2):570-76.
44. Dickerson RN, Brown RO. Parenteral and enteral nutrition in the home and chronic care settings. *Am J Manag Care.* 1998; 4(3):445-55; quiz 57-8.
45. Dinenage S, Gower M, Van Wyk J, Blamey A, Ashbolt K, Sutcliffe M, et al. Development and Evaluation of a Home Enteral Nutrition Team. *Nutrients.* 2015; 7(3):1607-17.
46. Durfee SM, Adams SC, Arthur E, Corrigan ML, Hammond K, Kovacevich DS, et al. A.S.P.E.N. Standards for Nutrition Support: Home and Alternate Site Care. *Nutr Clin Pract.* 2014; 29(4):542-55.
47. Gonzalez Aguilera B, Olveira G, García Luna PP, Pereira Cunill JL, Luengo LM, Pérez de la Cruz A, et al. Home parenteral nutrition: a consensus document of experts from Andalucía and Extremadura. *Nutr Hosp.* 2017; 34(4):784-91.
48. Green S, Dinenage S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: organisation of services. *Nurs Older People.* 2013; 25(4):14-8.
49. Higuera I, Garcia-Peris P, Camblor M, Bretón I, Velasco C, Romero R, et al. Outcomes of a general hospital-based home parenteral nutrition (HPN) program; report of our experience from a 26-year period. *Nutr Hosp.* 2014; 30(2):359-65.

50. Howard L. A global perspective of home parenteral and enteral nutrition. *Nutrition*. 2000; 16(7-8):625-8.
51. Howard P, Jonkers-Schuitema C, Furniss L, Kyle U, Muehlebach S, Odlund-Olin A, et al. Managing the patient journey through enteral nutritional care. *Clin Nutr*. 2006; 25(2):187-95.
52. Ireton-Jones C, Orr M, Hennessy K. Clinical pathways in home nutrition support. *J Am Diet Assoc*. 1997; 97(9):1003-7.
53. Jukic PN, Gagliardi C, Fagnani D, Venturini C, Orlandoni P. Home Enteral Nutrition therapy: Difficulties, satisfactions and support needs of caregivers assisting older patients. *Clin Nutr*. 2017; 36(4):1062-67.
54. Kirby DF, Corrigan ML, Hendrickson E, Emery DM. Overview of Home Parenteral Nutrition: An Update. *Nutr Clin Pract*. 2017; 32(6):739-52.
55. Klek S, Hermanowicz A, Dziwiszek G, Matysiak K, Szczepanek K, Szybinski P, et al. Home enteral nutrition reduces complications, length of stay, and health care costs: results from a multicenter study. *Am J Clin Nutr*. 2014; 100(2):609-15.
56. Klek S, Pawlowska D, Dziwiszek G, Komon H, Compala P, Nawojski M. The evolution of home enteral nutrition (HEN) in Poland during five years after implementation: a multicentre study. *Nutr Hosp*. 2015; 32(1):196-201.
57. Klek S, Szybinski P, Sierzega M, Szczepanek K, Sumlet M, Kupiec M, et al. Commercial enteral formulas and nutrition support teams improve the outcome of home enteral tube feeding. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2011; 35(3):380-5.
58. Kumpf VJ. Challenges and Obstacles of Long-Term Home Parenteral Nutrition. *Nutr Clin Pract*. 2019; 34(2):196-203.
59. Kumpf VJ, Tillman EM. Home parenteral nutrition: safe transition from hospital to home. *Nutr Clin Pract*. 2012; 27(6):749-57.
60. Kurien M, White S, Simpson G, Grant J, Sanders DS, McAlindon ME. Managing patients with gastrostomy tubes in the community: can a dedicated enteral feed dietetic service reduce hospital readmissions? *Eur J Clin Nutr*. 2012; 66(6):757-60.
61. Lal S, Pironi L, Wanten G, Arends J, Bozzetti F, Cuerda C, et al. Clinical approach to the management of Intestinal Failure Associated Liver Disease (IFALD) in adults: A position paper from the Home Artificial Nutrition and Chronic Intestinal Failure Special Interest Group of ESPEN. *Clin Nutr*. 2018; 37(6 Pt A):1794-97.
62. Martin K, Gardner G. Home Enteral Nutrition: Updates, Trends, and Challenges. *Nutr Clin Pract*. 2017; 32(6):712-21.
63. Obling SR, Wilson BV, Pfeiffer P, Kjeldsen J. Home parenteral nutrition increases fat free mass in patients with incurable gastrointestinal cancer. Results of a randomized controlled trial. *Clin Nutr*. 2019; 38(1):182-90.
64. Ojo O. The challenges of home enteral tube feeding: a global perspective. *Nutrients*. 2015; 7(4):2524-38.
65. Olveira G, Martínez-Olmos M, Fernández de Bobadilla B, Ferrer M, Virgili N, Vega B, et al. Preferences for the attributes of home enteral nutrition (HEN) in Spain. Do caregivers know their patients' preferences? *Nutr Hosp*. 2017; 34(5):1013-23.

- 66.Ozcelik H, Gozum S, Ozer Z. Is home parenteral nutrition safe for cancer patients? Positive effects and potential catheter-related complications: A systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019; 28(3):e13003.
- 67.Paccagnella A, Baruffi C, Pizzolato D, Favaro V, Marcon ML, Morello M, et al. Home enteral nutrition in adults: a five-year (2001-2005) epidemiological analysis. *Clin Nutr*. 2008; 27(3):378-85.
- 68.Paccagnella A, Marcon ML, Baruffi C, Giometto M, Mauri A, Vigo C, et al. Enteral nutrition at home and in nursing homes: an 11-year (2002-2012) epidemiological analysis. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2016; 62(1):1-10.
- 69.Parsons EL, Stratton RJ, Cawood AL, Smith TR, Elia M. Oral nutritional supplements in a randomised trial are more effective than dietary advice at improving quality of life in malnourished care home residents. *Clin Nutr*. 2017; 36(1):134-42.
- 70.Russell CA, Rollins H. The needs of patients requiring home enteral tube feeding. *Prof Nurse*. 2002; 17(8):500-2.
- 71.Sangster A. Home parenteral nutrition: a multi-professional approach. *Br J Community Nurs*. 2015; Suppl Nutrition:S24, s26-7.
- 72.Schneider SM, Raina C, Pugliese P, Pouget I, Rampal P, Hébuterne X. Outcome of patients treated with home enteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2001; 25(4):203-9.
- 73.Wanden-Berghe C, Moreno Villarés JM, Cuerda Compés C, Carrero C, Burgos R, Gómez Candela C, et al. Home parenteral nutrition in Spain 2011 and 2012; a report of the home and ambulatory artificial nutrition group NADYA. *Nutr Hosp*. 2014; 29(6):1360-5.
- 74.Wanden-Berghe C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Moreno Villares JM, Pérez de la Cruz A, Burgos Peláez R, et al. Nutrición parenteral domiciliaria en España durante 2014: informe del Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria NADYA. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 32:2380-84.
- 75.Wanden-Berghe Lozano C, Campos C, Burgos Peláez R, Álvarez J, Frias Soriano L, Matia Martín MP, et al. Spanish home enteral nutrition registry of the year 2016 and 2017 from the NADYA-SENPE Group. *Nutr Hosp*. 2019; 36(1):233-37.
- 76.Wong A, Goh G, Banks MD, Bauer JD. A systematic review of the cost and economic outcomes of home enteral nutrition. *Clin Nutr*. 2018; 37(2):429-42.