

São Paulo, 20 de abril de 2026

Excelentíssimos senhores senadores

A presente carta tem por objetivo contribuir com a discussão iniciada pelo Projeto de Lei nº 4425/2025, que altera a Lei nº 11.346/2006 (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN) que dispõe sobre a alimentação adequada e saudável de indivíduos hospitalizados e seus acompanhantes, incluindo a vedação do uso de alimentos ultraprocessados no ambiente hospitalar.

Nossa análise considera aspectos clínicos, nutricionais, éticos, jurídicos e operacionais, especialmente no que se refere à prática da nutrição clínica e da terapia nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Projeto de Lei parte de uma intenção legítima e socialmente relevante ao reforçar o direito humano à alimentação adequada, assim como o papel da alimentação na recuperação da saúde. Além disso, reforça a necessidade de qualificação da oferta alimentar nos hospitais alinhadas às políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à redução do consumo de alimentos ultraprocessados na população geral.

Do ponto de vista normativo e simbólico, a proposição contribui para recolocar a alimentação hospitalar como tema central na agenda sanitária e para combater práticas inadequadas ainda observadas em alguns serviços de saúde.

Apesar de seus méritos, o Projeto de Lei apresenta fragilidades conceituais e riscos operacionais relevantes, que podem comprometer sua aplicabilidade prática e, paradoxalmente, o próprio direito à alimentação adequada do paciente hospitalizado.

O primeiro deles é a indistinção entre paciente e acompanhante. O texto legal trata de forma conjunta a alimentação destinada aos indivíduos hospitalizados e a de seus acompanhantes, desconsiderando que a alimentação do paciente é parte integrante do tratamento, devendo ser individualizada conforme

diagnóstico, estágio da doença, prognóstico e objetivos do cuidado. Enquanto isso, a alimentação do acompanhante não se submete às mesmas restrições clínicas, devendo preservar maior grau de liberdade de escolha. A equiparação normativa dessas duas situações distintas gera inconsistência técnica e pode resultar tanto em restrições indevidas ao acompanhante quanto em flexibilizações inadequadas para o paciente.

Em segundo lugar, identificamos um uso impreciso do conceito de alimentos "ultraprocessados". A vedação ampla ao uso de alimentos ultraprocessados no ambiente hospitalar não distingue entre os alimentos ultraprocessados de consumo habitual (ex: biscoito recheado, salgadinhos tipos chips, balas, etc), produtos alimentícios comuns (ex: gelatina, farinhas usadas em mingau que são parte de algumas modalidades de alimentação de pacientes) e produtos e fórmulas utilizados em terapia nutricional. Suplementos nutricionais orais, dietas enterais industrializadas e soluções para nutrição parenteral são, por definição tecnológica, produtos altamente processados, mas constituem instrumentos terapêuticos essenciais, reconhecidos e normatizados na prática clínica. A vedação genérica desses produtos pode resultar na restrição de um direito do paciente em risco nutricional, quando a alimentação convencional é insuficiente ou impraticável.

Em terceiro lugar, há o risco de transposição de critérios populacionais para o cuidado clínico individual. A classificação dos alimentos por grau de processamento foi concebida para orientar políticas públicas populacionais e padrões alimentares de longo prazo, não para regular decisões terapêuticas individuais em contextos clínicos complexos e dinâmicos. A adoção desse critério como base normativa rígida no ambiente hospitalar desconsidera que, nesse contexto, o foco não é apenas a qualidade do alimento em abstrato, mas inclui a tolerância gastrointestinal, a densidade energética e proteica; a viabilidade da via de administração e os objetivos terapêuticos pactuados.

Em quarto lugar, corre-se ainda o risco de engessamento da autonomia clínica e multiprofissional. A imposição legal de vedações absolutas pode comprometer a autonomia técnica de médicos, nutricionistas e equipes multiprofissionais, cuja atuação exige liberdade para adaptar a conduta nutricional às necessidades do paciente. A alimentação hospitalar integra o plano terapêutico e deve ser definida a partir do julgamento clínico fundamentado, e não exclusivamente por critérios legais genéricos.

Nesse contexto é fundamental considerar que o julgamento clínico baseia-se nas diferentes fases da doença e objetivos do cuidado. O Projeto de Lei parece pressupor que a alimentação hospitalar tenha sempre finalidade preventiva ou curativa. Entretanto, na prática assistencial podemos utilizar dietas com alimentos ultraprocessados diversas situações como no caso das dietas líquidas e de progressão são indicadas em fases pós-operatórias ou em situações de inapetência grave, caquexia ou cuidados paliativos, em que alimentos hiperpalatáveis podem ser utilizados para conforto, satisfação e aporte calórico. A ausência de reconhecimento dessas situações clínicas reduz a adequação ética e técnica da proposta.

EM um ponto de vista mais amplo, pode-se ter de forma colateral um impacto negativo sobre a segurança nutricional, pois restringir ferramentas amplamente utilizadas para garantir ingestão adequada pode acarretar risco de redução do aporte calórico e proteico, aumento da desnutrição hospitalar e piora de desfechos clínicos e prolongamento da internação. Assim, uma norma concebida para qualificar a alimentação pode, na prática, comprometer a segurança nutricional do paciente.

Por fim, mas não menos relevante, abre-se a guarda para uma insegurança jurídica e risco de judicialização, uma vez que a redação ampla e categórica do texto legal pode gerar conflitos entre prescrição clínica e imposição normativa, expor profissionais e instituições públicas e privadas a questionamentos jurídicos e estimular judicialização indevida de condutas nutricionais baseadas em evidência científica (aumentando consequentemente os custos relacionados à assistência).

Conclui-se que o Projeto de Lei nº 4425/2025, embora bem-intencionado e alinhado a princípios gerais de promoção da saúde, apresenta inconsistências técnicas relevantes quando aplicado ao contexto da nutrição clínica e da terapia nutricional hospitalar. A alimentação do paciente hospitalizado não pode ser regulada de forma uniforme, genérica ou desvinculada da individualização terapêutica, sob pena de violação da autonomia clínica e do próprio direito humano à alimentação adequada.

Nós, da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, sociedade multidisciplinar composta por médicos nutricionistas enfermeiros e

farmacêuticos, gostaríamos de contribuir com a discussão sugerindo a distinção explícita entre alimentação de pacientes e acompanhantes, a exclusão expressa das modalidades de terapia nutricional (suplementos orais especializados, nutrição enteral e nutrição parenteral) das vedações genéricas, o reconhecimento da autonomia profissional e do julgamento clínico na escolha das melhores ferramentas para atender o objetivo clínico e a redação flexível, que permita adaptação às diferentes fases da doença e objetivos do cuidado.

Gostaríamos também de nos colocar à disposição para contribuir nas discussões futuras sobre temática tão importante e muita oportunamente levantada pela Sen. Dr. Eudócia, que com grande sensibilidade traz para primeiro plano a discussão de um aspecto tão esquecido no nosso meio de saúde que é a nutrição como cuidado fundamental ao paciente.

Em nome da SBNPE, subscrevo com as mais cordiais saudações,

Dr. Haroldo Falcão Ramos da Cunha

Médico

Especialista em Medicina Intensiva (AMIB)

Área de Atuação em Terapia Nutricional Parenteral e Enteral (SBNPE)

Especialista em Nutrologia (ABRAN)

Presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE)

Gestão 2026-2027