

PORTARIA SMS Nº 154 DE 27 DE MARÇO DE 2026.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUZIÂNIA – GO, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo Decreto nº 33, de 15 de janeiro de 2013, e

CONSIDERANDO

as disposições contidas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde;

as disposições contidas na Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos;

as disposições contidas na Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a assistência terapêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS;

a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que estabelece os critérios de financiamento e controle das despesas em saúde;

a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente;

a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, instituída pela Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que orienta ações voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde;

a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância – NBCAL, que estabelece medidas de proteção e promoção do aleitamento materno;
a necessidade de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, como política pública prioritária de saúde;

a necessidade de garantir o atendimento às reais necessidades clínicas e nutricionais dos pacientes, assegurando o uso racional e responsável dos recursos públicos;

a necessidade de organizar, regulamentar e padronizar o processo de regulação, controle, avaliação e dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais no âmbito do Sistema Único de Saúde no município de Luziânia – GO;

a necessidade de revisão e atualização dos critérios técnicos para dispensação de fórmulas nutricionais, com base em evidências científicas e diretrizes nacionais de atenção nutricional;

a análise técnica realizada pelas equipes da Nutrição, Atenção Primária à Saúde e Serviço Social, responsáveis pela elaboração e validação do presente protocolo municipal;

e a necessidade de estabelecer fluxo assistencial organizado e acompanhamento multiprofissional dos pacientes beneficiários do programa;

RESOLVE:

I – Aprovar a atualização do Protocolo de dispensação de fórmulas infantis e dieta enteral da Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia, com base nas normas estabelecidas no anexo desta Portaria.

II – O recebimento de fórmulas infantis e dieta enteral através da SMS Luziânia fica condicionado ao enquadramento nos critérios estabelecidos pelo respectivo Protocolo.

III – Todos os usuários deverão assinar um termo de responsabilidade no ato da abertura do processo para disponibilização da fórmula e/ou dieta e aquele que desrespeitar os critérios estabelecidos nessa portaria pode responder judicialmente pelas suas ações;

III – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições e ações em contrário.

GABINETE DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, aos 27 (vinte e sete) dias do mês de março de 2026.


GLÊNIO MAGRINI ROQUE
Secretário Municipal de Saúde

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUZIÂNIA-GO

Diego Vaz Sorgatto

PREFEITO

Télio Rodrigues de Queiroz

VICE-PREFEITO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Glênio Magrini Roque

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Mariana Oliveira de Souza Costa

GERENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

Sávio Gonçalves dos Santos

GERENTE DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO

Raquel Souza Miranda Silva

NUTRICIONISTA

Rafael de Souza Silva

COMUNICAÇÃO

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS PEDIÁTRICAS PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

1. INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento completo e suficiente, proporcionando aporte nutricional para criança até pelo menos um ano de idade. A American Academy of Pediatrics (AAP), a Sociedade Brasileira de Pediatria, a American Dietetic Association (ADA) e a European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) apoiam a exclusiva amamentação do leite materno durante os primeiros 4 a 6 meses de vida e esta amamentação complementada por alimentos de transição (a partir dos 6 meses) pelo menos nos primeiros 12 meses.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça essa prática e recomenda que: “o aleitamento materno é importante até os 2 anos de idade ou mais, e deve ser o único alimento até os 6 meses. Após 6 meses, além de leite materno, a criança necessita receber outros alimentos. A nutrição adequada nos primeiros anos de vida, de acordo com especialistas, é fundamental para que a criança desenvolva plenamente seu potencial humano, proporcionando a prevenção de doenças e possibilitando um crescimento físico e mental adequados.”

Entretanto, o aleitamento materno é contra-indicado para bebês de mães com HIV ou pode não ser apropriado para mães em uso de medicamentos que podem ter efeitos refratários sobre o lactente (substâncias psicotrópicas ou que são excretadas no leite materno). Assim, crianças que, no primeiro ano de vida, não possam receber leite materno por alguma razão, devem receber fórmulas que procurem assemelhar-se ao máximo quanto as suas características nutricionais, já que nenhuma fórmula poderá oferecer as características imunológicas e afetivas para o desenvolvimento das crianças.

As dietas para terapia nutricional enteral em pediatria podem ser classificadas em três grupos:

1. Dietas para pacientes sem problemas absorptivos que poderão receber nutrientes íntegros que necessitam de trabalho digestivo – fórmulas poliméricas;
2. Dietas para pacientes com problemas absorptivos, nas quais os nutrientes serão fornecidos com menor complexidade - fórmulas semi-elementares e elementares;
3. Dietas para pacientes que necessitem de dieta especializada – Alergia a proteína do leite de vaca (APLV) e doenças metabólicas.

2 CRITÉRIOS PARA DISPENSAÇÃO

- Ser residente no município de Luziânia-GO;
- Crianças de até 12 meses;
- Pacientes em uso de sonda naso entéricas (SNE) ou gastrostomia (GTT) independente da idade;
- Falência de crescimento: desaceleração do ganho pondero-estatural ou traçado de curva de peso para idade descendente, após três medições consecutivas;
- Desnutrição proteico-calórica grave ou moderada. Perda de peso ou falta de ganho de peso em 3 medidas consecutivas.
- Atraso no desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica com estatura baixa, raquitismo nutricional e retardo físico devido a desnutrição, até estabilização do quadro nutricional.

- Alergia a proteína do leite de vaca (APLV) ou de soja;
- Síndrome de má absorção (intolerância a lactose, retocolite ulcerativa, refluxo gastroesofágico, atresia de vias biliares);
- Recém-nascidos com prematuridade extrema ou pequenos para Idade Gestacional,
- Neuropatias (hidrocefalia, encefalopatia, mielomeningocele, paralisia cerebral, microcefalia),
- Cardiopatias congênitas ou secundária, insuficiência hepática e insuficiência renal;
- Fenda labial com fenda palatina, que impossibilite a amamentação, até correção cirúrgica e/ou melhora da deglutição.
- Erro Inato do Metabolismo;
- Disfagia grave. Dificuldade na deglutição que pode ser consequência de um distúrbio neuromuscular ou de doenças neurodegenerativas.
- Situações em que há contraindicação absoluta da amamentação (Sífilis, câncer na mãe, HIV, tratamento farmacológico psiquiátrico).
- Mães que possuem mamilos invertidos.
- Gemelaridade com dificuldade de amamentação e/ou baixo peso.

Importante: Demais casos serão avaliados e analisados pela equipe de dispensação de fórmulas do setor de Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde.

Obs.: A dispensação será realizada mediante a visita domiciliar com equipe multidisciplinar onde será avaliada as condições socioeconômicas do núcleo familiar a fim de ser definida a quantidade a ser dispensada para cada paciente.

Não serão aceitas renovações de relatórios com aumento de latas mensalmente, os relatórios devem ser renovados no mínimo de 3 em 3 meses e no máximo de 6 em 6 meses.

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 1 - Pacientes que não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos, por avaliações clínicas periódicas, nos intervalos determinados para a faixa etária;
- 2 - Pacientes que não residirem no município de Luziânia - GO;
- 3 - Não for encontrado em 2 visitas domiciliares sucessivas realizadas por equipe multidisciplinar da SMS.
- 4 – Pacientes que não apresentarem os relatórios de acompanhamento periódico na UBS de referência conforme o fluxo de atendimento.

4 CRITÉRIOS PARA FÓRMULAS DE PARTIDA E SEGUIMENTO:

4.1 Fórmula de Partida:

- Paciente que apresente fissura lábio palatal, ou demais patologias que comprometam a sucção levando a prejuízo nutricional e impossibilidade de amamentação para crianças de até 12 meses de vida;
- Crianças classificadas, segundo os “Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde”, 2008, conforme tabela abaixo:

Tabela 1: Classificação do estado nutricional, segundo os índices antropométricos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	
		CRIANÇAS de 0 a 5 meses e 29 dias	
		Peso para idade	IMC para idade
< Percentil 0,1	<Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e < Percentil 3	>Escore-z -3 e <Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza

(Adaptado de Brasil, 2008).

- Crianças que apresentem déficit ponderal de pelo menos 3 meses contínuos;
- Crianças prematuras e/ou gemelares que apresentem sequelas e/ou comprometimento nutricional classificados conforme parâmetros do SISVAN, 2008;
- Doenças congênitas graves que levem a comprometimento nutricional, classificadas conforme parâmetros do SISVAN, 2008;
- Crianças que se alimentam via sonda;
- Óbito materno;
- Doença materna que contra indique o aleitamento materno, malformações e neoplasia da mama, ou em caso de a mãe apresentar doença psiquiátrica grave e/ou utilização de medicamentos que sejam contraindicados durante a amamentação conforme recomendações do Ministério da Saúde:

Condições de contraindicação absoluta de aleitamento materno

- Infecção humana materna pelo vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV);
- Infecção humana pelo vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2);

Condições infecciosas que contraindicam temporariamente o aleitamento materno:

- Infecção materna pelo citomegalovírus (somente em casos de prematuros);
- Infecção materna pelo vírus Herpes simples e Herpes zoster, em caso de lesão na mama;
- Infecção materna pelo vírus da varicela;
- Infecção materna pelo vírus da Hepatite C no caso de lesão da mama;
- Hanseníase, quando a mãe não tem tratamento;
- Infecção materna pelo Trypanossomacruzi (Doença de Chagas), apenas na fase aguda da doença;
- Tuberculose pulmonar, sem tratamento.

Condições maternas não infecciosas que contraindicam o aleitamento materno:

- Mãe em quimioterapia e/ou radioterapia;
- Mães em exposição ocupacional ou ambiental a metais pesados (cobre, cromo, zinco, alumínio, cádmio, arsênico, manganês, chumbo, mercúrio, entre outros);
- Uso de medicamentos, drogas e metabólitos a serem avaliados individualmente.

Obs.: A liberação de dieta de partida será de, no máximo, 5 latas (800 g) ou 10 latas (400g) criança/mês, dependendo da patologia e gravidade do caso da criança. Exceto para crianças que se alimentam exclusivamente por sonda.

4.2 Fórmula de Sequência ou seguimento:

Serão atendidos pelo programa crianças de 06 a 12 meses de idade, considerando:

- Paciente que apresente fissura lábio palatal, ou demais patologias que comprometam a sucção levando a prejuízo nutricional e impossibilidade de amamentação para crianças de até 12 meses de vida;
- Crianças classificadas, segundo os “Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde”, 2008, conforme tabela abaixo:

Tabela 2: Classificação do estado nutricional, segundo os índices antropométricos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	
		CRIANÇAS de 6 meses a 11 meses e 29 dias	
		Peso para idade	IMC para idade
< Percentil 0,1	<Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada
> Percentil 0,1 e < Percentil 3	>Escore-z -3 e <Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza

(Adaptado de Brasil, 2008).

- Crianças que apresentem déficit ponderal de pelo menos 3 meses contínuos;
- Crianças prematuras e/ou gemelares que apresentem sequelas e/ou comprometimento nutricional classificado conforme parâmetros do SISVAN, 2008;
- Doenças congênitas graves que levem a comprometimento nutricional, classificadas conforme parâmetros do SISVAN, 2008;
- Crianças que se alimentam via sonda.

Obs.: A liberação de dieta de partida será de, no máximo, 4 latas (800g) ou 8 latas (400g) /criança/mês, dependendo da patologia e gravidade do caso da criança. Exceto para crianças que se alimentam exclusivamente por sonda.

5 CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICOS DE ALERGIAS:

5.1 Alergia à Proteína do Leite de Vaca:

As manifestações clínicas são desencadeadas pela ingestão de leite e derivados ou anafilaxia relacionada à ingestão de leite.

Estas reações podem ser mediadas por IgE , não mediadas ou associação entre ambas:

- Mediadas por IgE: manifestações imediatas (menor de 2 horas) e pode ocorrer anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angiodema, náuseas e vômitos, diarreia, dores abdominais e broncoespasmo.

- Não mediadas por IgE ou mistas: ocorrem associações de manifestações digestivas com sinais e sintomas extra digestivos ou cutâneos e as reações em geral são tardias (mais de 2 horas após a exposição ao leite).

Crianças em aleitamento materno sempre estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar a dieta materna com restrição total do leite de vaca e derivados.

Para crianças alimentadas artificialmente as recomendações conforme faixa etária é:

- Menores de 6 meses: fórmula extensamente hidrolisada;
- 6 a 12 meses sem comprometimento intestinal: fórmula a base de soja; e com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada;

Com 12 semanas de tratamento para ALPLV com sucesso, a criança recomenda-se que a criança seja submetida a teste de provocação e quando não responder favoravelmente dever-se-á continuar a investigação, pois provavelmente o diagnóstico está incorreto.

OBS.: PARA A DISPENSAÇÃO DA FÓRMULA, ALÉM DO LAUDO MÉDICO E NUTRICIONAL, DEVERÁ SER APRESENTADO EXAME DE SANGUE OU DE FEZES QUE COMPROVEM A ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA OU PRESENÇA DE SANGUE NAS FEZES OU ALGUM TIPO DE DERMATITE.

6. FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS

6.1 Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose até 1 ano:

Criança com até 12 meses com suspeita de alergia a proteína do leite de vaca, com idade menor de 6 meses. Em 8 semanas Teste de Confrontação e a cada 6 meses desencadeamento com leite de vaca ou Fórmula Infantil.

- O teste de provocação não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, pois podem ocorrer até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE e em horas ou dias nas não mediadas.
- Condições clínicas inerentes a APLV descritas nos formulários de prescrição médica e nutricional.

Obs.: A liberação de fórmula extensamente hidrolisada com e/ou sem lactose será de, no máximo, 8 latas (400g)/criança/mês, dependendo da patologia e gravidade do caso da criança. Exceto para crianças que se alimentam exclusivamente por sonda.

6.2 – Fórmula à base de aminoácidos livres

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula à base de aminoácido livres as crianças que preencherem os critérios descritos a seguir:

- Crianças de 0 a 12 meses com APLV ou alergia a proteína de soja, ambas em situações graves (manifestações digestivas e extra-digestivas mediadas por IgE, má absorção, enterorragia e déficit nutricional).
- Crianças de 0 a 12 meses com alergia ou má absorção que não toleraram a fórmula semi-elementar.
- Condições clínicas inerentes a APLV descritas nos formulários de prescrição médica e nutricional.

Obs.: A liberação de fórmula elementar infantil será de, no máximo, 8 latas (400g)/criança/mês, dependendo da patologia e gravidade do caso da criança. Exceto para crianças que se alimentam exclusivamente por sonda.

6.3 - Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose de 1 a 10 anos:

Criança de 1 a 10 anos com diagnóstico de doença gastrointestinal, má absorção, transtornos do aparelho digestivo pós-procedimento cirúrgico, outras doenças do aparelho digestivo. Em 8 semanas Teste de Confrontação e a cada 6 meses desencadeamento com leite de vaca ou Fórmula Infantil.

- O teste de provocação não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, pois podem ocorrer até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE e em horas ou dias nas não mediadas.
- Condições clínicas inerentes a APLV descritas nos formulários de prescrição médica e nutricional.

Obs.: A liberação de fórmula extensamente hidrolisada sem lactose de 1 a 10 anos será de, no máximo, 8 latas (400g)/criança/mês, dependendo da patologia e gravidade do caso da criança. Exceto para crianças que se alimentam exclusivamente por sonda.

6.4 – Fórmula Hipercalórica sem Lactose:

- Crianças de 1 a 10 anos, com desnutrição, que tenham o trato gastrintestinal funcionante e que não apresentem síndromes disabsortivas.
- Será dispensada fórmula hipercalórica para crianças de 1 a 10 anos que não estejam em uso exclusivo de nutrição enteral, somente nas seguintes condições: em risco nutricional, desnutridas ou com desaceleração do crescimento, com doenças crônicas, anorexia, estomatite, alergias alimentares, restrição hídrica, oncologia, trauma, infecção, outros quadros hipermetabólicos ou em pré e pós operatório

Obs.: A liberação de fórmula Polimérica Hipercalórica Pediátrica será de, no máximo, 8 latas (400g)/criança/mês, dependendo da patologia e gravidade do caso da criança. Exceto para crianças que se alimentam exclusivamente por sonda.

Observações gerais:

- Crianças que forem candidatas a utilizarem as fórmulas infantis deverão ser obrigatoriamente reavaliadas a partir dos 6 meses de vida a cada 3 meses, com a apresentação de laudo e prescrição médica e nutricional com validade máxima de 3 meses.
- **PARA A DISPENSAÇÃO DA FÓRMULA, ALÉM DO LAUDO MÉDICO E NUTRICIONAL, DEVERÁ SER APRESENTADO EXAME DE SANGUE OU DE FEZES QUE COMPROVEM A ALERGIA A PROTEÍNA DO LEITE DE VACA OU PRESENÇA DE SANGUE NAS FEZES OU ALGUM TIPO DE DERMATITE.**

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DAS DIETAS ENTERAIS PEDIÁTRICAS

7.1 – Dieta Enteral Polimérica Hipercalórica Pediátrica padrão:

São candidatos à inclusão para o uso de dieta enteral polimérica pediátrica padrão as crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com a seguinte condição clínica abaixo:

- Crianças de 1 a 10 anos, com desnutrição, que tenham o trato gastrointestinal funcionante e que não apresentem síndromes disabsortivas.
- Crianças de 1 a 10 anos nas seguintes condições: em risco nutricional, desnutridas ou com desaceleração do crescimento, com doenças crônicas, anorexia, estomatite, alergias alimentares, restrição hídrica, oncologia, trauma, infecção, outros quadros hipermetabólicos ou em pré e pós operatório.

7.2 – Dieta Enteral Semi-elementar pediátrica

São candidatos à inclusão para o uso de dieta enteral semi-elementar pediátrica as crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo:

- Crianças de 1 a 10 anos com APLV IgE mediada.
- Crianças de 1 a 10 anos com APLV IgE não mediada.
- Condições clínicas inerentes a APLV descritas nos formulários de prescrição médica e nutricional.

7.3 – Dieta Enteral elementar pediátrica

São candidatos à inclusão para o uso de dieta enteral elementar pediátrica as crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo:

- Crianças de 1 a 10 anos com APLV ou alergia a proteína de soja, ambas em situações graves (manifestações digestivas e extra-digestivas mediadas por IgE, má absorção, enterorragia e déficit nutricional).
- Crianças de 1 a 10 anos com alergia ou má absorção que não toleraram a dieta semi-elementar.
- Condições clínicas inerentes a APLV descritas nos formulários de prescrição médica e nutricional.

Observações gerais:

OBS1: crianças que forem candidatas a utilizarem as dietas enterais pediátricas deverão ser obrigatoriamente reavaliadas a cada 6 meses, com a apresentação de laudo e prescrição médica e nutricional com validade máxima de 6 meses.

OBS2: Para pacientes com ostomias, em risco nutricional ou desnutridos, o volume de dieta enteral poderá ser pleno de acordo com a avaliação clínica individualizada.

OBS3: De acordo com a OMS são considerados adolescentes os pacientes na faixa etária de 10 a 19 anos, por isso a dispensação de dietas enterais para os mesmos seguirá o Protocolo de Dispensação de Dietas Enterais para Adolescentes e Adulto.

8. FLUXO DE ATENDIMENTO

A dispensação de fórmulas especiais infantis no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Luziânia – GO será realizada mediante cumprimento de critérios técnicos e fluxo assistencial estabelecido, com o objetivo de garantir o uso adequado, seguro e criterioso, priorizando o aleitamento materno e o acompanhamento contínuo da criança pela rede pública de saúde.

Com o objetivo de garantir organização assistencial, avaliação clínica adequada e uso racional das fórmulas especiais infantis, fica estabelecido o seguinte fluxo de atendimento na rede pública de saúde do município de Luziânia – GO.

Todos os pacientes atendidos em hospitais públicos ou privados, Materno Infantil, Clínica de Especialidades ou de mais serviços da rede pública deverão ser encaminhados à Unidade Básica de Saúde de referência para acompanhamento pela equipe de enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O responsável legal pela criança deverá procurar inicialmente a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, onde será realizado o primeiro atendimento pela equipe de enfermagem. Nesta etapa, o enfermeiro realizará acolhimento, avaliação inicial da criança, verificação das condições de alimentação, registro antropométrico e análise do crescimento e desenvolvimento, incluindo o preenchimento dos gráficos na Caderneta da Criança. Nos casos em que a solicitação esteja relacionada à dificuldade de amamentação, a equipe de enfermagem realizará acompanhamento e orientações com o objetivo de promover, proteger e estimular o aleitamento materno, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. A dispensação de fórmula somente será autorizada quando comprovada, por meio de avaliação técnica, a impossibilidade ou contraindicação do aleitamento materno. O enfermeiro deve preencher um formulário (Anexo A) para ser encaminhado e anexado ao processo do paciente.

Compete à equipe de enfermagem realizar o acompanhamento da criança, incluindo avaliação antropométrica e o preenchimento obrigatório dos gráficos de crescimento na Caderneta da Criança, bem como emitir relatório técnico comprovando que a criança está sendo acompanhada na unidade de referência com a devida regularidade e parecer quanto à necessidade do uso da fórmula.

Após essa avaliação inicial, o paciente será encaminhado para consulta com médico clínico da rede pública, responsável pela avaliação clínica do caso. Caso o profissional identifique sinais ou condições clínicas que se enquadrem nos critérios estabelecidos para indicação de fórmulas especiais infantis, o médico deverá realizar encaminhamento para consulta com médico pediatra. Para fins de organização do acesso à especialidade, o encaminhamento deverá conter CID relacionado à condição clínica que justifique a indicação de fórmula especial, possibilitando a regulação do atendimento pelo setor de regulação municipal.

Na consulta especializada, o médico pediatra realizará avaliação clínica detalhada da criança e, quando confirmada a necessidade de utilização de fórmula especial, deverá preencher o Anexo B – Formulário de Prescrição Médica, contendo diagnóstico clínico, justificativa técnica para uso da fórmula, tempo previsto de utilização e demais informações clínicas pertinentes. O médico, quando julgar necessário, poderá solicitar exames bioquímicos que auxilie na justificativa da prescrição de fórmulas específicas a base de aminoácidos ou proteínas extensamente hidrolisada, tais como: sangue oculto nas fezes, calprotectina fecal, IgE e IgG (caseína, lactoglobulina), intolerância a lactose.

Após o preenchimento do formulário médico, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação com nutricionista da rede pública, que realizará avaliação nutricional completa, incluindo antropometria, classificação do estado nutricional, análise das curvas de crescimento segundo os

padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS), definição do tipo de fórmula indicado e quantitativo necessário. O nutricionista deverá preencher o Anexo C – Formulário de Prescrição Nutricional.

Compete ao profissional nutricionista realizar a orientação nutricional às mães ou responsáveis por crianças com suspeita ou diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), especialmente no que se refere à adoção de dieta de exclusão de leite e derivados da mãe antes da introdução de fórmulas especiais, como fórmulas extensamente hidrolisadas ou fórmulas à base de aminoácidos. Nos casos em que houver indicação clínica para início imediato da fórmula, a responsável deverá ser orientada quanto à necessidade de iniciar concomitantemente a dieta de exclusão de alimentos que contenham leite e seus derivados. Nessa situação, a dispensação da fórmula poderá ocorrer em caráter emergencial, até que seja efetivada a exclusão completa dos alimentos fonte de proteína do leite da dieta materna para que a mesma possa proceder amamentação. O nutricionista também deve realizar a avaliação antropométrica, o cálculo das necessidades energéticas e nutricionais do paciente e a prescrição da introdução alimentar para crianças acima de 6 meses.

Com a documentação devidamente preenchida, o responsável legal deverá encaminhar os documentos à Secretaria Municipal de Saúde, setor responsável pela abertura do processo administrativo para dispensação da fórmula especial infantil. No ato da abertura do processo o requerente deverá assinar o Termo de Esclarecimento (Anexo D).

A abertura do processo e posterior dispensação da fórmula especial somente será autorizada mediante apresentação completa dos seguintes relatórios:

- Relatório do enfermeiro com avaliação e gráficos de crescimento atualizados (Anexo A).
- Relatório médico da rede pública devidamente preenchido (Anexo B);
- Relatório nutricional da rede pública devidamente preenchido (Anexo C);

Após análise e deferimento do processo, a dispensação será realizada conforme protocolo vigente, permanecendo o paciente em acompanhamento obrigatório na Unidade Básica de Saúde de referência. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança deverá ser realizado periodicamente pela equipe da UBS, com avaliação antropométrica e atualização dos gráficos na Caderneta da Criança.

A cada seis meses, deverá ser realizado acompanhamento formal do caso, incluindo:

- atualização do relatório de acompanhamento da enfermagem, contendo avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança;
- atualização do relatório nutricional, com reavaliação antropométrica e análise do estado nutricional.

Caso, durante o acompanhamento na UBS, o enfermeiro identifique baixo peso, alteração no crescimento ou necessidade de reavaliação da fórmula utilizada, o paciente deverá ser novamente encaminhado para avaliação com o nutricionista da rede pública, que realizará nova avaliação nutricional e, quando necessário, ajustará o tipo ou a quantidade da fórmula prescrita.

A cada seis meses, os relatórios atualizados da enfermagem e da nutrição deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, como condição para manutenção do processo e continuidade do fornecimento da fórmula especial.

Após a abertura do processo administrativo junto à Secretaria Municipal de Saúde, será realizada visita domiciliar por profissional do Serviço Social, com a finalidade de verificação das informações prestadas e acompanhamento da situação socioassistencial do paciente. Caso o paciente ou responsável não seja localizado no domicílio após três tentativas consecutivas de visita, o processo

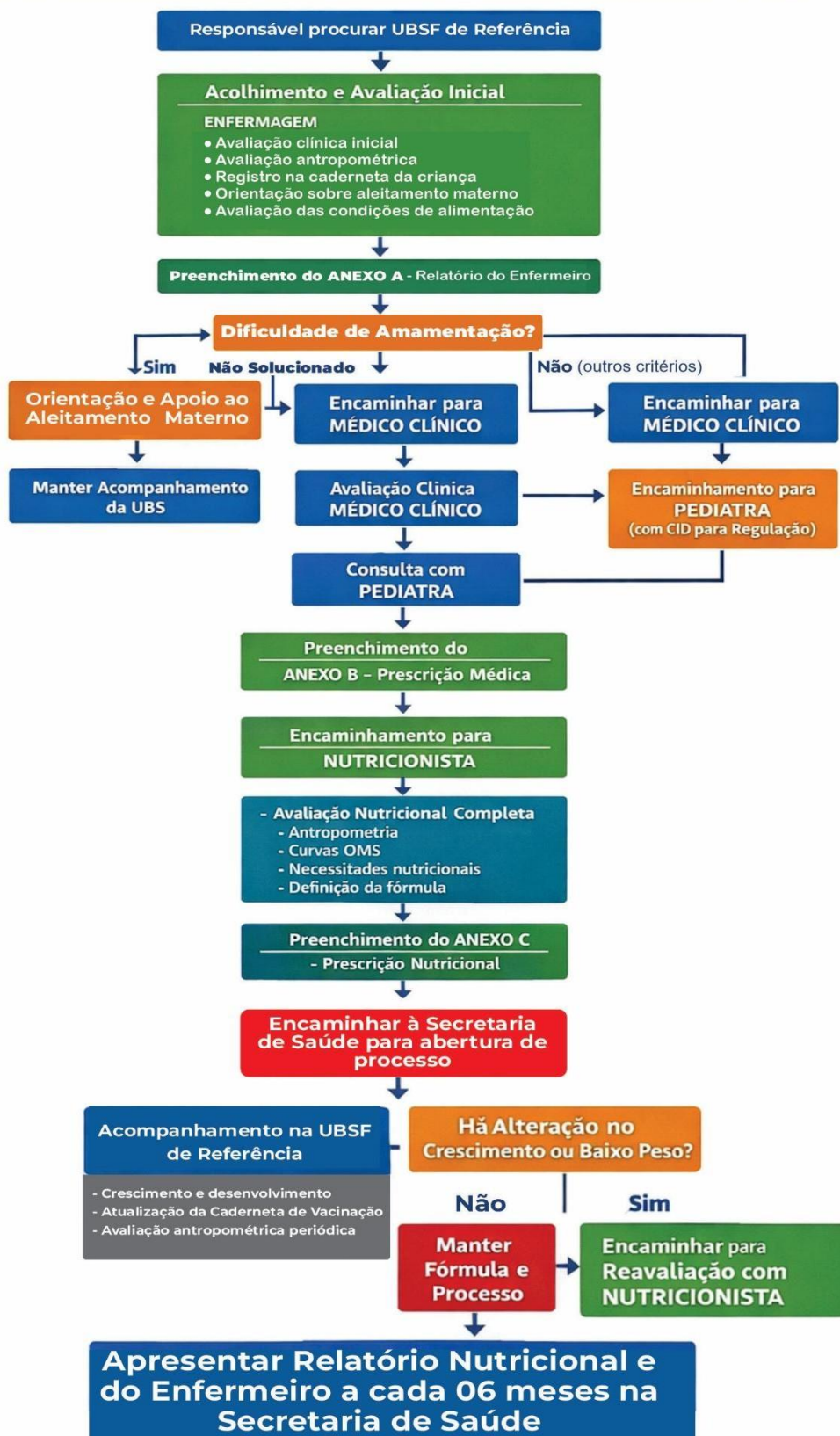
administrativo poderá ser suspenso, permanecendo condicionado à atualização cadastral ou manifestação do responsável legal.

A primeira retirada da fórmula será no ato da abertura do processo e a liberação será de forma parcial até ocorrer a visita domiciliar pela Assistente Social, após a visita domiciliar a liberação poderá ser total ou parcial de acordo com os critérios socioeconômicos.

Este fluxo tem como finalidade garantir o acompanhamento integral da criança, o uso racional de fórmulas especiais e a promoção prioritária do aleitamento materno.

Fluxo para Dispensação de Fórmulas Especiais Infantis

Luziânia-Go



9. CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO

- 1 - Não seguir as recomendações médicas e nutricionais, principalmente em relação à aderência às medidas dietéticas.
- 2 - Recuperação nutricional estabelecida e em condições clínicas de manter aporte nutricional adequado sem necessidade de suplementação com fórmulas e dietas enterais.
- 3 - Recuperação do comprometimento intestinal com restabelecimento da função absorptiva permitindo crescimento e desenvolvimento adequados com a alimentação habitual própria para a idade.
- 4 - Ausência de sintomas de APLV em resposta ao Teste de Provocação que deverá ser indicado e acompanhado pelo médico assistente.
- 5 - Atingir a idade máxima de 1 ano (12 meses).
- 6 - Não se enquadrar na liberação total de acordo com a avaliação socioeconômica;
- 7 - Não apresentar os laudos do médico e nutricionista, juntamente com os exames que comprovem a necessidade da fórmula de 3 em 3 meses;
- 8 - Não for encontrado em 2 visitas domiciliares sucessivas realizadas por equipe multidisciplinar da SMS.

10. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO

Para dispensação das fórmulas é necessário a abertura de um processo, sendo necessário os seguintes documentos:

- Relatório do enfermeiro da UBSF (ANEXO A devidamente preenchido)
- Laudo do médico da rede pública (ANEXO B devidamente preenchido);
- Laudo do nutricionista da rede pública (ANEXO C devidamente preenchido);
- Gráficos de crescimento da caderneta da criança preenchidos regularmente;
- Exames laboratoriais de imagem ou bioquímicos que comprovem a necessidade específica da fórmula prescrita (em caso de APLV);
- Documento de identificação do paciente (certidão de nascimento, registro de identidade, CPF se houver);
- Documento de identificação do responsável (CPF e RG);
- Cartão do SUS do paciente;
- Comprovante de residência atualizado.

ESCLARECIMENTOS IMPORTANTES

A quantidade de produto recebida na data de inclusão poderá a qualquer momento sofrer alteração, como acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente e de acordo com os critérios para o fornecimento de fórmulas alimentares industrializadas descritos no protocolo do programa, portanto, a quantidade de produto dispensado ao mês pode variar de acordo com a idade, diagnóstico e evolução do quadro clínico. Ressalta-se que o programa tem caráter de apoio complementar, não sendo responsável pelo fornecimento integral da quantidade prescrita mensalmente.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- 1 - VAN AANHOLT, D. P. J. et al.. Terapia Nutricional Domiciliar. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, Enteral e Parenteral na prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 1, cap. 68, p. 1109-1128.
- 2 - TRAHMS, C. M.. Nutrição durante a lactância. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 8, p. 202-221.
- 3 - CONSENSO BRASILEIRO DE ALERGIA ALIMENTAR, 2007. **[Consenso...]**. Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2007.
- 4 - AGOSTINI, C. et al.. Complementary Feeding: a Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.**, [S.l.], v. 46, n.1, p. 99-110, 2008.
- 5 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.
- 6 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Amamentação, 2003**. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/>. Acesso em: 12 nov. 2009.
- 7 - SARNI, R. S.; MUNEKATA, R. V.. Terapia Nutricional na Desnutrição Energético-Proteica Grave. In: LOPEZ, F. A. et al. **Fundamentos da Terapia Nutricional em Pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002. cap. 8, p. 115-132.
- 8 - BAHÚ, M. G. S.; GUEDES, A. L.. Má absorção intestinal – Exploração diagnóstica. In: FERREIRA, C.T.; CARVALHO, E.; SILVA, L. R. **Gastroenterologia e Hepatologia em pediatria – Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Medsi, 2003. cap. 7, p. 133-143
- 9 - ANDERSON, L. et al.. Dieta na doença gastrointestinal. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap. 26, p. 393-412.
- 10 _____. Câncer e outras Doenças. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap. 34, p. 523-534.
- 11 - CARLSON, T.H.. Dados laboratoriais na avaliação nutricional. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 18, p. 419-436.
- 12 - VIEIRA, M.C. et al.. **Guia de diagnóstico e Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca**. 2004. p. 9.
- 13 - CARVALHO, S. D.; PENNA, F. J.. Intolerância alimentar. In: NETO, F.T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 8, p. 212-222.
- 14 - MORAIS, M. B.; SPERIDIÃO, P. G. L.. Alergia Alimentar. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, Enteral e Parenteral na prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 2, cap. 87, p. 1389-1404.
- 15 - SEIDMAN, E. G.; SINGER, S.. Alergia Alimentar e Gastroenteropatia eosinofílica. In: FERREIRA, C.T.; CARVALHO, E.; SILVA, L.R. **Gastroenterologia e Hepatologia em pediatria – Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Medsi, 2003. cap. 9, p. 153-160.
- 16 - VIEIRA, M.C. et al.. **Guia de diagnóstico e Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca**. [S.l.: s.n., 2004]. p.9,10,19,20.

CRITÉRIOS DE USO DE DIETA ENTERAL PARA ADOLESCENTES E ADULTOS

1. INTRODUÇÃO

A má nutrição é um estado no qual a deficiência de nutrientes (proteína, vitaminas e minerais) causam efeitos adversos mensuráveis sobre a composição, função ou resultados clínicos. A má nutrição pode ser a causa bem como a consequência de uma doença, aumentando a vulnerabilidade do paciente a outras doenças. Os métodos para melhorar ou manter um estado nutricional são denominadas de suporte nutricional que incluem: suporte nutricional oral, nutrição enteral e nutrição parenteral.

A terapia nutricional ou farmaconutrição deverá ser considerada para os seguintes casos:

- Desnutrição definida como: IMC menor que 18,5 Kg/m²; perda de peso não intencional maior que 10% dentro de 2-3 meses; IMC menor que 20 Kg/m² e perda de peso não intencional maior que 5% dentro de um período de 3-6 meses.
- Estados de má nutrição definido como: se alimentam pouco ou não se alimentam por mais de 5 dias e/ou que têm impossibilidade para receber alimentação nos próximos 5 dias ou mais; têm baixa capacidade de absorção e/ou que apresentam perda elevada de nutrientes ou que possuem necessidades nutricionais aumentadas relacionadas ao catabolismo, por exemplo.

2. INDICAÇÃO PARA USO E DISPENSAÇÃO

Código	Descrição
F009	Demência não especificada na doença de Alzheimer
F028	Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte
F023	Demência na doença de Parkinson
F03	Demência não especificada
F011	Demência por infartos múltiplos
F010	Demência vascular de início agudo
F013	Demência vascular mista, cortical e subcortical
F019	Demência vascular não especificada
C024	Neoplasia maligna da amígdala lingual
C01	Neoplasia maligna da base da língua
C021	Neoplasia maligna da borda da língua
C028	Neoplasia maligna da língua com lesão invasiva
C029	Neoplasia maligna da língua, não especificada
Q391	Atresia de esôfago, com fístula traqueoesofágica
Q390	Atresia de esôfago, sem fístula
D001	Carcinoma <i>in situ</i> do esôfago
K229	Doença do esôfago, sem outra especificação

Q393	Estenose congênita e estreitamento congênito do esôfago
S112	Ferimento envolvendo a faringe e o esôfago cervical
Q399	Malformação congênita não especificada do esôfago
K231	Megaesôfago na doença de Chagas
C152	Neoplasia maligna da porção abdominal do esôfago (esôfago abdominal)
C150	Neoplasia maligna da porção cervical do esôfago (esôfago cervical)
C151	Neoplasia maligna da porção torácica do esôfago (esôfago torácico)
C158	Neoplasia maligna do esôfago com lesão invasiva
C159	Neoplasia maligna do esôfago, não especificado
C155	Neoplasia maligna do terço inferior do esôfago
C154	Neoplasia maligna do terço médio do esôfago
C153	Neoplasia maligna do terço superior do esôfago
K222	Obstrução do esôfago
T281	Queimadura do esôfago
K238	Transtornos do esôfago em outras doenças classificadas em outra parte
K221	Úlcera do esôfago
Z903	Ausência adquirida de parte do estômago
D002	Carcinoma <i>in situ</i> do estômago
K312	Estenose e estreitamento em ampulheta do estômago
K316	Fístula do estômago e do duodeno
D371	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do estômago
C166	Neoplasia maligna da grande curvatura do estômago, não especificada
C165	Neoplasia maligna da pequena curvatura do estômago, não especificada
C162	Neoplasia maligna do corpo do estômago
C168	Neoplasia maligna do estômago com lesão invasiva
C169	Neoplasia maligna do estômago, não especificado
C161	Neoplasia maligna do fundo do estômago
Z931	Gastrostomia
E43	Desnutrição protéico-calórica grave não especificada
E441	Desnutrição protéico-calórica leve
E440	Desnutrição protéico-calórica moderada
E46	Desnutrição protéico-calórica não especificada
G122	Doença do neurônio motor
I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

S062	Traumatismo cerebral difuso
S063	Traumatismo cerebral focal
G35	Esclerose múltipla
M340	Esclerose sistêmica progressiva
G319	Doença degenerativa do sistema nervoso, não especificada

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes em **uso exclusivo** de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, **combinada com a via oral** com pelo menos uma das seguintes **condições clínicas abaixo**:

- Pacientes portadores de neoplasias, que causem obstrução do trato gastrointestinal (definidas de acordo com os CIDs incluídos no item 2);
- Pacientes com disfagia neurológica grave, decorrente de: Acidente Vascular Encefálico (AVE); Traumatismo Crânio-Encefálico; doença de Alzheimer; Parkinson; demência vascular; esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica;
- Pacientes com baixo peso: IMC abaixo de 17 kg/m^2 , nesse caso, a dieta será fornecida apenas como complemento, no máximo 4 latas ao mês, até no máximo 3 meses com o objetivo de recuperação do estado nutricional. Após 3 meses será necessário trazer novos laudos e avaliação do estado nutricional. Se o IMC estiver acima de 19 kg/m^2 , será suspensa a dispensação da fórmula.

Observação 1: o diagnóstico isolado da doença não é critério exclusivo para uso de terapia nutricional, pois possivelmente poderá retornar a alimentação por via oral de forma a garantir a oferta necessária de macro e micronutrientes.

Observação 2: demais casos que não estão contemplados nesse protocolo, serão discutidos com a equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade.

4. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO

Apresentação dos seguintes documentos emitidos por médico-nutrólogo, geriatra, gastroenterologista, oncologista, neurologista e nutricionista:

- Prescrição da dieta pelo nutricionista contendo dados relacionados: sexo, idade, doença de base e gasto energético;
- Laudo médico especificando a doença de base e justificativa para necessidade da dieta enteral por via artificial e da impossibilidade de retorno a via oral;
- Comprovante de residência atualizado;
- Documentos de identificação (RG e CPF) do paciente;
- Documentos de identificação (RG e CPF) do responsável pela abertura do processo;
- Cartão do SUS.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes que requerem regimes terapêuticos específico em longo prazo para o tratamento de doenças como erros inatos do metabolismo, doença cardíaca, hepática ou renal crônica;
- Desordens alimentares e obesidade;
- Uso concomitante de alguma forma de alimentação via oral;
- Pacientes que não residirem no município de Luziânia – GO.

Obs.: Obs.: A dispensação será realizada mediante a visita domiciliar com equipe multidisciplinar onde será avaliada as condições socioeconômicas do núcleo familiar onde será definida a quantidade a ser dispensada.

6. POSOLOGIA E MODO DE USAR

- Preconiza-se o mínimo de 25 calorias por Kg/dia e de acordo com as necessidades nutricionais, e máximo de 35 calorias Kg/dia;
- Necessidade protéica Kg/dia: 1,2 a 1,5 g de proteína;

7. RECOMENDAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Pessoas que recebem terapia nutricional enteral em domicílio devem ser monitoradas por profissionais de saúde a cada três meses, para os seguintes parâmetros: necessidades nutricionais; volume e balanço eletrolítico; peso, IMC e circunferência do braço e prega cutânea; função gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, constipação ou distensão abdominal), tolerabilidade da sonda; condição da gastrostomia, ou da sonda de longa permanência, sinais de infecção e condições clínicas gerais do paciente. Portanto, deve-se realizar avaliação trimestral, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Laudo médico especificando a doença de base e justificativa para manutenção da terapia nutricional por via artificial e da impossibilidade de retorno a via oral;
- Laudo nutricional com as informações pertinentes de peso, estado nutricional, função intestinal, quantidade necessária de dieta diária.

8. DIETAS A SEREM FORNECIDAS

- Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose, sacarose e glúten, fonte de proteína a base de caseinato em pó para reconstituição;
- Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose, sacarose e glúten, fonte de proteína a base de caseinato e enriquecida com mix mult fiber em pó para reconstituição;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (Reino Unido) (Ed.). **Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition.** 32. ed. London: Nice, 2006. 54 p. Disponível em: <www.nice.org.uk>. Acesso em: 01 dez. 2009. NICE
- 2 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde.** 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- 3 - VOLKERT, D. et al. ESPEN. Guidelines on Enteral Nutrition:Geriatrics. **Clinical Nutrition**, London, n. 25, p.330-360, 2006. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Disponível em: <<http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu>>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- 4 - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (Espanha). **Protocolos para prescripción de nutrição parenteral e enteral.** Madrid, 1998. Disponível em: <www.senpe.org/>. Acesso em: 10 nov. 2009.
- 5 - ARENDS, J. et al. ESPEN. Guidelines on Enteral Nutrition:non-surgical oncology. **Clinical Nutrition**, London, n. 25, p.245-259, 2006. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Disponível em: <<http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu>>. Acesso em: 10 dez. 2009.
- 6 - STRATTON, R.J.; GREEN, C. J.; ELIA, M.. **Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment.** Cambridge: Cab International, 2003. 289 p.

ANEXO A

ANEXO A – FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA A SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, DIETAS ENTERAIS E COMPLEMENTOS ALIMENTARES				
Todos os campos devem ser preenchidos pelo (a) PROFISSIONAL do SUS que acompanha o paciente e encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde para abertura do Protocolo.				
UNIDADE DE ATENDIMENTO: _____				
Nome do Paciente:	_____			
CNS do paciente:	_____	CPF do paciente:	_____	
Data de Nascimento:	____/____/____	Data da avaliação:	____/____/____	
Peso atual:	_____ kg	Estatura Atual:	_____ cm	IMC: _____ kg/m
CURVA PESO/IDADE E ESTATURA/IDADE PADRÃO OMS 2006) ULTIMAS 3 CONSULTAS				
DATA	IDADE	PESO (KG)	ESTATURA	IMC
Sintomatologia atual da patologia: _____				
Alimentos proibidos: _____				
Exames realizados para determinar ou evidenciar o diagnóstico (transcrever o resultado): _____				
OBSERVAÇÕES:				
EQUIPE ACS:				
Dados do profissional				
Nome: _____				
Data: ____/____/____				
_____ Carimbo e assinatura				

ANEXO B

ANEXO B - LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome completo:			
Sexo: () M () F		Data de nascimento (D.N): ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:	
Nome completo da Mãe :			
Responsável:		D.N:	
CPF:	RG:	CNS:	
Endereço: (rua,nº,bairro)			
Município de residência:			
Telefone(s):		UF:	CEP:
E-mail:			
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA			
Doença principal:			CID
Outro (s) Diagnóstico (s) : CID's:			
Foi prematuro? Não () Sim () Semana gestacional: _____ Peso nascimento: _____ Idade de introdução de leite de vaca (LV): _____ Fórmula _____ LV integral _____ Idade início dos sintomas: _____ Resumo da evolução clínica e histórica atual da doença: _____ _____ _____			
Assinalar os sinais e sintomas que justificam a indicação da fórmula ou terapia nutricional:			
PELE: ☐ Urticária ☐ Angioedema ☐ Prurido ☐ Demartite	TRATO RESPIRATORIO: ☐ BCE ☐ Tosse ☐ Prurido ☐ Rinite orofaringe ☐ Rinite e coriza nasal ☐ Edema de laringe	TRATO GI: ☐ Dor abdominal / cólica ☐ Diarréia ☐ Constipação ☐ Vômitos / náuseas ☐ Distensão abdominal ☐ Flatulência ☐ Sangue nas fezes ☐ Refluxo/Regurgitação/Soluços/Esofagite	OUTROS: ☐ Anafilaxia ☐ Cefaléia ☐ Otite ☐ Baixo ganho de peso ☐ Inapetência ☐ Intolerância a lactose ☐ Alergia alimentar múltipla
Medicações em uso: _____			
Exames importantes e mais recentes (colocar data):			
PRESCRIÇÃO DE FÓRMULA ESPECIAL OU DIETA ENTERAL Troca de fórmula: Qual fórmula já usou, quando (idade), qual tempo de uso, resultado: _____ _____ _____			
Fórmula prescrita	Volume e fracionamento/dia	Total de latas / mês	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do estabelecimento:		CNES:	
Nome do profissional:		CRM	
CPF:	CNS:		
(casos de alergia à proteínas do leite de vaca (APLV) - preencher também a folha 2) Data: ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo (Médico)			

Manifestações clínicas de APLV

Alergia Alimentar Classificação:

() IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Alergias múltiplas

Data do início do quadro: ____/____/____

Manifestações cutâneas:

() urticária () prurido () angioedema () dermatite () outros

Observações:

Manifestações gastrointestinais:

() dor abdominal () diarreia () constipação () vômitos/náuseas () refluxo

() Distensão abdominal () sangue nas fezes () outros

Observações:

Manifestações respiratórias:

() broncoespasmo () tosse () rinite () edema de laringe () outros

Observações:

Avaliação bioquímica:

() sangue oculto nas fezes () alfa-1-antitripsina fecal () calprotectina fecal

Data do exame: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo (Médico)

ANEXO C

ANEXO C – FORMULÁRIO NUTRICIONAL DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, DIETAS ENTERAIS E COMPLEMENTOS ALIMENTARES				
Todos os campos devem ser preenchidos pelo (a) nutricionista do SUS que acompanha o paciente e encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde para abertura do Protocolo.				
Nome do Paciente:				
CNS do paciente:				
Data de Nascimento:	___/___/___	Data da avaliação:	___/___/___	
Peso atual:	kg	Estatura Atual:	cm	IMC: kg/m ²
Percentil/ Escore Z:				
*(ANEXAR E TRAÇAR CURVA PESO/IDADE E ESTATURA/IDADE PADRÃO OMS 2006)				
DATA				
PESO (KG)				
*Inserir os 3 últimos pesos				
Diagnóstico nutricional:				
CID10:				
Descrição da história clínica:				
Sintomatologia atual:				
Alimentos proibidos:				
Exames realizados para determinar ou evidenciar o diagnóstico (transcrever o resultado):				
PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL				
() VO () TNE+VO () TNE EXCLUSIVA () TNE+TPP				
VIA DE ACESSO				
Sonda:	() Nasogástrica	() Nasoentérica	() Gastrostomia	() Jejunostomia
Descritivo da fórmula solicitada	Volume fracionamento/dia (quantidade em gramas por refeição)		Quantidade total mensal (latas 400 ou 800g)	
Tempo de tratamento proposto:				
Necessidade Energéticas				
Dados do profissional solicitante				
Nome				Conselho
Serviço	Telefone para contato ()			
Documento comprobatório de atendimento no SUS				
Código de transação da consulta (encaminhamento pela UBS)				
Unidade de atendimento:				
Data: ___/___/___				
Carimbo e assinatura do(a) nutricionista				

ANEXO D

ANEXO D - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA USO E FORNECIMENTO AMBULATORIAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO MUNICÍPIO DE LUZIÂNIA - GO	
Eu, _____ (nome do Paciente ou responsável), declaro estar sendo admitido no Protocolo de Fornecimento de Fórmulas Nutricionais e reconheço as normas e critérios que o definem.	
Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico / nutricionista _____ (nome do médico/nutricionista que prescreve).	
Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do Protocolo Municipal, dentre as quais estão elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo da Portaria:	
- As fórmulas nutricionais são destinadas a residente no município de Luziânia-GO e em caso de mudança para outra cidade, informarei ao Setor de Nutrição, assim como comunicarei alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar. - Preencho criteriosamente os critérios definidos em protocolo para fórmula nutricional solicitada. - Sou capaz ou possuo cuidador/responsável com condições sociais e culturais satisfatórias para a utilização correta da terapia nutricional, sendo capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente das fórmulas nutricionais. - Estou sujeito à auditoria/avaliação presencial, a ser realizada por equipe autorizada pela SMS em ambulatório/SMS ou em domicílio, em periodicidade a ser determinada pelo serviço. - O acompanhamento deverá ser realizado com profissionais assistentes e para manutenção do fornecimento da fórmula nutricional, as documentações solicitadas pela SMS deverão ser entregues no Setor de Nutrição, sempre que solicitado. O não envio de informações/documentos no prazo estipulado poderá implicar na interrupção do tratamento. - As fórmulas nutricionais fornecidas são de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida ao Setor de Nutrição, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos. - Durante o tratamento, as fórmulas nutricionais fornecidas poderão apresentar nomes comerciais diferentes, cabendo ao profissional assistente o ajuste do quantitativo solicitado conforme a colher medida do produto disponível correspondente a descrição da fórmula nutricional solicitada. - Alterações de quantitativos que poderão ocorrer durante o tratamento estarão sujeitos à avaliação pela SMS e o aumento só poderá ser praticado após deferimento e recebimento do novo quantitativo da fórmula. - Recebi informações de que o programa tem caráter de apoio complementar, podendo em certas ocasiões não fornecer a quantidade integral da fórmula prescrita. - O processo possui validade de 6 meses, sendo portanto necessário a renovação ao final da vigência.	
Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não	
Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou do responsável legal _____ Data: ____ / ____ / ____	