



SUPLEMENTOS/DIETAS ENTERAIS (MAIORES DE 24 MESES)

INTRODUÇÃO

O alimento constitui-se um elemento essencial à vida humana. Sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e aspirações.

De acordo com a Lei Federal 8080/90, a alimentação é um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput), sendo a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) atribuições específicas do SUS.

Segundo a RDC 63/2000, Terapia Nutricional (TN) é o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral. Entende-se por nutrição enteral o alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Este protocolo tem como objetivo dispor as normas sobre a dispensação de fórmulas alimentares industrializadas (suplementos alimentares, dietas enterais e fórmulas infantis) aos usuários do SUS residentes no município de São Sebastião do Paraíso, levando em consideração critérios clínicos e nutricionais.

CRITÉRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO DE SOLICITAÇÃO

- Residir no município de São Sebastião do Paraíso;
- Ser cadastrado na Unidade de Saúde de referência do município;
- Atender os critérios clínicos e nutricionais estabelecidos neste protocolo;
- Apresentar a documentação exigida quando solicitada pelo profissional nutricionista de referência.
- Cópia dos documentos necessários para cadastro e renovação junto ao almoxarifado de saúde; **(Anexo 1)**

DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

- O protocolo de dispensação de fórmulas nutricionais atenderá crianças a partir de 24 meses de idade, adolescentes, adultos e idosos.
- Para dar início ao processo, o usuário deverá procurar a USF de referência, onde será avaliada a necessidade da indicação do suplemento alimentar, com o respectivo critério clínico. Caso tenha, o médico preencherá o laudo e enviará ao ambulatório da equipe multiprofissional (EMAP).

- A avaliação nutricional e renovação do processo será realizada apenas por nutricionista.
- Para prescrições de fórmulas vindas de Hospitais/Santas Casas, as fórmulas serão dispensadas pelo almoxarifado municipal para apenas 30 dias. Nesse período, o usuário deve procurar a Unidade de Saúde de referência para seguir o fluxo deste protocolo.
- Até que seja agendado o atendimento com nutricionista, o usuário também poderá retirar a fórmula para 30 dias com o receituário preenchido pelo médico da USF, contendo o nome e quantidade da fórmula.
- A quantidade máxima de fórmula a ser dispensada será de acordo com a **tabela 1**;
- O usuário será reavaliado a cada 4 meses por nutricionista.
- Os usuários em uso de dieta enteral via gastrostomia receberão mensalmente 6 seringas de 60 ml de bico cateter, 10 seringas de 20 ml, 15 frascos e 15 equipos para administração da dieta. Usuários em uso de sonda nasogástrica ou nasoentérica receberão mensalmente 10 seringas de 20 ml, 15 frascos e 15 equipos para administração da dieta. A entrega mensal desses materiais serão realizadas pelas Unidades de Saúde de referência dos usuários;

CRIANÇAS A PARTIR DE 24 MESES E ADOLESCENTES

Via enteral

O valor calórico total ofertado via dieta enteral industrializada será de acordo com o limite máximo de latas descrito na Tabela 1. O restante das necessidades nutricionais será suprida através de dieta artesanal prescrita pelo nutricionista.

Via oral

O valor calórico total ofertado via terapia nutricional oral será de acordo com o limite máximo de latas descrito na Tabela 1. O restante das necessidades nutricionais será suprida através da alimentação orientada pelo nutricionista.

Para o fornecimento serão considerados pelo menos 01 (um) critério clínico associado a 01 (um) critério nutricional.

Critérios nutricionais:

- Peso por idade: baixo e muito baixo peso para idade (conforme anexo 2)
- IMC por idade: magreza e magreza acentuada (conforme anexo 2)

Critérios Clínicos:

- Diabetes Mellitus associado a hemoglobina glicada >10% (**comprovada por exames e relatório médico pediatra**).
- Erros inatos do metabolismo (**comprovada por exames e relatório médico pediatra**).
- Doenças disabsortivas (doença celíaca, doença de Chron, retocolite ulcerativa)
- Fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas;
- Pós-operatório imediato (15 dias) do Trato Gastrointestinal ou transplante;

- AIDS;
- IRC em tratamento dialítico ou Filtração Glomerular de 15 a 29 ml/min) com restrição de volume;
- Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência;
- Sequela Neurológica (Paralisia cerebral, hipoxia neonatal, meningite, AVE, TCE, doenças neurodegenerativas e neuromusculares);
- Sequelas ou politraumas secundários a Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Quedas e Acidentes.
- Cuidados paliativos;
- Hipermetabolismo (queimadura, sepse, trauma múltiplo, tétano)
- Disfagia

Observação:

- Pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós tratamento, receberão fórmula nutricional independente do estado nutricional;
- Pacientes em uso de sonda nasoentérica ou nasogástrica ou gastrostomia ou jejunostomia, receberão fórmula nutricional independente do estado nutricional;

ADULTOS E IDOSOS

Via enteral

O valor calórico total ofertado via dieta enteral industrializada será de acordo com o limite máximo de latas descrito na Tabela 1. O restante das necessidades nutricionais será suprida através de dieta artesanal prescrita pelo nutricionista.

Via oral

O valor calórico total ofertado via terapia nutricional oral será de acordo com o limite máximo de latas descrito na Tabela 1. O restante das necessidades nutricionais será suprida através da alimentação orientada pelo nutricionista.

Para o fornecimento serão considerados pelo menos 01 (um) critério clínico associado a 01 (um) critério nutricional.

Critérios Nutricionais (20 a 59 anos):

- IMC < 18,5 kg/m²*
- Perda involuntária de peso maior ou igual a 10% em 6 meses

Critérios Nutricionais (maior de 60 anos):

- IMC < 22kg/m²*;
- Perda involuntária de peso maior ou igual a 10% em 6 meses;
- Classificação da Circunferência do Braço (CB): < 20 cm

Critérios Clínicos:

- Diabetes Mellitus associado a hemoglobina glicada >10% (**comprovada por exames**);

- Erros inatos do metabolismo (**comprovada por exames**);
- Doenças disabsortivas (doença celíaca, doença de Chron, retocolite ulcerativa) (**comprovada por exames**);
- Fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas;
- Pós-operatório imediato (15 dias) do Trato Gastrointestinal ou transplante;
- AIDS;
- IRC em tratamento dialítico ou Filtração Glomerular de 15 a 29 ml/min) com restrição de volume;
- Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência;
- Sequela Neurológica (AVE, TCE, doenças neurodegenerativas e neuromusculares);
- Sequelas ou politraumas secundários a Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Quedas e Acidentes.
- Cuidados paliativos;
- Hipermetabolismo (queimadura, sepse, trauma múltiplo, tétano)
- Inapetência associada a desnutrição
- Disfagia
- DPOC

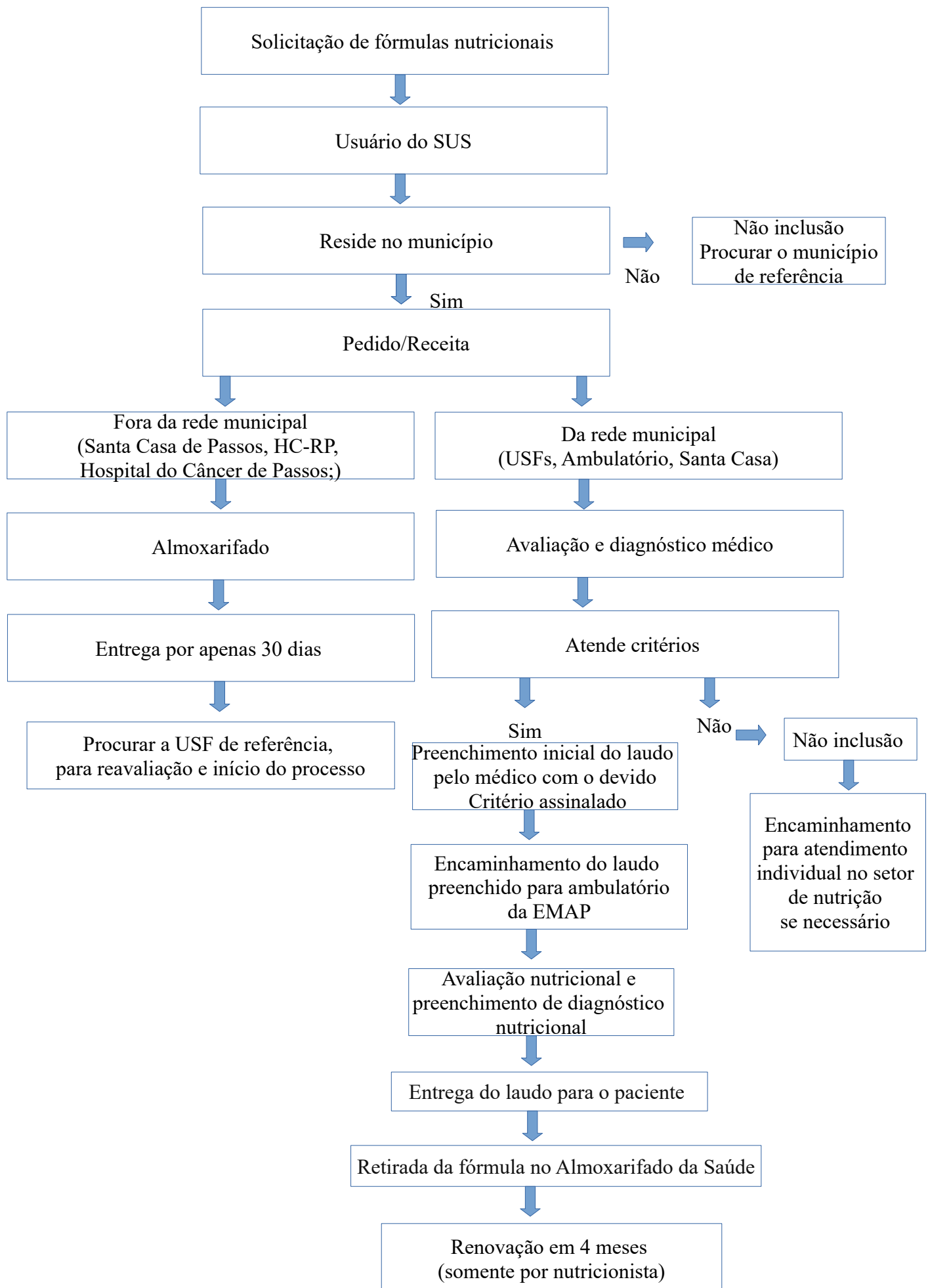
Observação:

- Pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós tratamento, receberão fórmula nutricional independente do estado nutricional;
- Pacientes em uso de sonda nasoentérica ou nasogástrica ou gastrostomia ou jejunostomia, receberão fórmula nutricional independente do estado nutricional;

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Falta não justificada ao atendimento agendado;
- Recuperação do estado nutricional (IMC adequado);
- Uso incorreto da fórmula nutricional;
- Mudar do município;
- Óbito;
- Alta médica e/ou nutricional (não preencher mais critérios);

FLUXOGRAMA CRIANÇAS A PARTIR DE 12 MESES ATÉ IDOSOS



**LAUDO CLÍNICO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS (MAIORES DE 24 MESES)**

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento (D.N): ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Nome completo da Mãe: _____

Endereço: (rua,nº,bairro): _____

Município de residência: São Sebastião do Paraíso _____

Telefone(s): _____ UF: MG CEP: 37950000Assinalar o critério clínico que justifica a indicação da terapia nutricional:

- () Diabetes Mellitus associado a hemoglobina glicada >10% (comprovada por exames).
() Erros inatos do metabolismo
() Doenças disabsortivas (doença celíaca, doença de Chron, retocolite ulcerativa)
() Fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas;
() Pós-operatório imediato (15 dias) do Trato Gastrointestinal ou transplante;
() Neoplasias;
() AIDS;
() IRC em tratamento dialítico ou Filtração Glomerular de 15 a 29 ml/min) com restrição de volume;
() Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência;
() Sequela Neurológica (AVE, TCE, doenças neurodegenerativas e neuromusculares);
() Sequelas ou politraumas secundários a Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Quedas e Acidentes.
() Cuidados paliativos;
() Hipermetabolismo (queimadura, sepse, trauma múltiplo, tétano)
() Inapetência (Crianças e adolescentes com IMC < escore z -2; adultos com IMC < 18,5 kg/m²; idosos com IMC < 22 kg/m²)
() Disfagia
() DPOC
() Alimentação por via enteral

OBSERVAÇÕES _____

Assinatura e carimbo (médico)

Data: ____/____/____

**LAUDO NUTRICIONAL PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS**

- Prescrição inicial
 Renovação

Nome completo: _____
Idade _____ Prontuário: _____

ANTROPOMETRIA

Peso (kg): _____ () atual () estimado Estatura (cm) : _____ () atual () estimado IMC: _____

Laudo nutricional: _____

Assinalar o critério nutricional que justifica a indicação da terapia nutricional:

- Baixo ou muito baixo peso para idade
 Magreza ou magreza acentuada (crianças e adolescentes)
 IMC < 18,5kg/m² (adultos)
 IMC < 22kg/m² (idosos)
 CB < 20 cm (idosos)
 Perda de peso involuntária maior ou igual a 10% em 6 meses.
 Neoplasia
 Alimentação por via enteral

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL:

- Via Oral () Terapia Nutrição Enteral + Via Oral () Ter Nutric Enteral exclusiva

Via de acesso:

Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia

Descritivo da fórmula solicitada	Volume e fracionamento/dia	Total / Mês
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____

Unidade de Saúde de referência: _____

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

Tabela 1:**PADRONIZAÇÃO DAS QUANTIDADES MÁXIMAS A SEREM DISPENSADAS MENSALMENTE**

Fórmula Nutricional	Indicações	Quantidade máxima por mês
Fórmula nutricional enteral ou oral em pó – normocalórica;	Adulto/Idoso	Oral- 06 latas de 800g ou 12 latas de 400g Enteral – 12 latas de 800g ou 24 latas de 400g
Fórmula nutricional enteral ou oral em pó – hiperproteica;	Adulto/Idoso	Oral- 12 latas de 400g Enteral – 25 latas de 400g
Dieta líquida para nutrição enteral ou oral – 1,2kcal/ml;	Adulto/Idoso	22 litros/mês
Dieta líquida para nutrição enteral ou oral – 1,5kcal/l;	Adulto/Idoso	22 litros/mês
Fórmula nutricional para nutrição oral ou enteral, específica para diabéticos;	Adulto/Idoso	Oral – 12 latas de 400g Enteral – 25 Latas de 400g
Fórmula infantil com 100% de aminoácidos livres, não alergênica, com tcm, lipídeos e dha/ara;	Crianças até 10 anos	10 latas – 400g
Fórmula nutricional pediátrica para nutrição oral ou enteral;	Crianças até 10 anos	Oral- 10 latas de 400g Enteral – 22 latas de 400g
Fórmula nutricional em pó infantil para nutrição oral ou enteral com até 20g de sacarose;	Crianças até 10 anos	Oral- 13 latas de 400g Enteral – 22 latas de 400g
Fórmula nutricional em pó a base de proteína de soja;	A partir de 3 anos	10 Latas – 350g
Fórmula nutricional em pó oral ou enteral, indicada à pacientes portadores de doença de crohn;	Adulto/Idoso	10 Latas – 400g
Módulo de proteína em pó de alto valor biológico;	Adulto/Idoso	06 Latas – 240g

Observação

Em caso de falta da fórmula nutricional enteral normoproteica em pó, poderá ser dispensado até 30 litros/mês da dieta líquida para nutrição enteral.

ANEXO 1:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO E DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS

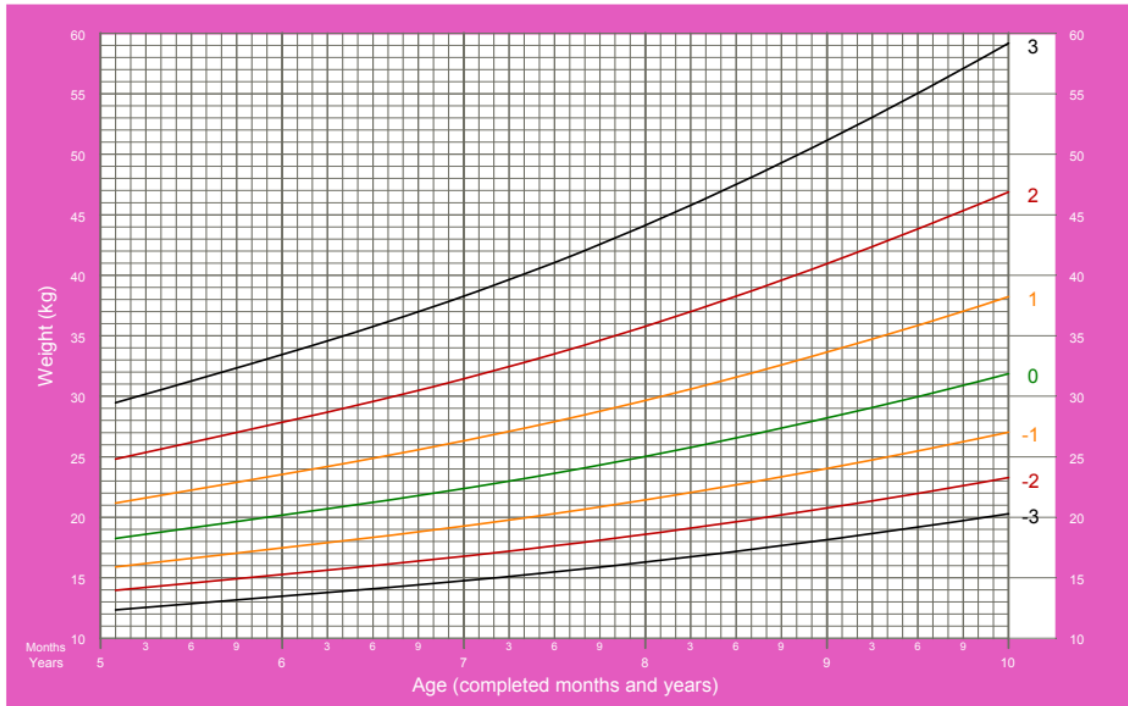
- Identidade dos responsáveis (cópia);
- Comprovante de endereço atual (cópia);
- Certidão de nascimento da criança (cópia);
- Cartão SUS da criança (cópia);
- CPF do usuário e/ou responsável (cópia);
- Prescrição (receita) com a quantidade de fórmula necessária para 01 mês, a ser renovada pelo médico e/ou nutricionista da USF e pediatra;
- Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, a ser preenchido pelo médico e nutricionista responsável);
- A renovação ocorre a cada 4 meses e são necessários: receita médica atualizada e o Laudo médico para Dispensação de Fórmulas Nutricionais com justificativa e CID da doença; com o peso e estatura da criança, encaminhados para o setor de nutrição;

ANEXO 2:

PESO MENINAS 5 A 10 ANOS.

Weight-for-age GIRLS

5 to 10 years (z-scores)

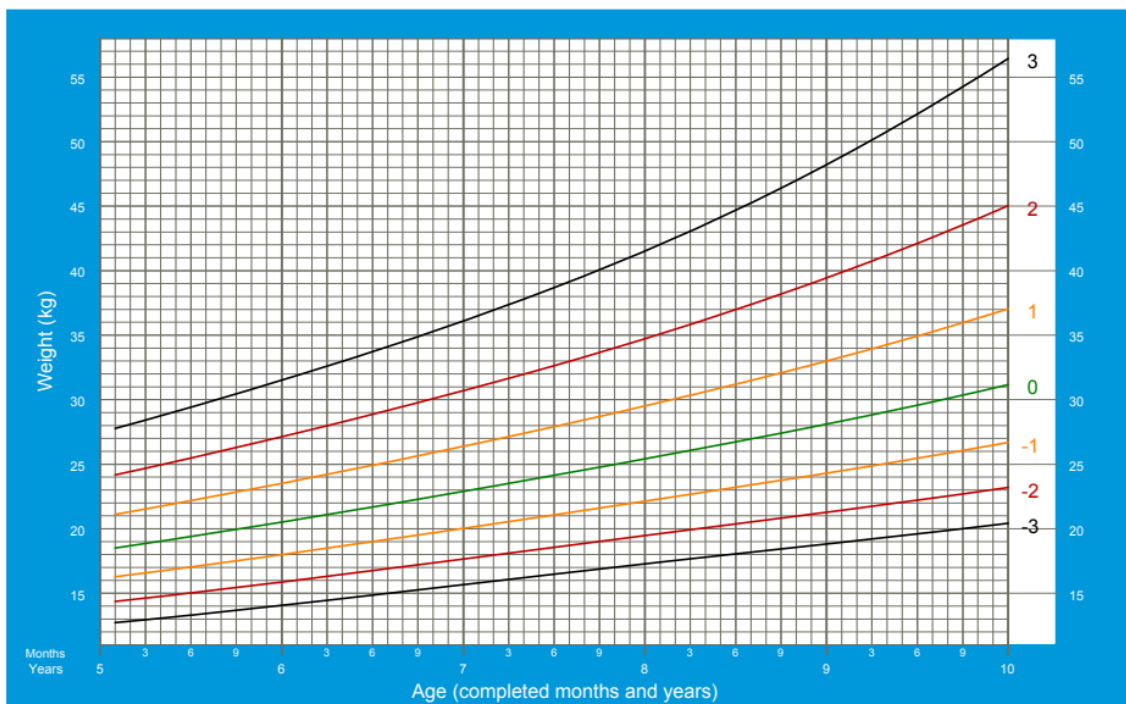


2007 WHO Reference

PESO MENINOS 5 A 10 ANOS.

Weight-for-age BOYS

5 to 10 years (z-scores)

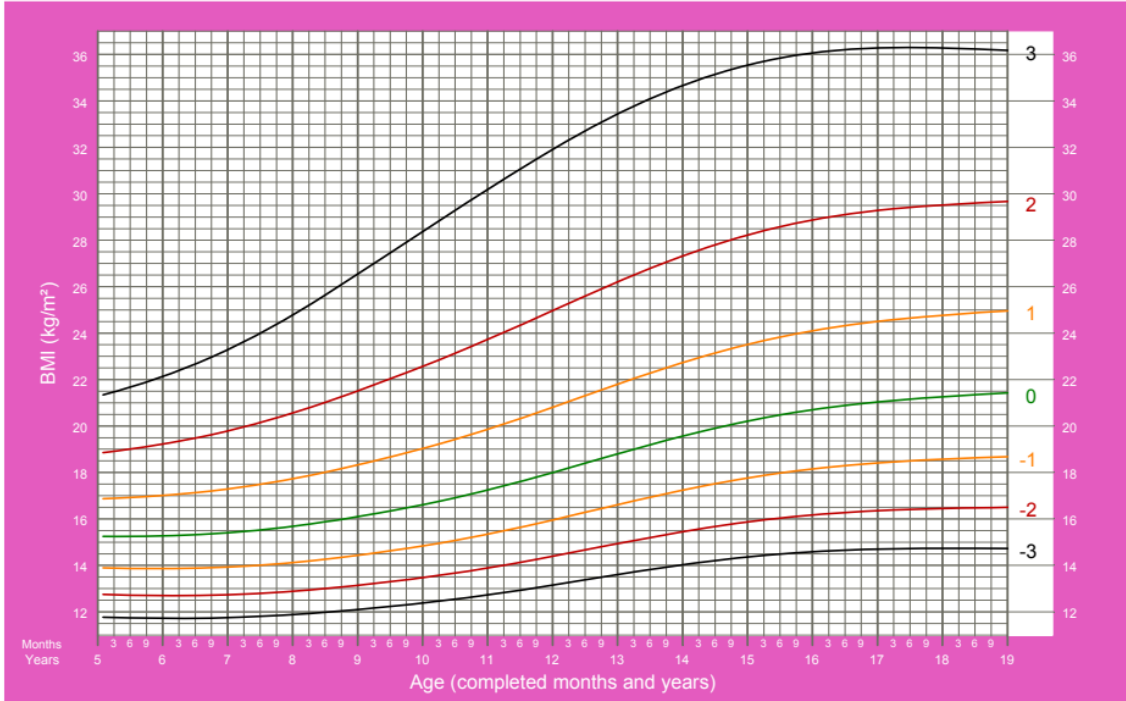


2007 WHO Reference

IMC MENINAS 5 A 19 ANOS.

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

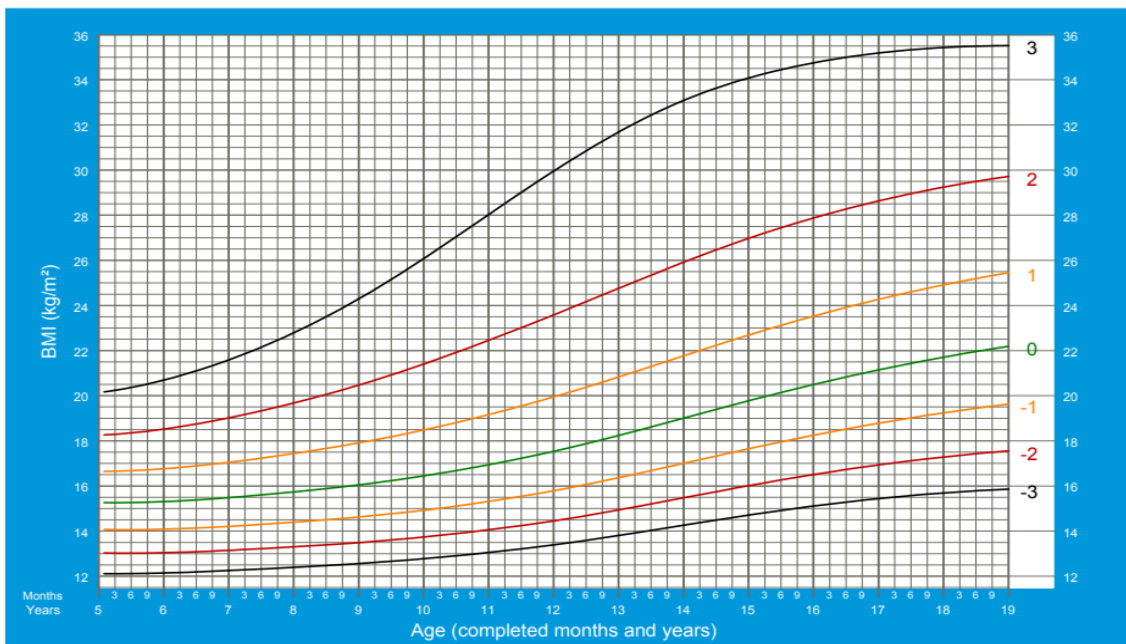


2007 WHO Reference

IMC MENINOS 5 A 19 ANOS.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference