

PROTOCOLO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE FORNECIMENTO DE FÓRMULAS ALIMENTARES PADRONIZADAS

2ª EDIÇÃO

RIBEIRÃO DAS NEVES/MG - 2024



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DAS NEVES

©2021. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves
Av. dos Nogueiras, 136, Centro
Ribeirão das Neves – MG
CEP: 33.805-000

AUTORIA

Luciana Paula Batista

Nutricionista / Referência Técnica do Programa de Dietas do Município

Nayara Santos Alvarenga

Nutricionista / Vigilância Alimentar e Nutricional

Paula Katarine Cardoso

Nutricionista / Gerência de Vigilância Alimentar e Nutricional

CO-AUTORIA

Ana Carla Nascimento Dantas

Nutricionista

Isabella Martins Miranda de Assis Dias

Nutricionista

Paula Martins de Castro (*in memorian*)

Nutricionista

Norma Luci Batista Cheloni Vieira

Nutricionista

REVISÃO E VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ailton Cezário Alves Júnior

Médico / Referência Técnica da Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	0
	4
2 – OBJETIVOS DO PROTOCOLO	0
	5
3 – REQUISITOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA	0
	5
4 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	0
	5
4.1. Documentos necessários para abertura de processo de solicitação de fórmulas.....	0
	5
4.2. Documentos necessários para retirada de dieta mensalmente em caso de deferimento...	0
	6
5 – SOLICITAÇÃO PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS	0
	6
5.1 – Solicitação proveniente da Rede SUS Ribeirão das Neves	0
	6
5.2 – Solicitação proveniente de unidade de saúde da Rede SUS de outro Município	0
	6
5.3 – Solicitação proveniente de unidade de saúde privada (particular ou convênio)	0
	7
6 – PERÍODO DE FORNECIMENTO E ATUALIZAÇÃO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ALIMENTAR / RELATÓRIO.....	0
	7
7 – CRITÉRIOS DE SAÚDE PARA FORNECIMENTO DOCUMENTOS	0
	8
7.1 – Fórmulas Alimentares Infantis	0
	8
7.1.1 – Fórmula Infantil para 1º e 2º semestre	0
	8
7.1.2 – Fórmula Infantil Anti-regurgitação	0
	9
7.1.3 – Fórmula Infantil Elementar	0
	9

7.1.4 – Fórmula Infantil Semi-elementar	09
7.1.5 – Fórmula Infantil de Seguimento à Base de Soja	10
7.1.6 – Fórmula Infantil Padrão	10
7.1.7 – Fornecimento das Fórmulas Infantis	10
7.2 – Fórmulas Alimentares para Adultos	11
7.2.1 – Fórmula Adulto Padrão.....	11
7.2.2 – Fórmula Adulto Padrão com Fibras	11
7.2.3 – Fórmula Adulto Padrão Diabético	12
7.2.4 – Suplemento Renal Dialítico	13
7.2.5 – Fornecimento das fórmulas para adultos	13
7.3 – Módulos Nutricionais	14
7.3.1 – Módulo de Proteína	14
7.3.2 – Módulo Espessante	15
7.3.3 – Fornecimento de Módulos	15
7.4 – Pacientes com Paralisia Cerebral	15
8 – REQUISITOS PARA EXCLUSÃO DO PROGRAMA	16
9 – OBSERVAÇÕES FINAIS	16
10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
11 – ANEXOS	19
ANEXO 01 – Fluxogramas de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas do Município de Ribeirão das Neves.....	19
ANEXO 02 – Formulário Para Solicitação de Fórmulas Alimentares Industrializadas	22

ANEXO 03 – Formulário para Solicitação de Módulo de Espessante	2
	5
ANEXO 04 – Formulário para Suspensão do Fornecimento de Fórmulas Alimentares Industrializadas.....	2
	6
ANEXO 05 – Informativo de Atendimento.....	2
	7
ANEXO 06 – Termo de Adesão para Fornecimento de Fórmula Alimentar Industrializada	2
	8

INTRODUÇÃO

O Programa de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas do Município de Ribeirão das Neves tem o objetivo de viabilizar o fornecimento de suplementos, módulos e fórmulas enterais para pacientes domiciliares em terapia nutricional, no âmbito do SUS, baseado em critérios definidos. Por meio dele, o Município de Ribeirão das Neves assiste crianças, adolescentes, adultos e idosos que, por alguma condição clínica, não conseguem atingir as necessidades nutricionais com a alimentação “in natura” por via oral e necessitem de terapia nutricional enteral. A nutrição enteral, segundo a RDC 63 de 2000, da ANVISA, pode ser definida como “alimento para fins especiais, de composição definida ou estimada, formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada para substituir ou complementar a alimentação oral em paciente, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos órgãos ou sistemas”. A terapia enteral nutricional pode ser industrializada, artesanal (quando é preparada na própria casa, com mistura de alimentos “in natura” utilizados em uma dieta normal consumidos pela família) ou mista, quando juntamente com os alimentos “in natura” são utilizadas fórmulas alimentares, suplementos ou módulos de nutrientes para complementar a dieta. Este Programa é um avanço no atendimento às pessoas com necessidades especiais de alimentação residentes em Ribeirão das Neves e visa melhorar a saúde e qualidade de vida destes.

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde possui 12 itens entre fórmulas, módulos e suplementos padronizados e atende aproximadamente 366 pacientes domiciliares, dentre estes, aproximadamente 96 são crianças. Com o aumento dessa demanda por terapia nutricional enteral de pacientes acamados de Ribeirão das Neves ao longo dos últimos anos, fez-se necessário a revisão e atualização do protocolo do Programa de Fornecimento de Dietas Padronizadas. Este protocolo tem como objetivo definir os critérios clínicos e nutricionais para a dispensação de fórmulas alimentares, estabelecer o fluxo e procedimentos para abertura de processo administrativo para recebimento das mesmas pelos domiciliares (ANEXO 01), otimizar o gasto dos recursos destinados à aquisição de dietas industrializadas, garantindo o fornecimento para aqueles que mais necessitam e respeitar o princípio de equidade do SUS.

O Programa é realizado pela Comissão de Dietas Industrializadas da Vigilância Alimentar e Nutricional em parceria com a Supervisão de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e possui as seguintes etapas: abertura de processo, avaliação, deferimento e dispensação. Para dispensação das dietas, por período previamente definido, será necessária a avaliação, pelas nutricionistas da Vigilância Alimentar e Nutricional, do **formulário padrão** preenchido pelos médicos e

nutricionistas da Rede SUS Ribeirão das Neves ou relatórios médicos e de nutricionistas da Rede SUS de outros municípios.

2- OBJETIVOS DO PROTOCOLO

- Preconizar a dispensação de fórmulas alimentares industrializadas com base em critérios clínicos e nutricionais;
- Estabelecer o fluxo e procedimentos para abertura de processo administrativo para recebimento de dieta industrializada;
- Otimizar os recursos destinados a aquisição de fórmulas alimentares.

3- REQUISITOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA

- Ser morador do Município de Ribeirão das Neves ou está institucionalizado no município;
- Atender aos critérios clínicos e nutricionais exigidos;
- Apresentar a documentação exigida;
- Apresentar o formulário de solicitação de fornecimento de fórmulas alimentares ou módulo de espessante devidamente preenchido pelo médico, nutricionista ou fonoaudiólogo (este último, em caso de solicitação de espessante) (ANEXOS 02 e 03);
- Apresentar relatórios (médico e/ou nutricional) com diagnósticos clínico e nutricional conforme solicitados neste protocolo, quando provenientes da rede SUS de outro município.

OBSERVAÇÃO: Os usuários da rede privada devem ser avaliados pela rede SUS do Município de Ribeirão das Neves para avaliação e solicitação do fornecimento da dieta, caso o paciente atenda aos critérios deste Protocolo.

4- DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

4.1. Documentos necessários para abertura de processo de solicitação de fórmulas

- Formulário padrão de solicitação de fórmula ou módulo de espessante preenchido pelo médico, nutricionista ou fonoaudiólogo da rede SUS de Ribeirão das Neves com a data de até 30 dias após o preenchimento, justificando a necessidade da dieta ou relatório médico e/ou nutricional com diagnósticos clínico e nutricional conforme solicitados neste protocolo com a data de até 30 dias após elaboração, quando provenientes da rede SUS de outro município (cópia);
- Comprovante de endereço recente (no máximo 90 dias), conta de energia elétrica, água ou telefone fixo, e/ou declaração de residência emitida por Unidade de Saúde ou Declaração de Fato em nome do paciente (cópia);
- Certidão de Nascimento ou Documento de identidade do paciente e Identidade do responsável se menor (cópias);
- CPF do paciente e do responsável (cópia);
- Cartão SUS definitivo e com endereço atualizado (cópia).
- Relatório do serviço de oncologia informando o tratamento em curso (quimioterapia/radioterapia)

Os documentos acima deverão ser levados pelo próprio paciente, ou por responsável, na Farmácia Central do Município para abertura de processo administrativo. O usuário é responsável por retornar à Farmácia ou ligar para saber sobre o deferimento ou não do respectivo processo no prazo de 7 a 10 dias.

4.2. Documentos necessários para retirada de dieta mensalmente em caso de deferimento.

- Certidão de Nascimento ou Documento de identidade do paciente ou cópia autenticada.
- Comprovante de endereço recente (último mês), conta de energia elétrica, água ou telefone fixo, e/ou declaração de residência emitida por Unidade de Saúde ou Declaração de Fato em nome do paciente (cópia);

Os documentos acima deverão ser levados pelo próprio paciente, ou por responsável, na Farmácia Central do Município para retirada do quantitativo de fórmula.

Farmácia Central: Rua Waldemar José Alves, nº 202, Bairro Status.

Telefone: 3627-3861

Horário: 08:30h às 12:00h

5.1. Solicitação proveniente da rede SUS Ribeirão das Neves

Para dispensação dos produtos, por período previamente definido, são avaliadas as solicitações através de formulário padronizado preenchido adequadamente por médico, nutricionista ou fonoaudiólogo da Rede SUS de Ribeirão das Neves, de acordo com as especificidades de cada situação.

5.2. Solicitação proveniente de unidade de saúde da rede SUS de outro município

Para a solicitação de fórmula alimentar, seja como condição para desospitalização ou não, procedente de unidade de saúde não pertencente à rede SUS Ribeirão das Neves, é indispensável apresentação de relatório médico e nutricional atualizado, contendo os dados completos da avaliação nutricional (diagnóstico clínico, dados antropométricos (peso e estatura), valor energético total do plano alimentar (em quilocalorias), fracionamento da dieta, via de administração, consistência da dieta, especificação da dieta, justificativa da necessidade da dieta, suplemento ou módulo e exames bioquímicos, quando possível), e a documentação pessoal do usuário.

Será fornecido por um período de no máximo 03 meses, até que o paciente inicie o acompanhamento nutricional na rede SUS Ribeirão das Neves ou em algum Ambulatório de Alergias nos casos de Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV). Caso não aconteça, o fornecimento será automaticamente suspenso.

5.3. Solicitação proveniente de unidade de saúde privada (particular ou convênio)

Para a solicitação de fórmula alimentar, primeiramente o paciente deverá passar por consulta com os profissionais médicos, nutricionistas ou fonoaudiólogos da rede SUS do município de Ribeirão das Neves para avaliação e solicitação do fornecimento da dieta, caso o paciente atenda aos critérios deste Protocolo.

Importante:

Em caso de deferimento das fórmulas para pacientes em processo de desospitalização, as mesmas só serão dispensadas mediante apresentação de cópia do relatório de alta hospitalar (Sumário de Alta).

SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ALIMENTAR / RELATÓRIO

O período de fornecimento de fórmulas pelo Programa de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas do Município de Ribeirão das Neves será de no máximo 06 meses, sendo suspenso automaticamente após este período.

Para pleitear a manutenção do fornecimento da fórmula recebida pelo Programa, o paciente deverá passar por atendimento com médico, nutricionista e/ou fonoaudiólogo da rede SUS do Município e apresentar novo Formulário de Solicitação de Fórmula Alimentar Industrializada preenchido com todas as informações necessárias para que possa ser reavaliado e revalidado o fornecimento quando ainda apresentar critérios para permanência no Programa.

A renovação ocorrerá de acordo com os critérios abaixo:

- Crianças de 0 a 24 meses e com estado nutricional comprometido (baixo peso ou baixa estatura) deverão apresentar um novo formulário de solicitação de fórmula alimentar (preenchido por médico ou nutricionista da rede SUS do Município) a cada 6 meses, sempre que houver alteração na fórmula prescrita (tipo ou volume) ou quando solicitado pelas nutricionistas da Vigilância Alimentar e Nutricional do município
- Crianças a partir de 1 ano e com estado nutricional comprometido (baixo peso ou baixa estatura) deverão apresentar um novo formulário de solicitação de fórmula alimentar (preenchido por médico ou nutricionista) ou módulo espessante (preenchido por médico, nutricionista ou fonoaudiólogo) a cada 6 meses ou quando solicitado pelas nutricionistas da Vigilância Alimentar e Nutricional do município;
- Crianças com Alergia a Proteína do Leite de Vaca deverão ser acompanhadas por nutricionista da rede municipal e estas poderão considerar os relatórios dos Ambulatório de Alergias e ou de consultórios particulares/convênios para avaliação e solicitação de renovação do fornecimento de fórmula quando esta ultrapassar os 6 meses.
- Os demais pacientes deverão renovar solicitação/relatório médica (o) ou nutricional a cada 06 meses ou quando solicitado pelas nutricionistas da Vigilância Alimentar e Nutricional do município

7.1. FÓRMULAS ALIMENTARES INFANTIS:

7.1.1. FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE:

Indicada para uso de lactentes dos 1º (0 a 6 meses) e 2º semestres (6 a 12 meses) que preencham o critério nutricional **associado** à pelo menos um dos critérios clínicos descritos a seguir:

CRITÉRIO NUTRICIONAL:

- Baixo peso ou baixa estatura para idade (≥ -3 e < -2 Escores Z);

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Impossibilidade de aleitamento materno (mãe hospitalizada devido a complicações do parto, óbito materno, patologia ou uso de medicação (comprovados por relatório médico) que impeça a amamentação conforme Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher até 12 meses;
- Gêmeos ou trigêmeos;
- Prematuridade extrema (22-28 semanas) - **até que adquira peso adequado para idade corrigida**;
- Apresentar malformações orofaciais (ex: lábio leporino) sem condições de receber o leite materno por sucção ou ordenha ou leite humano doado até que seja realizada a cirurgia corretiva e no pós-cirúrgico (até 03 meses);
- Sequelas neurológicas que afetam o trato gastrointestinal;
- Desnutrição
- Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- Alimentação via sonda, por impossibilidade momentânea ou por um período de tempo prolongado.

7.1.2. FÓRMULA INFANTIL ANTI-REGURGITAÇÃO:

Indicada para uso de lactentes dos 1º e 2º semestres que preencham o critério nutricional e o critério clínico descritos a seguir:

CRITÉRIO NUTRICIONAL:

- Baixo peso ou baixa estatura para idade (≥ -3 e < -2 Escores Z);

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Lactentes de 0 a 12 meses com disfagia para líquidos

7.1.3. FÓRMULA INFANTIL ELEMENTAR:

As fórmulas elementares são fórmulas à base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, estão indicadas para os pacientes que preencha o critério clínico a seguir, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada, além de laudo médico constando o diagnóstico clínico.

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Crianças de 0 a 24 meses com APLV ou alergia à proteína de soja.

7.1.4. FÓRMULA INFANTIL SEMI-ELEMENTAR:

As fórmulas semi-elementares infantis são à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite, isenta de sacarose, lactose e glúten, adequada para crianças, indicadas até os 02 anos para os pacientes que preencham algum dos critérios descritos a seguir, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada, além de laudo médico constando o diagnóstico clínico.

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Crianças de 0 a 24 meses com intolerância à lactose, sem resposta à fórmula de isolado de soja.
- Crianças de 0 a 24 meses com APLV IgE mediada, sem resposta à fórmula de isolado de soja.
- Crianças de 0 a 24 meses com APLV IgE não mediada.
- Crianças de 0 a 24 meses com alergia à proteína de soja.

7.1.5. FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO À BASE DE SOJA:

Indicada para os pacientes que preencham algum dos critério clínicos descritos a seguir, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Crianças com idade entre 6 e 24 meses com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV).
- Crianças com idade entre 6 e 24 meses com Intolerância à lactose.

7.1.6. DIETA INFANTIL PADRÃO:

Fórmula infantil nutricionalmente completa para crianças de 1-10 anos indicada para nutrição enteral ou oral para pacientes que preencham o critério nutricional **associado** a pelo menos um dos critérios clínicos descritos a seguir:

CRITÉRIO NUTRICIONAL:

- Baixo peso ou baixa estatura para idade (≥ -3 e < -2 Escores Z);

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Crianças com alimentação via sonda;
- Sequelas neurológicas que afetam o trato gastrointestinal;
- Pós-operatório (até 03 meses) do trato gastrointestinal e outros;
- Apresentar malformações orofaciais (ex: lábio leporino, fenda palatina) sem condições de receber o leite materno por sucção ou ordenha ou leite humano doado até que seja realizada a cirurgia corretiva e no pós-cirúrgico (até 03 meses);

- Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
- Doenças hepáticas, pulmonares, renais ou câncer com comprometimento nutricional
- Desnutrição

7.1.7. FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS INFANTIS:

- Crianças de 0 a 6 meses: será ofertado **até 100%** do Valor Energético Total (VET) conforme necessidades nutricionais para idade e estado nutricional, em Nutrição Enteral ou Oral;
- Crianças de 6 a 24 meses: será ofertado **até o limite de 600 mL** de fórmula conforme as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2015 - Cadernos de Atenção Básica; n. 23);
- Crianças a partir de 1 ano: em via alternativa de alimentação - será ofertado o quantitativo de no máximo 03 refeições diárias de dieta enteral industrializada, na diluição padrão sugerida pelo Município, conforme descrito abaixo.
 - Desnutrição leve: 01 refeição ao dia
 - Desnutrição moderada: 02 refeições ao dia
 - Desnutrição grave: 03 refeições ao dia

O restante deverá ser complementado através da dieta artesanal orientada pelo nutricionista. Exceto, no caso de câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico ou em casos de transplantes, em que serão ofertadas 03 refeições diárias de dieta enteral industrializada, na diluição padrão sugerida pelo município.

Em caso de dieta por via oral - será ofertado o quantitativo máximo para consumo 1 vez ao dia, com variação na diluição de acordo com o estado nutricional do paciente, conforme descrito a seguir:

- Desnutrição leve: na diluição 1.0 cal/mL
- Desnutrição moderada: na diluição 1.2 cal/mL
- Desnutrição grave: na diluição 1.5 cal/mL

O restante deverá ser complementado através da dieta artesanal orientada pelo nutricionista, quando necessário.

7.2. FÓRMULAS ALIMENTARES PARA ADULTOS:

7.2.1. DIETA ADULTO PADRÃO:

Indicada para nutrição enteral ou oral, a partir dos 10 anos, nutricionalmente completa para pacientes que preencham pelo menos um dos critérios nutricionais **associado** ao critério clínico descrito a seguir:

CRITÉRIOS NUTRICIONAIS:

- Magreza: - 11-19 anos: IMC: percentil < -2
- 20-59 anos: IMC < 18,5 kg/m²
- > 60 anos: IMC < 22 kg/m²
- Porcentagem de perda de peso grave entre 7 a 10%, num período inferior a 06 meses ou porcentagem de perda de peso grave superior a 10%, num período acima de 06 meses (Baseado em avaliação nutricional anterior);
- Baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) associado a porcentagem de perda de peso grave (PP);
- Em idosos: Baixa circunferência da panturrilha (CP) associado a baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) e porcentagem de perda de peso grave (PP);

CRITÉRIO CLÍNICO:

- Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal.

7.2.2. DIETA ADULTO PADRÃO COM FIBRAS:

Indicada para nutrição enteral ou oral, a partir dos 10 anos, nutricionalmente completa e com mix de fibras para pacientes que preencham pelo menos um dos critérios nutricionais **associado** a algum dos critérios clínicos descritos a seguir:

CRITÉRIOS NUTRICIONAIS:

- Magreza: - 11-19 anos: IMC: percentil < -2
- 20-59 anos: IMC < 18,5 kg/m²
- > 60 anos: IMC < 22 kg/m²
- Porcentagem de perda de peso grave entre 7 a 10%, num período inferior a 06 meses ou porcentagem de perda de peso grave superior a 10%, num período acima de 06 meses (Baseado em avaliação nutricional anterior);
- Baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) associado a porcentagem de perda de peso grave (PP);
- Em idosos: Baixa circunferência da panturrilha (CP) associado a baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) e porcentagem de perda de peso grave (PP);

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- Pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte, de acesso de via alternativa de nutrição, transplantes entre outras, exceto cirurgia do trato gastrointestinal.
- Doenças hepáticas, pulmonares, insuficiência renal, cardiopatia congênita ou câncer com comprometimento nutricional.
- Pacientes com transtornos gastrointestinais;

- Pacientes com diabetes.
- Úlceras de Decúbito;
- Desnutrição
- Sequela Neurológica;

7.2.3. DIETA ADULTO PADRÃO DIABÉTICO:

Indicada para nutrição enteral ou oral, nutricionalmente completa e para pacientes que preencham pelo menos um dos critérios nutricionais **associado** ao critério clínico descrito a seguir:

CRITÉRIOS NUTRICIONAIS:

- Magreza: - 11-19 anos: IMC: percentil < -2
- 20-59 anos: IMC < 18,5 kg/m²
- > 60 anos: IMC < 22 kg/m²
- Porcentagem de perda de peso grave entre 7 a 10%, num período inferior a 06 meses ou porcentagem de perda de peso grave superior a 10%, num período acima de 06 meses (Baseado em avaliação nutricional anterior);
- Baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) associado a porcentagem de perda de peso grave (PP);
- Em idosos: Baixa circunferência da panturrilha (CP) associado a baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) e porcentagem de perda de peso grave (PP);

CRITÉRIO CLÍNICO:

- Diabetes descompensada com o uso de dieta artesanal ou dieta padrão com fibras mediante relatório médico.

7.2.4. SUPLEMENTO RENAL DIALÍTICO:

Indicado para pacientes com problemas renais que preencham pelo menos um dos critérios nutricionais **associado** ao critério clínico descrito a seguir:

CRITÉRIOS NUTRICIONAIS:

- Magreza: - 11-19 anos: IMC: percentil < -2
- 20-59 anos: IMC < 18,5 kg/m²
- > 60 anos: IMC < 22 kg/m²
- Porcentagem de perda de peso grave entre 7 a 10%, num período inferior a 06 meses ou porcentagem de perda de peso grave superior a 10%, num período acima de 06 meses (Baseado em avaliação nutricional anterior);

- Baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) associado a porcentagem de perda de peso grave (PP);
- Em idosos: Baixa circunferência da panturrilha (CP) associado a baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) e porcentagem de perda de peso grave (PP);

CRITÉRIO CLÍNICO:

- Insuficiência renal crônica dialítica, com restrição importante de volume ou íons.

7.2.5. FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS PARA ADULTOS:

- Em caso de via **alternativa de alimentação** será ofertado o quantitativo de no máximo 03 refeições diárias de dieta enteral industrializada, na diluição padrão sugerida pelo Município, conforme descrito abaixo.

- Desnutrição leve: 01 refeição ao dia
- Desnutrição moderada: 02 refeições ao dia
- Desnutrição grave: 03 refeições ao dia

O restante complementado através da dieta artesanal orientada pelo nutricionista. Exceto, no caso de câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico e em casos de transplantes, em que não será serão ofertadas 03 refeições diárias de dieta enteral industrializada, na diluição padrão sugerida pelo município, sem considerar o grau da desnutrição;

- **Em caso de via oral (suplementação)** será ofertado o quantitativo máximo para consumo 1 vez ao dia, com variação na diluição de acordo com o estado nutricional do paciente, conforme descrito a seguir:

- Desnutrição leve: na diluição 1.0 cal/mL
- Desnutrição moderada: na diluição 1.2 cal/mL
- Desnutrição grave: na diluição 1.5 cal/mL

- Em caso de doença renal crônica dialítica, o quantitativo mensal será de no máximo 15 unidades/mês de 150 a 200mL

7.3. MÓDULOS NUTRICIONAIS:

Recomendados para o paciente que não apresentar recuperação ou melhora do estado nutricional com dieta orientada por nutricionista da Rede SUS, utilizando alimentação convencional e apresentar desnutrição moderada ou grave associada a uma das condições clínicas listadas em cada tópico.

7.3.1. MÓDULO DE PROTEÍNA:

Indicado para pacientes acima de 12 meses, com necessidades de proteínas elevadas, que preencham pelo menos um dos critérios nutricionais **associado** a algum dos critérios clínicos descritos a seguir:

CRITÉRIOS NUTRICIONAIS:

- Magreza: - 11-19 anos: IMC: percentil < -2
- 20-59 anos: IMC < 18,5 kg/m²
- > 60 anos: IMC < 22 kg/m²
- Porcentagem de perda de peso grave entre 7 a 10%, num período inferior a 06 meses ou porcentagem de perda de peso grave superior a 10%, num período acima de 06 meses (Baseado em avaliação nutricional anterior);
- Baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) associado a porcentagem de perda de peso grave (PP);
- Em idosos: Baixa circunferência da panturrilha (CP) associado a baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) e porcentagem de perda de peso grave (PP);

CRITÉRIO CLÍNICO:

- Desnutrição moderada a grave associada a úlceras de pressão (em qualquer estágio);
- Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência;
- Impossibilidade de alcance das necessidades proteicas com alimentos convencionais (doenças hipermetabólicas, câncer, SIDA, sequelas ortopédicas, pós-trauma) ou outra condição que exija reposição proteica não convencional.
- Usuários com IRC em tratamento dialítico ou Filtração Glomerular de 15 a 29 ml/min. com restrição de volume;
- Usuário com alimentação por sonda com diagnóstico clínico de diabetes; ou sequela de trauma ortopédico.

7.3.2. MÓDULO ESPESSANTE:

Indicado para pacientes com impossibilidade de ingestão de líquidos finos/ralos, que preencham pelo menos um dos critérios nutricionais **associado** ao critério clínico descrito a seguir:

CRITÉRIOS NUTRICIONAIS:

- Magreza: - 11-19 anos: IMC: percentil < -2
- 20-59 anos: IMC < 18,5 kg/m²
- > 60 anos: IMC < 22 kg/m²
- Porcentagem de perda de peso grave entre 7 a 10%, num período inferior a 06 meses ou porcentagem de perda de peso grave superior a 10%, num período acima de 06 meses (Baseado em avaliação nutricional anterior);
- Baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) associado a porcentagem de perda de peso grave (PP);

- Em idosos: Baixa circunferência da panturrilha (CP) associado a baixo percentual de adequação de circunferência do braço (CB) e porcentagem de perda de peso grave (PP);

CRITÉRIO CLÍNICO:

- Presença de disfagia para líquidos finos (água, sucos, chás), com necessidade de uso de espessante **para garantir a hidratação**;

OBSERVAÇÕES:

- 1- O quantitativo fornecido dependerá da consistência prescrita, considerando que será **dispensado apenas para hidratação do paciente**.
- 2- Os espessantes caseiros deverão ser orientados para o espessamento de preparações.

7.3.3. FORNECIMENTO DOS MÓDULOS:

- Módulo de proteína será fornecido o quantitativo máximo de 24g/dia por beneficiário;
- Módulo espessante será fornecido o quantitativo máximo de 12 porções/dia por beneficiário para espessar na consistência néctar, 25 porções/dia para a consistência mel e 37 porções/dia para a consistência pudim.

7.4. PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL:

Pacientes com Paralisia Cerebral, receberão fórmulas alimentares de acordo com a via de alimentação, a faixa etária e o estado nutricional, considerando os mesmos critérios descritos neste Protocolo para os demais pacientes.

- Completar 06 meses de permanência no Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas e não passar por consulta com médico ou nutricionista da rede SUS para avaliação e preenchimento de novo Formulário de Solicitação de Fornecimento de Fórmulas Industrializadas caso o paciente ainda apresente critérios para permanência no Programa.
- Completar 06 meses de idade cronológica ou de idade corrigida, no caso de nascidos pré-termo, e não passar por consulta com médico ou nutricionista da rede SUS para avaliação e preenchimento de novo Formulário de Solicitação de Fornecimento de Fórmulas Industrializadas com a fórmula adequada para a idade, caso o paciente ainda apresente critérios para permanência no Programa.
- Completar 12 meses de idade cronológica ou de idade corrigida, no caso de nascidos pré-termo, e não passar por consulta com médico ou nutricionista da rede SUS para avaliação e preenchimento

de novo Formulário de Solicitação de Fornecimento de Fórmulas Industrializadas com a fórmula adequada para a idade, caso o paciente ainda apresente critérios para permanência no Programa.

- Completar 24 meses de idade cronológica ou de idade corrigida, no caso de nascidos pré-termo, com diagnóstico de Alergia a Proteína do Leite.
- Mudar-se do Município de Ribeirão das Neves ou se estiver morando em outro município para tratamento;
- Passar um período maior do que três meses sem buscar a dieta na Farmácia Central. Caso o paciente estiver hospitalizado, a família deverá avisar para que ele não seja excluído do programa;
- Recebimento de dieta por outro fluxo.
- Receber alta do médico e/ou nutricionista.
- Apresentar melhora clínica ou nutricional.

- 1- Os demais casos não incluídos nos critérios estabelecidos neste Protocolo serão avaliados e discutidos pela Comissão de Dietas Padronizadas.
- 2- No caso de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico/radioterápico e no caso de pacientes transplantados, será ofertado o quantitativo de dieta para no máximo 3 vezes ao dia em caso de via alternativa de alimentação. Paciente em uso de via oral será fornecido de acordo com grau de desnutrição.
- 3- No caso de processo aberto referente a paciente internado, com previsão de alta hospitalar, o sumário de alta deverá ser apresentado na primeira dispensação para liberação da fórmula alimentar.
- 4- A Farmácia Central deverá ser avisada quando o paciente domiciliar estiver internado, a fim de evitar que o paciente perca o direito de receber a fórmula alimentar.
- 5- O usuário que passar mais de 3 (três) meses sem retirar a dieta na Farmácia terá seu prontuário arquivado e precisará abrir novo processo caso precise dar continuidade ao recebimento da fórmula alimentar.
- 6- Para que a Comissão de Dietas Padronizadas da Farmácia Central-SEMSA possa avaliar a solicitação de fórmulas alimentares industrializadas e/ou de espessante, torna-se imprescindível que o formulário seja preenchido completamente e corretamente.
- 7- Os pacientes que derem entrada na solicitação de recebimento de dietas e fórmulas industrializadas através da rede SUS de outro Município ou da rede particular, serão analisados e possivelmente acompanhados pelo(a) nutricionista avaliador do Programa Municipal De Fornecimento De Fórmulas Alimentares Padronizadas que está localizado na Unidade Básica de Referência Arlete de Souza, no endereço: Rua Antônio Faustino 61, Bairro Rosana, CEP 33.860-215, Ribeirão das Neves - MG. O agendamento deverá ser feito pelo paciente ou responsável na unidade, para isso será entregue pela

Farmácia Central do Município um encaminhamento feito pelas nutricionistas da comissão de dietas Padronizadas. O agendamento só será realizado mediante a apresentação do encaminhamento com o carimbo da comissão de dietas padronizadas.

- 8- O acompanhamento do paciente elencado no programa deverá ser feito pelo nutricionista da rede SUS de Ribeirão das Neves, quando não for possível ser feito o acompanhamento pelo nutricionista avaliador do Programa Municipal De Fornecimento De Fórmulas Alimentares Padronizadas, o acompanhamento deverá ser feito pelo nutricionista localizado na Unidade Básica de Referência mais próximo da residência.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. **Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral**. Diário Oficial, República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3)

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo para dispensação fórmulas alimentares industrializadas**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. **Protocolo de dispensação de fórmulas alimentares**. Contagem: Secretaria de Saúde, 2019.

BETIM. Prefeitura Municipal de Betim. **Protocolo para organização da assistência em terapia nutricional e dispensação de fórmulas alimentares industrializadas na rede SUS Betim – MG** Betim: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Programa de atenção nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº216/14 – CIB/RS, de 25 de abril de 2019. **Protocolo de dispensação das fórmulas nutricionais especiais**. 2019.

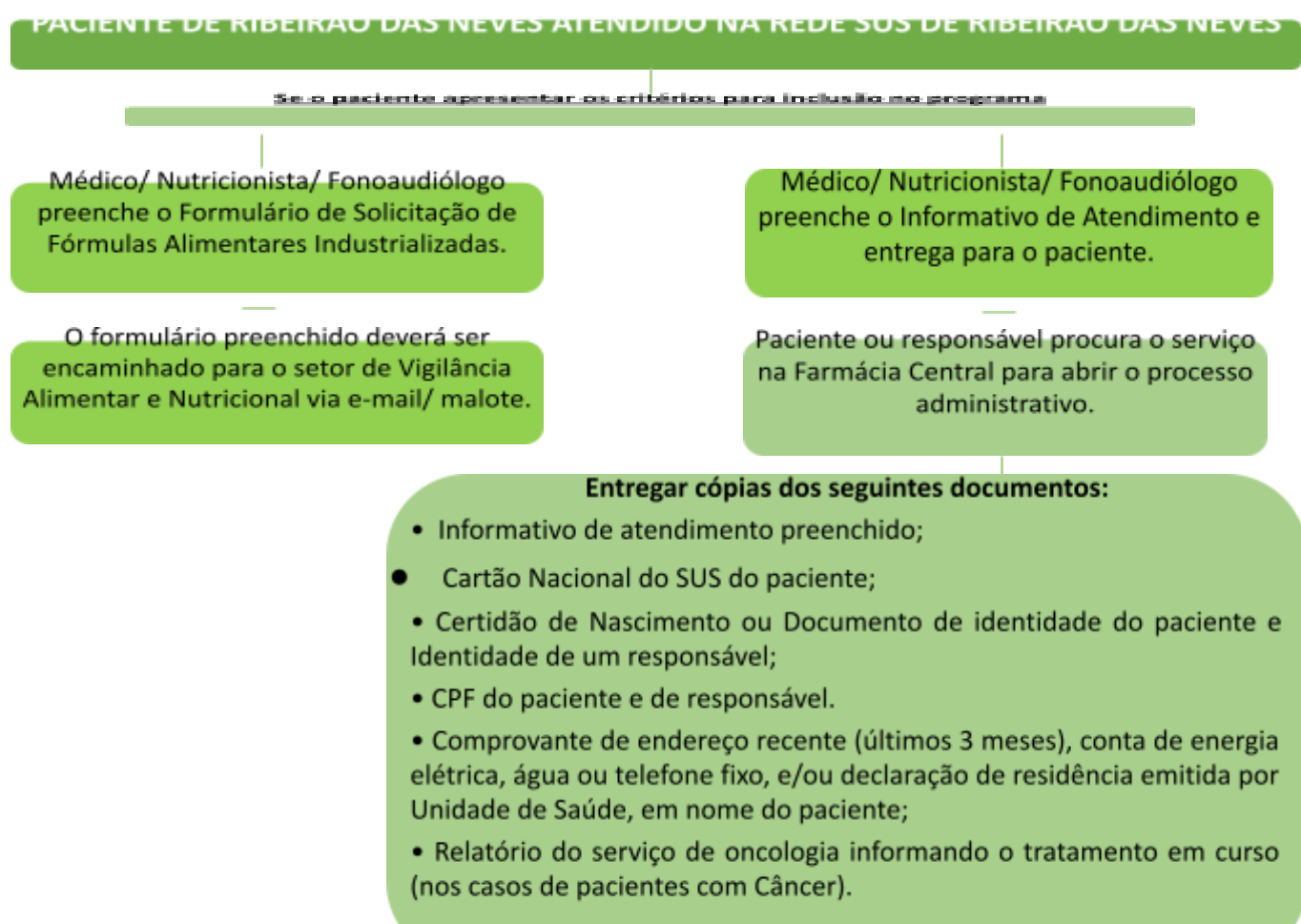
BENTO, A. P. L.; JORDÃO JUNIOR, A. A.; GARCIA, R. W. D. **Manual do paciente em terapia nutricional enteral domiciliar**. 2011. Disponível em:
http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=899.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único De Saúde (CONITEC). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Alergia à Proteína do Leite de Vaca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília :Ministério da Saúde, 2015.
3 v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

ANEXO 01 - FLUXOGRAMAS DE FORNECIMENTO DE FÓRMULAS ALIMENTARES PADRONIZADAS DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES



Aguardar 7 a 10 dias para análise do processo pela equipe técnica (***período de análise pode ser alterado**).

PACIENTE DE RISCO DE CAS REYES ATENDIDO NA REDE SUS DE COTRIMONIA

Com relatório médico/nutricional ou de fonoaudiólogo (no caso de Módulo Espessante).

Paciente e/ou responsável procura o serviço na Farmácia Central para abrir o processo administrativo.

Entregar cópias dos seguintes documentos:

- Informativo de atendimento preenchido;
- Cartão Nacional do SUS do paciente;
- Certidão de Nascimento ou Documento de identidade do paciente e Identidade de um responsável;
- CPF do paciente e de responsável.
- Comprovante de endereço recente (últimos 3 meses), conta de energia elétrica, água ou telefone fixo, e/ou declaração de residência emitida por Unidade de Saúde, em nome do paciente;
- Relatório do serviço de oncologia informando o tratamento em curso (nos casos de pacientes com Câncer).

Aguardar 7 a 10 dias para análise do processo pela equipe técnica (***período de análise pode ser alterado**).

Após o prazo: O paciente e/ou responsável deverá ligar na Farmácia Central para saber se foi deferido o processo.

Se deferido:

O responsável deverá buscar o quantitativo das dietas na Farmácia Central, 1 vez por mês, apresentando o documento original e comprovante de endereço atual do beneficiário.

Paciente ou responsável deverá procurar a Unidade de Saúde de referência para agendamento de consulta com nutricionista da UBR da região para acompanhamento e renovação da Solicitação de Fórmulas Alimentares Industrializadas.

Marcar consulta com profissional (médico, nutricionista e/ou fonoaudiólogo) da rede SUS do município para manter acompanhamento e atualização dos formulários nos prazos recomendados no Protocolo.

Não deferido:

O paciente será encaminhado a unidade de saúde para acompanhamento com o nutricionista e prescrição de dieta artesanal.

PACIENTE DE RIBEIRÃO DAS NEVES ATENDIDO NA REDE REDE PARTICULAR / CONVENIO / FILANTRÓPICA OU ONG DE RIBEIRÃO DAS NEVES OU DE OUTRO MUNICÍPIO

Com relatório médico/nutricional ou de fonoaudiólogo (no caso de Módulo Espessante).

Paciente ou responsável procura a Unidade de Saúde de referência para agendamento de consulta com médico/ nutricionista / fonoaudiólogo da UBR da região para avaliação.

~~Se o paciente apresentar os critérios para inclusão no programa~~

Médico/ Nutricionista/ Fonoaudiólogo preenche o Formulário de Solicitação de Fórmulas Alimentares Industrializadas.

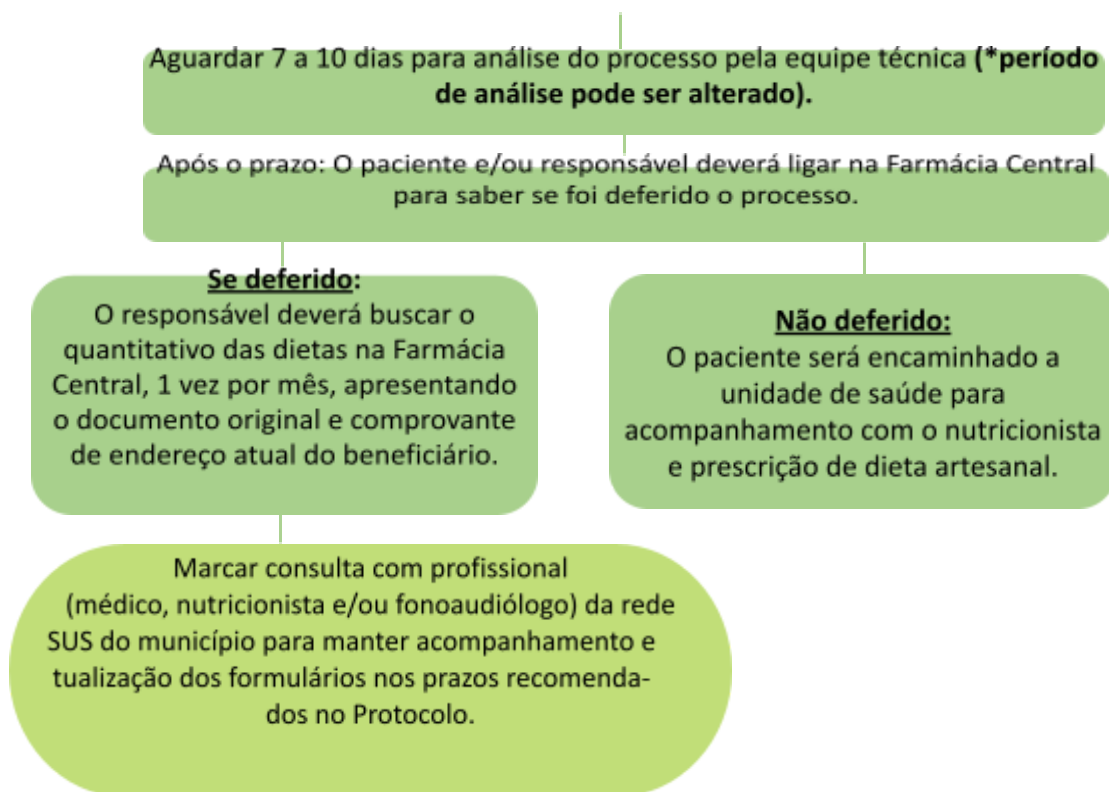
O formulário preenchido deverá ser encaminhado para o setor de Vigilância Alimentar e Nutricional via e-mail/ malote.

Médico/ Nutricionista/ Fonoaudiólogo preenche o Informativo de Atendimento e entrega para o paciente.

Paciente ou responsável procura o serviço na Farmácia Central para abrir o processo administrativo.

Entregar cópias dos seguintes documentos:

- Informativo de atendimento preenchido;
- Cartão Nacional do SUS;
- Certidão de Nascimento ou Documento de identidade do paciente e Identidade de um responsável;
- CPF do paciente e de responsável.
- Comprovante de endereço recente (últimos 3 meses), conta de energia elétrica, água ou telefone fixo, e/ou declaração de residência emitida por Unidade de Saúde, em nome do paciente;



ANEXO 02 - (FRENTE)

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DAS NEVES	
---	--	---

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES INDUSTRIALIZADAS

() Solicitação () Renovação

1 – IDENTIFICAÇÃO			
Unidade de saúde:			
Nome:			Sexo: () M () F
Nome do responsável (se paciente menor de 18 anos ou dependente):			
Data de nascimento:	/ /	Idade cronológica:	Idade corrigida:
2 – HISTÓRIA CLÍNICA			

Diagnóstico(s) clínico(s) e/ou comorbidades:			
3 – HISTÓRIA DIETÉTICA ATUAL			
Recebeu leite materno?	() Sim, até a idade de:	() Não	() Não se aplica
Recebe leite materno atualmente?	() Sim	() Não	() Não se aplica
Via de alimentação:	() VO	() VO+TNE	() TNE exclusiva
Via de administração da TNE:	() SNE/SNG	() Gastrostomia	() Jejunostomia
Tipo de dieta enteral:	() 100% artesanal	() 100% industrializada	() Mista
Volume / Frequência:	mL/ vezes ao dia		
4 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA			
Estatura:	() Aferida	() Informada	() Estimada
Peso atual:	() Aferido	() Informado	() Estimado
Peso usual:			
Perda involuntária de peso?	() Sim () Não	Quantidade (kg):	Período:
IMC (kg/m²):	AJ (cm):	CB (cm):	CP (cm):
Diagnóstico nutricional:	() P/I e/ou E/I < Escore-z -3 () P/I e/ou E/I ≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2 () Desnutrição Grave () Desnutrição Moderada () Desnutrição leve		
5 – DIETA ARTESANAL / CASEIRA			
() Orientada () Não Orientada. Motivo:			
6 – FÓRMULA SOLICITADA			
PEDIÁTRICAS	Fórmula:	() Padrão () Elementar () Semi-Elementar () Anti-Regurgitação () Partida () Seguimento () À Base De Soja	
	Volume (por horário):	() 30 mL () 60 mL () 90 mL () 120 mL () 150 mL () 180 mL () 210 mL	
ADULTOS / IDOSOS	Fórmula:	() Renal Dialítico () Padrão Com Fibras () Diabético	
	Volume (por horário):	() 150mL () 180mL () 210mL () 250mL	
MÓDULOS	() Espessante () Proteína		
7 – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
Assinatura/ Carimbo:		Data de preenchimento do formulário:	
		/ /	

(VERSO)

INFANTIL	
Quadro 1 - Classificação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN.	
VALORES CRÍTICOS	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA MENORES DE 5 ANOS

		PESO/IDADE	PESO/ESTATURA	IMC/IDADE	ESTATURA/IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 15 e < Percentil 85	≥ Escore-z -1 e < Escore-z +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Estatura adequada para a idade
> Percentil 85 e < Percentil 97	> Escore-z +1 e < Escore-z +2		Sobrepeso	Sobrepeso	
> Percentil 97 e < Percentil 99,9	> Escore-z +2 e < Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Obesidade	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z -3				

Fonte: Adaptado de (OMS, 2006) In:Brasil (2011).

Quadro 2 - Classificação do estado nutricional para crianças de cinco a dez anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN.

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS		
		PESO/IDADE	IMC/IDADE	ESTATURA/IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		Sobrepeso	
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Obesidade	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade	Obesidade grave	
> Percentil 99,9	> Escore-z -3			

Fonte: Adaptado de (OMS, 2006) In:Brasil (2011).

Quadro 3 - Classificação do estado nutricional de adolescentes para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN.

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS	
		IMC/IDADE	ESTATURA/IDADE
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z -3	Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de (OMS, 2006) In:Brasil (2011).

ADULTO

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL
< 18,5	Abaixo do peso
18,5 – 24,9	Eutrófico
25,0 – 29,9	Excesso de peso
30,0 – 34,9	Obesidade grau I
35,0 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Fonte: OMS.

IDOSO

IMC (kg/m ²)	CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL
< 22,0	Abaixo do peso
22,0 – 27,0	Eutrófico
> 27,0	Excesso de peso

Fonte: SISVAN, 2004. Referência: Lipschitz, 1994.

PERCENTUAL DE PERDA DE PESO (%PP)

PERÍODO	PERDA SIGNIFICATIVA (%)	PERDA GRAVE (%)
1 semana	1 a 2	>2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10

Fonte: Blackburn *et al.* (1977).

CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA (CP)

CLASSIFICAÇÃO	MEDIDA
Não sarcopenia	>31 cm
Sarcopenia	<31 cm

Fonte: GUIGOZ *et al.* (1999).

ADEQUAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA DO BRACO (CB)

ADEQUAÇÃO DA CB (%) = [(CBX100) /CBP50]	ESTADO NUTRICIONAL
<70	Desnutrição grave
70,1 a 80	Desnutrição moderada
80,1 a 90	Desnutrição leve
90,1 a 110	Eutrofia
110,1 a 120	Sobrepeso
>120	Obesidade

Fonte: Blackburn; Thornton (1979).

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DAS NEVES	
---	--	---

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MÓDULO DE ESPESSANTE

1 – IDENTIFICAÇÃO			
Unidade de saúde:			
Nome:			Sexo: () M () F
Nome do responsável (se paciente menor de 18 anos ou dependente):			
Data de nascimento:	/ /	Idade cronológica:	Idade corrigida:
2 – HISTÓRIA CLÍNICA			
Diagnóstico(s) clínico(s) e/ou comorbidades:			
3 – HISTÓRIA DIETÉTICA ATUAL			
Recebeu leite materno? () Sim, até a idade de: _____ () Não () Não se aplica			
Recebe leite materno atualmente? () Sim () Não () Não se aplica			
Via de alimentação: () VO () VO+TNE			
Via de administração da TNE: () SNE/SNG () Gastrostomia () Jejunostomia			
Tipo de dieta enteral: () 100% artesanal () 100% industrializada () Mista			
Volume / Frequência: mL/ vezes ao dia			
4 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA			
Estatura: () Aferida () Informada () Estimada			
Peso: () Aferido () Informado () Estimado			
Peso usual:			
Perda involuntária de peso? () Sim () Não		Quantidade (kg):	Período:
IMC (kg/m²):	AJ (cm):	CB (cm):	CP (cm):
Diagnóstico nutricional:		GET/dia:	
5 – RECOMENDAÇÃO DA CONSISTÊNCIA			
Consistência recomendada: () Néctar () Mel () Pudim/ Pastoso			
Volume / Frequência da dieta: mL/ vezes ao dia			
Volume / Frequência da hidratação: mL/ vezes ao dia			
Orientado espessante artesanal / caseiro? () Sim () Não			
6 – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
Assinatura:		Carimbo:	

Data de preenchimento do formulário: / /

ANEXO 04



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE RIBEIRÃO DAS NEVES**



**FORMULÁRIO PARA SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE FÓRMULAS ALIMENTARES
INDUSTRIALIZADAS**

1 – IDENTIFICAÇÃO

Unidade de saúde:

Nome:

Sexo: () M () F

Nome do responsável (se paciente menor de 18 anos ou dependente):

Data de nascimento: / /

Idade cronológica:

Idade corrigida:

Data de inclusão no programa: / /

2 – HISTÓRIA CLÍNICA

Diagnóstico(s) clínico(s) e/ou comorbidades:

3 – HISTÓRIA NUTRICIONAL

4 – ALTA/ SUSPENSÃO

ALTA:

() Paciente não apresenta-se com diagnóstico nutricional de desnutrição / baixo peso e por isso, não apresenta mais o critério nutricional para permanência no Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas, conforme protocolo vigente..

() Outros: (Justifique) _____

SUSPENSÃO:

() Paciente recusa a fórmula industrializada fornecida pelo no Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas.

() Paciente não adere ao tratamento nutricional proposto.

() Outros: (Justifique) _____

5 – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Assinatura/ Carimbo:	Data de preenchimento do formulário: / /
----------------------	---

ANEXO 05

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DAS NEVES	
---	--	---

INFORMATIVO DE ATENDIMENTO	
1 – IDENTIFICAÇÃO DO MUNÍCIPE	
Unidade de saúde:	Data do atendimento: / /
Nome:	Data de nascimento: / /
2 – IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL	
Assinatura/ Carimbo:	☐ Solicitação ☐ Renovação ☐ Alta/Suspensão
DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA AQUISIÇÃO DIETA	
Criança - Xerox da certidão de nascimento ou carteira de identidade do paciente; - Xerox da carteira de identidade e CPF do responsável; - Xerox do Cartão SUS do paciente; - Xerox do comprovante de residência em nome do responsável ou declaração do posto do mais próximo da residência do paciente; - Xerox do relatório médico ou nutricional contendo o motivo da indicação da dieta e o estado nutricional do mesmo (Deve constar os dados antropométricos); - Xerox do relatório do Serviço de Oncologia informando o início do tratamento de quimioterapia/ radioterapia (no caso de pacientes com câncer). Onde entregar: FARMÁCIA CENTRAL (R: Waldemar Jose Alves, 202, B: STATUS) - de 08:30 às 12:00 horas	
DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA AQUISIÇÃO DIETA	
Adulto e Idoso - Xerox da carteira de identidade e CPF do paciente; - Xerox do Cartão SUS do paciente; - Xerox da carteira de identidade e CPF do responsável; - Xerox do comprovante de residência em nome do paciente ou do responsável ou declaração do posto do mais próximo da residência do paciente; - Xerox do relatório médico ou nutricional contendo o motivo da indicação da dieta e o estado nutricional do mesmo (Deve constar os dados antropométricos); - Xerox do relatório do Serviço de Oncologia informando o início do tratamento de quimioterapia/ radioterapia (no caso de pacientes com câncer). Onde entregar: FARMÁCIA CENTRAL (R: Waldemar Jose Alves, 202, B: STATUS) - de 08:30 às 12:00 horas	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RETIRADA DE DIETA MENSALMENTE EM CASO DE DEFERIMENTO	
- Certidão de Nascimento ou Documento de identidade do paciente ou cópia autenticada.	

- **Comprovante de endereço recente** (últimos 3 meses), conta de energia elétrica, água ou telefone fixo, e/ou **declaração de residência emitida por Unidade de Saúde** ou **Declaração de Fato em nome do paciente** (cópia);
Onde retirar: FARMÁCIA CENTRAL (R: Waldemar Jose Alves, 202, B: STATUS) - **de 08:30 às 12:00 horas**

ANEXO 06

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DAS NEVES	
---	--	---

TERMO DE ADESÃO PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULA ALIMENTAR INDUSTRIALIZADA

PACIENTE: _____

- 1- Estou ciente que o **Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas** é de cunho **nutricional** e tem protocolo próprio que será sempre utilizado para avaliação de manutenção e/ou alteração no fornecimento. Questões **sociais** deverão procurar atendimento nos Serviços de Assistência Social do município.
- 2- O recebimento dos produtos está vinculado ao acompanhamento pela equipe multidisciplinar de saúde da rede SUS Ribeirão das Neves
- 3- O não comparecimento às consultas agendadas com nutricionista e médicos de referência ou no ambulatório de referência para Alergia a Proteína do Leite de Vaca, em casos de pacientes com diagnóstico ou suspeita desse tipo de alergia implicará na suspensão do fornecimento.
- 4- A renovação da **Solicitação de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Industrializadas** ou da **Solicitação de Fornecimento de Módulo de Espessante** faz-se necessária e será solicitada de acordo com o **Protocolo Municipal de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas** vigente ou conforme a necessidade observada pela nutricionista do setor de Vigilância Alimentar e Nutricional do município.
- 5- O fornecimento de fórmulas tem prazo pré-definido de acordo com o protocolo vigente do **Programa Municipal de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Padronizadas**. Este prazo será informado a cada paciente/responsável no ato da primeira retirada. O fornecimento será suspenso automaticamente após o prazo definido e informado, exceto nos casos em que o paciente passe por consulta com médico, nutricionista e/ou fonoaudiólogo da rede SUS Ribeirão das Neves e nova **Solicitação de Fornecimento de Fórmulas Alimentares Industrializadas** seja preenchido e enviado ao setor de Vigilância Alimentar e Nutricional antes do prazo de vencimento informado.
- 6- As fórmulas alimentares dispensadas somente poderão ser utilizadas pelo paciente cadastrado, não podendo ser em hipótese alguma doadas, trocadas ou comercializadas.

- 7- As fórmulas alimentares industrializadas serão dispensadas de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial, podendo apresentar nomes comerciais diferentes durante o tratamento, porém com garantia de similaridade, conforme lei de licitações (Lei nº14.133/21) E suas quantidades serão de acordo com o **Protocolo de Fornecimento de Fórmulas Alimentares** vigente no município e não, necessariamente, a quantidade solicitada nos relatórios apresentados.
- 8- As quantidades recebidas poderão sofrer acréscimos, reduções ou suspensões dependendo da evolução clínica e nutricional do paciente conforme a última avaliação médica ou nutricional e os critérios do protocolo vigente.
- 9- Para a retirada é exigido **documento oficial do paciente e comprovante de endereço atual em nome do paciente ou responsável**. As retiradas poderão ser realizadas pelo paciente, familiar ou responsável autorizado pelo paciente, de **Segunda a Sexta-feira de 8:30 as 12:00 horas**.
- 10- As fórmulas deverão ser retiradas a cada 30 dias com dia pré-definido de acordo com a primeira data de retirada. Não será permitido a retirada da dieta mais de uma vez dentro do período de 30 dias.
- 11- Em caso de o dia da retirada coincidir com final de semana ou feriado, a fórmula poderá ser dispensada no dia útil anterior ao dia pré-definido mesmo que isto implique em uma mesma retirada dentro do mesmo mês. Entretanto, a dia de retirada pré-definido não será alterado.
- 12- Caso a retirada da fórmula ocorra após o dia pré-definido, o dia de retirada mensal sofrerá alteração para o dia em está sendo feito a retirada da fórmula.
- 13- A não retirada das fórmulas alimentares após **90 dias**, acarretará **cancelamento do cadastro** no Programa, e o redirecionamento para outro usuário, sendo necessário reabertura com novo relatório nutricional.
- 14- Em caso de intercorrências, melhora do quadro clínico, internações, mudanças de endereço ou telefone e óbito do paciente, a Farmácia Central deverá ser comunicada imediatamente. No caso de internações **é necessário trazer o documento de alta hospitalar** (Sumário de Alta) para fazer a retirada das fórmulas alimentares após a alta médica. E, no caso de mudanças de endereço, novo comprovante deverá ser entregue para a retirada.
- 15- As fórmulas alimentares deverão ser devolvidas a este setor quando não forem mais necessárias por qualquer motivo.
- 16- A alta do programa ficará a critério do nutricionista ou médico de referência SUS Ribeirão das Neves.
- 17- O desligamento do programa poderá acontecer em caso de descumprimento ou não concordância com os termos acima.

() **Declaro estar ciente e de acordo com o exposto acima.**

DATA: ____/____/____

TELEFONE: _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____

Nº DO DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL: _____