



PREFEITURA MUNICIPAL
**SANTO ANTÔNIO
DO DESCOBERTO-GO**

CNPJ 00.097.857.0001-71



**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE FÓRMULAS ALIMENTARES ESPECIAIS

2025



PREFEITURA MUNICIPAL
**SANTO ANTÔNIO
DO DESCOBERTO-GO**

CNPJ 00.097.857.0001-71



**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

PREFEITO MUNICIPAL SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO

Exmº. ma. Sra. Jessica Aparecida Ribeiro Gomes

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Exmº Sr. Iago Enrique Alves Sobrinho



COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO

PRESIDENTE:

- Farmacêutico: Jéniffer S. M. Dos Santos

COLABORADORES:

- Dra. Caroline Nascimento Sobrinho
Dra. Geórgia Pollyane Gwen Quiozini Moreno
Dra. Jéniffer S. M. dos Santos
Dr. Adolpho Roberto Souza Von Lohrmann
Dr. Igor Mariano Primo de Freitas

COLABORAÇÃO E REVISÃO

- Nutricionista da Atenção básica: Caroline Nascimento Sobrinho (CRN-1 21900)
Coordenador Farmaceutico: Anderson Carvalho da Silva Urany
Farmacêutica da Farmácia Especializada: Jéniffer S. M. dos Santos

INTRODUÇÃO



A alimentação e nutrição são requisitos básicos para a promoção e proteção à saúde, contribuem para o crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (MS, 2012). A alimentação refere-se a ingestão de nutrientes combinados por diversos alimentos. Enquanto que, a nutrição é a ciência que estuda os alimentos e nutrientes, bem como sua ação, interação e balanço em relação ao processo saúde e doença (MS, 2014).

A Constituição Federal reconhece a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde e estabelece como atribuições específicas do SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar (BRASIL, 2018), cabendo ao Estado formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição.

No âmbito do SUS a Política Nacional de Alimentação e Nutrição estabelece como diretrizes a Organização da Atenção Nutricional voltadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, e tratamento de agravos e a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais (MS, 2012).

As necessidades alimentares especiais se caracterizam por necessidades específicas de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação relacionadas a utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (parenteral ou enteral) (MS, 2012). Nessa condição enquadram-se alergias ou intolerâncias alimentares, necessidades dietoterápicas aumentadas, comprometimento do funcionamento normal do trato gastrointestinal que pode implicar em uso de sonda enteral como via de alimentação.

O Programa Municipal de Fórmulas Alimentares Especiais de Santo Antonio do Descoberto é gerido com recursos próprios e tem como objetivo atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes no município de Santo Antonio do Descoberto que possuem necessidades alimentares especiais e de vulnerabilidade social, bem como proporcionar o adequado tratamento e recuperação ou manutenção do estado nutricional, por meio do acompanhamento profissional regular e apropriado, com critérios definidos para garantir uma assistência integral, mas também de modo equânime.

O presente protocolo propõe normatizar critérios e fluxos para a prescrição e dispensação de dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis especiais, já



que os protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços (WERNECK et al., 2009).

O requerente deverá buscar à Farmácia basica/Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para abertura do processo, que poderá ser deferido ou indeferido, mediante os critérios do programa, descritos neste protocolo, o atendimento regular será realizado na “Farmácia Especializada” do município de Santo Antonio do Descoberto.

DEFINIÇÕES



- **Fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas:**

“Aquela cuja composição foi alterada ou especialmente formulada para atender, por si só, às necessidades específicas decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes e/ou para a redução de risco de alergias em indivíduos predispostos de lactentes até o sexto mês de vida (5 meses e 29 dias)” (BRASIL, 2011).

- **Fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas:**

“Aquela cuja composição foi alterada ou especialmente formulada para atender às necessidades específicas decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes e/ou para a redução de risco de alergias em indivíduos predispostos de lactentes a partir do sexto mês de vida até doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias) e de crianças de primeira infância, constituindo-se o principal elemento líquido de uma dieta progressivamente diversificada” (BRASIL, 2011).

- **Fórmulas de Proteína Isolada de Soja (FPIS):**

Geralmente são purificadas e suplementadas, devem ser recomendadas para lactentes com mais de seis meses de idade e que tenham Alergia á Proteína do Leite de Vaca (APLV) mediada por IgE (MOREIRA, 2012).

- **Fórmulas Extensamente Hidrolisadas (FEH):**

São produzidas a partir da hidrólise enzimática e/ou térmica da proteína ou da ultrafiltração. Seu uso é indicado em casos de alergia não mediada por IgE. Há também fórmulas com traços de lactose, que normalmente são recomendadas em situações de APLV sem comprometimento gastrointestinal (MOREIRA, 2012).

- **Fórmula de Aminoácidos Livres (FAA):**

São as únicas fórmulas não alergênicas existentes no mercado. São prescritas para crianças que apresentam déficit de crescimento, atrofia vilositária grave e alergia a múltiplos alimentos (MOREIRA, 2012).



- **Fórmula para nutrição enteral:**

“Alimento para fins especiais industrializado, que pode ser introduzido via tubo ou por via oral. Deve ser prescrito com orientação médica ou de um nutricionista. É processado ou elaborado para ser utilizado de forma exclusiva ou complementar na alimentação de pacientes com capacidade limitada de ingerir, digerir, absorver ou metabolizar alimentos convencionais ou de pacientes que possuem necessidades nutricionais específicas determinadas por sua condição clínica” (BRASIL, 2015).

- **Fórmula para espessantes:**

“As gomas são aditivos alimentares com as funções de espessar e estabilizar, proporcionando textura desejada ao alimento com elevada viscosidade, mesmo em baixas concentrações (HONG et al., 2012). Bebidas espessadas podem ser preparadas especialmente para o tratamento da disfagia e, em geral, os líquidos espessados são produzidos pela adição de um ou mais agentes espessantes, tais como amidos modificados ou gomas (GERMAIN et al., 2006; SOPADE et al., 2007).”

- **Lactente:**

“É a criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias)” (BRASIL, 2011).

- **Módulo para nutrição enteral:**

“é composta por um dos principais grupos de nutrientes: carboidratos, lipídios, proteínas, fibras alimentares ou micronutrientes (vitaminas e minerais)” (BRASIL, 2015).

- **Prescrição dietética:**

A resolução CFN nº 304/2003 estabelece critérios para a elaboração da prescrição dietética. De acordo com essa resolução, a elaboração da prescrição dietética é de competência do profissional nutricionista. Para realizar o diagnóstico nutricional, o profissional deve utilizar dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos. Deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando



sua avaliação nutricional, suas necessidades nutricionais e condições do trato digestório (BRASIL, 2003);

• **Prescrição médica:**

É um conjunto de informações ordenadas e documentadas em que há determinação da via de acesso, do diagnóstico clínico e do prognóstico terapêutico envolvidos na prática da TNE (UNICAMP, 2003).

OBJETIVOS



OBJETIVO GERAL

- Estabelecer critérios para a dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais para situações especiais disponibilizadas pela Secretaria de Saúde do Município de Santo Antonio do descoberto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer normas técnicas e administrativas pertinentes à prescrição e dispensação de fórmulas nutricionais para crianças e adultos com necessidades dietoterápicas especiais;
- Proporcionar aos pacientes com necessidades dietoterápicas especiais o adequado tratamento e recuperação ou manutenção do estado nutricional por meio do acompanhamento profissional regular e apropriado;
- Evitar a utilização incorreta ou mesmo não recomendada, preservando a integridade do paciente e o uso adequado e racional dos recursos públicos;
- Organizar o fluxo de pacientes com indicação de uso de fórmulas especiais, com intuito de racionalizar de forma responsável e técnica a sua utilização.
- Atender pacientes com vulnerabilidade social que não tem condições para manter o tratamento proposto.

LEGISLAÇÃO



A Nota Técnica n.º 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde reconhece que o Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, **sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, à curto, médio e à longo prazo (BRASIL, 2017).**

O departamento especializado em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde reafirma a necessidade de organização de serviços estruturados baseados em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas nos estados e municípios, como passo inicial para consolidação de um fluxo de triagem, diagnósticos, tratamento, dispensação de produtos e acompanhamento destes pacientes na rede pública de saúde (BRASIL, 2017).

Nos Art. 196 e 197 da Constituição Federal, cita que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção à recuperação, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 2018, 118 p.).

A Lei Federal considera ainda a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput) e estabelece como atribuições específicas do SUS a vigilância nutricional e a orientação alimentar (art. 6º).

Portanto, cabe ao Estado (gênero) formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição, e, nos casos em que a alimentação apresenta status de fármaco-como é caso das dietas enterais, este deve fornecê-la de acordo com os princípios e normas regidas pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Recentemente a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS-CONITEC, publicou o Relatório de Recomendação nº 345 de Novembro de 2018/CONITEC e a Portaria n.º 67, de 23 de Novembro de 2018, em que resolve incorporar as fórmulas nutricionais à base de soja, à base de proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose e à base de aminoácidos para crianças de 0 a 24 meses



com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) no âmbito do Sistema Único de Saúde
– SUS (BRASIL, 2018).

ALEITAMENTO MATERNO



O Aleitamento Materno (AM) é considerado uma estratégia natural de vínculo e afeto entre mãe e filho, e, principalmente de nutrição para a criança. Constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. É a primeira prática alimentar recomendada para promoção da saúde e adequado desenvolvimento infantil (BRASIL, 2015), devendo ocorrer na primeira hora de vida (BRASIL, 2009).

O AM é a estratégia isolada com maior impacto na redução da taxa de mortalidade infantil. Segundo dados estatísticos, pode evitar até 13% das mortes por causas previníveis em crianças menores de 5 anos. De acordo com a OMS e a UNICEF, aproximadamente 6 milhões de crianças são salvas/ano graças ao AME (MS, 2011; BRASIL, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação das Nações Unidas para à Infância (UNICEF), Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) as crianças com até seis meses de vida devem ser amamentadas exclusivamente com leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, e após os seis meses o aleitamento deve ser complementado com outros alimentos de forma oportuna e saudável até os dois anos ou mais (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que crianças de menor nível socioeconômico são as mais vulneráveis e que o leite materno, além de proteger contra várias infecções, apresenta benefícios em longo prazo na diminuição dos riscos de doenças crônicas (BRASIL, 2015).

Em 2009, o MS publicou a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, realizada no período de 1999 a 2008. Observou-se que a prevalência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi de 41%, sendo o município de Belém/PA com maior percentual (56,1%) de crianças com AME até o sexto mês de vida. Constatou-se ainda que 67,7% das crianças que nasceram durante esses anos foram amamentadas na primeira hora de vida. Apesar do avanço significativo nos índices do aleitamento materno, percebe-se que o Brasil ainda está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS (BRASIL, 2009).



Além das ações de promoção e apoio à amamentação, a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira infância (NBCAL) é uma das ações prioritárias do Ministério da Saúde que visam à proteção do aleitamento materno. A NBCAL é uma importante medida com o objetivo de garantir a segurança alimentar como um direito humano. Apoia as políticas públicas no sentido de minimizar o *marketing* abusivo e as pressões das indústrias de grande porte sob as instituições que prestam serviços de saúde, tanto em nível público como privado.

Baseada no Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) dentre seus principais pontos estão a proibição da promoção de substitutos do leite materno em unidade de saúde e da doação de suprimentos, gratuitos ou subsidiados, de substitutos do leite materno ou outros produtos, em qualquer parte do sistema de saúde.

Porém, algumas crianças não podem receber leite materno por alguma razão e 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 dos lactentes. As crianças com necessidades alimentares especiais na qual há alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares, como intolerâncias e alergias alimentares, aumento da demanda energética, distúrbios disabsortivos, entre outros, devem receber fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas.

CONTRAINDICAÇÕES DO ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com o MS (2011), são poucas as situações em que a substituição do AM é indicada. Ela ocorre de maneira parcial ou total e deve ser prescrita pelo médico. A tabela abaixo, apresenta os casos em que o AM é contraindicado parcial ou totalmente.

Tabela 1. Condições em que o Aleitamento Materno é Contraindicado Parcial ou Totalmente.

Restrições ao Aleitamento Materno	Contraindicação temporária ao Aleitamento Materno	Condições maternas não infecciosas que contraindicam o Aleitamento Materno
Infecção humana materna pelo vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV)	Infecção materna pelo Citomegalovírus - somente em casos de prematuros	Mães que fazem uso de antineoplásicos e radiofármacos
Infecção materna pelo vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2)	Infecção materna pelos vírus Herpes Simples e Herpes Zoster ³	Mães em exposição ocupacional ou ambiental a metais pesados (chumbo, mercúrio, etc)
Criança portadora de fenilcetonúria e galactosemia¹	Infecção materna pelo vírus da varicela	Uso de medicamentos, drogas e metabólitos
	Infecção materna pelo vírus de Hepatite C ³	
	Hanseníase- quando a mãe não está recebendo o tratamento	
	Infecção materna pelo Trypanossoma Cruzi ² – apenas na fase aguda da doença	
	Tuberculose pulmonar - sem tratamento e sem falta de higienização	

¹Doença rara em que a criança não pode ingerir leite humano ou qualquer outro leite que contenha lactose. ² Trypanossoma Cruzi protozoário causador da Doença de Chagas. ³Lesão na mama.

REAÇÕES ADVERSAS A ALIMENTOS

Reações Adversas a Alimentos (RAA) é o termo aplicado a todas as reações que ocorrem após ingestão de um alimento, independente de sua natureza. Pode-se incluir tanto as reações mediadas pelo sistema imunológico, como aquelas não imunomediadas. A Alergia Alimentar (AA) é o termo reservado às RAA que envolvem mecanismos imunológicos, enquanto as intolerâncias alimentares não (ASBAI, 2012).

ALERGIA ALIMENTAR

Atualmente considerada como um problema de saúde pública a Alergia Alimentar (AA) é definida como uma doença consequente a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão e/ou contato com determinados alimentos (ASBAI, 2018).

As reações de hipersensibilidade aos alimentos podem ser divididas de acordo com o processo imunológico envolvido que podem ser:

- Reações mediadas por IgE: decorrem de sensibilização a alérgenos alimentares com formação de anticorpos específicos da classe IgE. Pode ocorrer reações cutâneas, gastrointestinais, respiratórias e sistêmicas, logo após a exposição ao alimento (tabela 2) (ASBAI, 2018);
- Reações mistas mediadas por IgE e hipersensibilidade celular: estão incluídas nesse grupo manifestações decorrentes de mecanismos mediados por IgE associado a participação dos linfócitos T e das citocinas pró- inflamatórias. Alguns exemplos clínicos estão descritos na tabela 2 (ASBAI, 2018);
- Reações não mediadas por IgE: não se manifestam rapidamente e caracterizam-se pela hipersensibilidade mediada por células. As manifestações clínicas mais comuns estão descritas na tabela 2 (ASBAI, 2018).

A AA é mais comum em crianças e a sua prevalência parece ter aumentado nas últimas décadas em todo o mundo. Estima-se que a prevalência seja aproximadamente de 6% em menores de três anos e de 3,5% em adultos. No Brasil, os dados sobre prevalência



de alergia alimentar são escassos e limitados a grupos populacionais, o que dificulta uma avaliação mais próxima da realidade. Estudo realizado por gastroenterologistas pediátricos apontou ser a incidência de alergia às proteínas do leite de vaca 2,2%, e a prevalência 5,4% em crianças entre os serviços avaliados (ASBAI, 2018).

Tabela 2. Manifestações Clínicas de Alergia Alimentar Segundo o Processo Imunológico Envolvido.

	Reações mediadas por IgE	Reações mistas mediadas por IgE	Não mediada por IgE
Pele	Urticária, angiodema, rash eritematoso morbiliforme, rubor	Dermatite atópica	Dermatite de contato
Gastrointestinais	Edema e prurido de lábios, língua ou palato, vômitos e diarreia	Esofagite eosinofílica, a gastrite eosinofílica, a gastrenterite eosinofílica	Enterocolite induzida por proteína alimentar. Protocolite induzida por proteína alimentar Enteropatia induzida por proteína alimentar
Respiratórias	Broncoespasmo, coriza	Asma	Hemossiderose induzida por alimento
Reações sistêmicas	Anafilaxia e choque anafilático		

Fonte: ASBAI, 2018.

Existem mais de 170 alimentos considerados potencialmente alergênicos, porém uma pequena parcela é responsável pela maioria das reações. Na infância, os alimentos que mais causam alergia alimentar são leite de vaca, ovo, trigo e soja que em geral são passageiras. (ASBAI, 2018).

DIAGNÓSTICO



A história clínica tem papel fundamental na determinação do diagnóstico das RAA. Entretanto, o seu valor depende da capacidade recordatória dos sintomas pelos pacientes, da habilidade e sensibilidade do médico em diferenciar as manifestações causadas por hipersensibilidade alimentar daquelas relacionadas a outras condições.

Com base nas informações obtidas pela anamnese, a investigação laboratorial pode ser implementada ou não, podendo ainda, ser necessário a solicitação de exames complementares para confirmação e/ou elucidação diagnóstica. Os principais exames laboratoriais seguem abaixo:

- Hemograma: auxilia na identificação de complicações associadas como a anemia. As reservas corporais de ferro (ferritina sérica) devem ser avaliadas, pois na AA pode ocorrer deficiência desse mineral em função das perdas fecais ou de má absorção secundária à lesão do intestino delgado ou da inflamação sistêmica. Em casos de doenças gastrintestinais como a esofagite eosinofílica, gastroenterite eosinofílica e a proctocolite eosinofílica, a eosinofilia é encontrada em parcela expressiva dos casos e pode auxiliar no diagnóstico (ASBAI, 2018).
- Investigação de sensibilização IgE específica: A determinação da IgE específica auxilia apenas na identificação das alergias alimentares mediadas por IgE e nas reações mistas. A pesquisa de IgE específica ao alimento suspeito pode ser realizada tanto in vivo, por meio dos Testes Cutâneos de Hipersensibilidade Imediata (TC), como in vitro, pela dosagem da IgE específica no sangue (ASBAI, 2018).
- Teste de contato atópico com alimentos (atopy patch test - APT): O APT para alimentos (leite, ovo, trigo e soja) está em investigação para aumentar a especificidade do diagnóstico das reações tardias em pacientes com dermatite atópica ou esofagite eosinofílica e com sensibilização IgE específica a alimentos. Estes testes permanecem não recomendados para o uso na prática clínica, devido à ausência de padronização e à baixa sensibilidade (ASBAI, 2018).
- Teste de Provocação Oral (TPO): é o método mais confiável no diagnóstico da alergia alimentar. É realizado após um período de exclusão dietética necessário para resolução dos sintomas clínicos e consiste na oferta progressiva do



alimento suspeito e/ou placebo, em intervalos regulares, sob supervisão médica para monitoramento de possíveis reações clínicas.

De acordo com o conhecimento do paciente e do médico quanto o tipo de substância ingerida (alimento ou placebo), os testes de provação oral são classificados como aberto (paciente e médico cientes), simples cego (apenas o médico sabe) ou duplo cego e controlado por placebo (TPODCPC), quando nenhuma das partes sabe o que está sendo ofertado. O TPODCPC é considerado padrão ouro no diagnóstico da alergia alimentar. No entanto, tem desvantagens como: tempo necessário para sua execução, custos envolvidos, necessidade de estrutura física e de equipe médica treinada para atendimento de possíveis reações graves, o que limita sua utilização na prática clínica.

A escolha do TPO e o momento de sua execução dependem da: história clínica, idade, tipo de sintoma, tempo da última reação, resultados dos testes cutâneos e/ou dos níveis séricos de IgE específicas, bem como pelo valor nutricional do alimento e pela decisão conjunta com pacientes maiores e seus familiares (ASBAI, 2018).

- Exames coprológicos: atualmente a pesquisa de sangue oculto nas fezes é feita pelo método específico para hemoglobina humana. Contribui quando há dúvida pela anamnese se realmente a perda referida é de sangue. Por outro lado, não tem valor no diagnóstico de alergia alimentar (ASBAI, 2018).

- Endoscopia digestiva alta e colonoscopia com biópsias: Tanto a endoscopia alta como a colonoscopia podem ser indicadas para o diagnóstico diferencial de alergia alimentar em alguns pacientes, mas vale ressaltar que estes exames apenas devem ser indicados por gastroenterologistas, pois são exames invasivos. Na ausência de resposta à dieta de exclusão em um paciente sintomático, com o intuito de excluir outra doença, pode ser necessária a endoscopia. No controle habitual das alergias alimentares, a endoscopia e a colonoscopia não estão indicadas (ASBAI, 2018).

TRATAMENTO DA ALERGIA ALIMENTAR

Após o diagnóstico de alergia alimentar, a única terapia comprovadamente eficaz é a exclusão dietética do alérgeno implicado nas manifestações clínicas. O objetivo principal do tratamento de exclusão dietética é melhorar a qualidade de vida do paciente,



evitar o aparecimento dos sintomas, a progressão e piora das manifestações alérgicas, prevenir possíveis deficiências nutricionais e promover um crescimento e desenvolvimento adequados (ASBAI, 2018; ASBAI, 2012).

Os lactentes que estão em aleitamento materno devem ser assim mantidos, e a mãe deve ser submetida à dieta de exclusão do alérgeno envolvido. Quando necessária a dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados, deve ser recomendada a suplementação de cálcio e vitamina D (colecalciferol) para viabilizar o atendimento às necessidades nutricionais. Ressalta-se que nos casos em que o lactente em aleitamento natural não manifestar reações com alérgenos veiculados pelo leite materno, não há indicação de se restringir a dieta da nutriz (ASBAI, 2018; ASBAI, 2012).

Para os lactentes que por algum motivo não estejam sendo amamentados, ou o leite materno seja insuficiente, as fórmulas hidrolisadas devem ser utilizadas. Durante este período, os lactentes com APLV devem ser mantidos com fórmulas sem a proteína intacta do leite de vaca, que podem ser extensamente hidrolisadas à base da proteína do leite de vaca, aminoácidos livres ou de proteína isolada de soja (somente para crianças maiores de seis meses e sem manifestação gastrintestinal). Mais recentemente, em alguns países se começa a utilizar a proteína hidrolisada de arroz, que ainda carece de maiores estudos (ASBAI, 2018).

Por apresentarem eficácia em 90% dos casos, as dietas à base de proteína extensamente hidrolisada (hidrolisados proteicos) são recomendadas, nas formas mediadas por IgE (lactentes menores de 6 meses) e nas formas não mediadas por IgE (ASBAI, 2018).

Crianças com persistência dos sintomas em uso de dieta extensamente hidrolisada (alergia ao hidrolisado proteico) ou síndrome de má absorção grave com intenso comprometimento da condição nutricional (escore Z de peso para a estatura inferior a 2 desvios-padrão) são consideradas prioritárias para o uso das fórmulas à base de aminoácidos. Pacientes com dermatite atópica moderada-grave associada à alergia alimentar também constituem indicação para fórmula de aminoácidos. Após a recuperação do quadro e da função intestinal, poder-se-á cogitar a possibilidade de substituição pelas fórmulas extensivamente hidrolisadas (ASBAI, 2018).



A introdução da alimentação complementar em crianças com APLV deve seguir os mesmos princípios do preconizado para crianças saudáveis, ressaltando que não há restrição na introdução de alimentos contendo proteínas potencialmente alergênicas. Deve-se apenas, evitar a introdução simultânea de dois ou mais alimentos fontes de proteínas (ASBAI, 2018).

Não devem ser indicados para crianças com APLV o leite de outros mamíferos, fórmulas parcialmente hidrolisadas, fórmulas poliméricas isentas de lactose. Os preparados e bebidas a base de soja e arroz não devem ser utilizados para lactentes com idade inferior a um ano (ASBAI, 2012).

O acompanhamento do estado nutricional e a educação continuada de pais e cuidadores são etapas fundamentais para o sucesso do tratamento. Deve ser realizada uma orientação detalhada sobre como garantir de fato a exclusão do alérgeno alimentar (p. ex: leitura de rótulos), evitar situações de risco (p. ex: alimentação em aniversários, festas e buffets), reconhecer os sintomas e instituir o tratamento precoce de possíveis reações anafíáticas (ASBAI, 2018, ASBAI, 2012).

INTOLERÂNCIA ALIMENTAR

As Intolerâncias Alimentares (IA) são RAA causadas por mecanismo não imunológico. Atualmente, é considerada mais comum do que as alergias alimentares. Segundo dados estatísticos, aproximadamente 20% da população apresenta algum tipo de IA (LOMER, 2015; MAHAN et al. 2013). Clinicamente, é importante distinguir a intolerância alimentar de alergia alimentar, pois os sintomas que afetam os sistemas gastrointestinal, respiratório e cutâneo causados pela IA são bastante semelhante a AA (MAHAN et al. 2013).

INTOLERÂNCIA À LACTOSE



Os carboidratos são a principal fonte de energia e representam aproximadamente 55% a 60% do valor calórico diário. A lactose é considerada a principal fonte de energia para o primeiro ano de vida (TÉO, 2002). Esse carboidrato é o principal constituinte do leite e dos seus derivados. A lactose é hidrolisada pela enzima lactase, responsável por convertê-la em glicose e galactose (CUNHA et al, 2008). A ausência dessa enzima impossibilita a digestão e a absorção da lactose (BRASIL, 2016).

A intolerância a lactose é descrita como uma afecção da mucosa intestinal que possui a incapacidade de digerir a lactose devido a deficiência da enzima lactase. É considerada a intolerância a carboidrato mais comum e que pode atingir todas as faixas etárias (CUNHA et al, 2008; SPSP, 2012). Segundo dados estatísticos 70% dos brasileiros apresentam algum grau de intolerância a lactose que pode ser leve, moderada a grave, dependendo do tipo de deficiência apresentada (SPSP, 2012).

A intolerância a lactose pode ser classificada em três tipos:

a) Deficiência congênita: é causada por um problema genético na qual a criança nasce sem condições de produzir a enzima lactase. É a forma mais rara e crônica da doença, sendo necessária a interrupção do aleitamento materno exclusivo pelo recém-nascido devendo este ser alimentado com fórmula para lactentes sem lactose (SPSP, 2012).

b) Deficiência primária: é a diminuição natural e progressiva na produção da enzima lactase, a partir da adolescência até o fim da vida. É a forma que mais acomete os indivíduos (SPSP, 2012);

c) Deficiência secundária: é adquirida através de doenças que podem causar lesões no intestino delgado. A deficiência de lactase é considerada temporária após períodos variáveis e com os fatores desencadeantes controlados os níveis retornam ao normal. As principais afecções que podem provocar algum tipo de lesão no intestino são: diarreia causada por gastroenterite viral, doença de Crohn, giardíase, alergia a proteína do leite de vaca e doença celíaca. Esse tipo também pode afetar bebês prematuros, que ainda não são capazes de produzir a enzima lactase em níveis suficientes (SPSP, 2012).

Na intolerância à lactose os sinais e sintomas aparecem logo após a ingestão de leite e laticínios, podendo haver uma variação da intensidade da intolerância e da resposta alimentar (PORTO et al., 2005). As manifestações clínicas mais comuns da



intolerância á lactose são: a diarreia, distensão abdominal, cólicas, flatulência, náuseas, ardor anal e assaduras que são causadas pela presença de fezes ácida, podendo ocorrer desidratação e acidose metabólica. Há casos de má absorção intestinal que podem levar a perda de peso e ao retardamento no crescimento (SPSP, 2012).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A história clínica estar associada com o método diagnóstico a ser empregado. Os métodos diagnósticos mais empregados para o diagnóstico da intolerância á lactose são:

a) Teste de Hidrogênio expirado: é considerado o padrão ouro para o diagnóstico da intolerância á lactose. A lactose não absorvida pela flora intestinal é fermentada e produz hidrogênio. Parte desse gás é eliminada pelos pulmões e pode ser detectado no ar expirado. O aumento da produção de hidrogênio após a ingestão de lactose é indicativo de má absorção e fermentação da lactose (PRETTO, 2002). As medidas de hidrogênio expirado podem ser realizadas usando um analisador eletroquímico portátil de hidrogênio. O resultado é considerado positivo quando ocorre um aumento de hidrogênio expirado em 20ppm em relação ao valor basal. Geralmente, o paciente intolerante relata sintomas durante o exame, o que coincide com o aumento do hidrogênio expirado (PEUHKURI, 2000; MATTAR; MAZO, 2010).

b) Teste da curva glicêmica ou teste de tolerância de lactose: o paciente ingeri de 25 a 50 g de lactose e os sintomas são avaliados por duas a três horas. É coletada a glicemia em jejum e depois é feita uma curva. Se o paciente absorver a lactose, a glicemia deve se elevar de $\geq 1,4$ mmol/l (MATTAR; MAZO, 2010).

c) Testes moleculares: são métodos tradicionais de avaliação para má absorção e intolerância a lactose disponíveis. Apesar da sua eficácia podem causar algum desconforto ao paciente, tais como, vômitos, distensão abdominal, cólica e diarréia grave (CUNHA, 2008).

CUIDADO NUTRICIONAL



O cuidado nutricional deve ser iniciado assim que o diagnóstico for estabelecido, já que mudanças na ingestão de leite e derivados da alimentação de crianças podem resultar em carências nutricionais que poderão durar por toda vida (ROCHA, 2012).

O objetivo do tratamento é evitar o desencadeamento dos sintomas, a progressão da doença e a piora das manifestações da doença e proporcionar à criança crescimento e desenvolvimento adequados (ROCHA, 2012). O uso de fórmula infantil apropriada e a exclusão de leite e derivados contribuem para a melhora do quadro clínico.

Fórmula infantil isenta de lactose, é a melhor opção para a substituição do leite de vaca, quando necessário, do leite materno e/ou a fórmula infantil à base de leite de vaca para aquelas crianças intolerantes à lactose. Fórmulas infantis à base de proteína isolada de soja também são uma opção, uma vez que são adequadas às necessidades do lactente e não contêm lactose na sua composição (ROCHA, 2012).

A exclusão dos alimentos que a criança apresenta intolerância é uma forma eficaz no tratamento da patologia, é imprescindível a orientação detalhada dos tipos de alimentos que a criança deve evitar. Os pacientes intolerantes à lactose devem ser orientados a ler os rótulos dos alimentos a serem consumidos, para verificar se há presença de leite e lactose na composição do produto (ROCHA, 2012).

No momento não existe cura para a intolerância à lactose, porém o cuidado nutricional pode contribuir para a melhora da qualidade de vida, além de reduzir o aparecimento dos sinais e sintomas da doença.

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

O Refluxo Gastroesofágico (RGE) é caracterizado pelo retorno de conteúdo gástrico para o esôfago, atingindo, algumas vezes, a faringe, a boca e as vias aéreas superiores. O RGE é, em geral, um processo fisiológico normal que ocorre várias vezes por dia em todas as pessoas saudáveis, independentemente da idade. Entretanto, a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é caracterizada de acordo com a gravidade das manifestações clínicas podendo estar associadas ou não a complicações, tais como a esofagite (MORAES et al, 2010).



O RGE fisiológico é muito frequente em lactentes, normalmente pode estar acompanhado de regurgitações que não se associam a redução no ganho de peso ou outras manifestações clínicas. Trata-se de um distúrbio funcional gastrintestinal transitório e dependente da imaturidade funcional do aparelho digestivo no primeiro ano de vida. Está incluído entre os distúrbios gastrintestinais funcionais e são recomendados critérios diagnósticos clínicos específicos nos critérios de Roma (Roma IV) (MORAES et al, 2010).

Por outro lado, a DRGE ocasiona, nos lactentes, outras manifestações além das regurgitações, como vômitos intensos, dificuldades durante as mamadas, déficit de ganho de peso ponderal, choro, irritabilidade e alteração na posição cervical. Podem ocorrer, também, manifestações extra gastrintestinais, como tosse crônica, sibilânica/asma, rouquidão, laringite de repetição, pneumonia recorrente, dor de garganta crônica (ROSEN et al, 2018).

A diferenciação entre regurgitação do lactente e DRGE no lactente deve ser feita pela história e exame clínico minuciosos, que determinam se o lactente necessita ou não de intervenção terapêutica, investigação laboratorial, radiológica e/ou endoscópica. Nas crianças maiores e adolescentes as principais manifestações clínicas gastrintestinais são azia, dor retroesternal ou epigástrica (MORAES et al, 2010).

Foram descritos alguns grupos de risco para o desenvolvimento da DRGE e suas complicações: 1) doenças neurológicas, 2) prematuridade, 3) obesidade, 4) fibrose cística ou displasia broncopulmonar, 5) antecedente familiar de DRGE e 6) malformações congênitas do trato gastrintestinal alto (hérnia hiatal, hérnia diafragmática, atresia esofágica, fistula traqueoesofágica) (MORAES et al, 2010).

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A suspeição diagnóstica deve ser fundamentalmente clínica, mediante história de sintomas típicos de DRGE, sem exames laboratoriais para confirmação diagnóstica, para os casos que não apresentem sinais agravantes. A decisão pela investigação diagnóstica dependerá do julgamento da gravidade e da repercussão do conjunto de sinais e sintomas e deve ser sempre individualizada (MORAES et al, 2010).



Existem condições clínicas associadas ao aumento da prevalência de DRGE. Nestas situações, o diagnóstico deve ser sempre suspeitado, dado que estes pacientes apresentam características clínicas que propiciam a evolução para DRGE crônica e grave, estando sujeitos à elevada prevalência de complicações. Pacientes com atresia esofágica corrigida ou neuropatas podem apresentar dismotilidade esofágica e consequentemente menor depuração esofágica e disfunção do EEI. Nas doenças respiratórias crônicas, com destaque à fibrose cística, a tosse crônica, a asma e a disfunção respiratória ocasionam aumento da pressão intra-abdominal e disfunção do EEI que ocasionam DRGE (MORAES et al, 2010).

Para o diagnóstico de DRGE o exame ideal deverá documentar a ocorrência de RGE, detectar suas complicações, estabelecer uma relação causa-efeito entre RGE e sintomas. Atualmente nenhum teste isolado preenche todas essas características ao mesmo tempo. Basicamente, a endoscopia identifica claramente esofagites, a pHmetria mede o RGE ácido e a impedanciometria intraluminal (II) detecta todos os tipos de RGE, independentemente do pH (MORAES et al, 2010).

O exame radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno (Rx EED) é importante para diagnosticar anormalidades estruturais anatômicas que podem causar sintomas similares aos da DRGE, como hérnia, estenose e volvo. Pode ser útil na avaliação do esvaziamento (MORAES et al, 2010).

A ultrassonografia abdominal tem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da DRGE (MORAES et al, 2010).

A cintilografia gastroesofágica avalia o esvaziamento gástrico (indicado para pacientes com sintomas de retenção gástrica). Detecta aspiração pulmonar em pacientes com sintomas respiratórios crônicos e refratários. Tem baixa sensibilidade e especificidade, não sendo recomendado como método de rotina para diagnóstico e seguimento de lactentes e crianças com (MORAES et al, 2010).

A pHmetria esofágica de 24 horas consiste no registro contínuo do pH intraesofágico, quantifica a frequência e a duração dos episódios de RGE e o tempo total de exposição ácida do esôfago naquele período analisado. Foi considerada como padrão-ouro para o diagnóstico da DRGE, porém nos últimos anos muitos autores demonstraram



a sua limitação por detectar apenas refluxos ácidos ($\text{pH} < 4$), deixando de observar os refluxos fracamente ácidos ou alcalinos (MORAES et al, 2010).

A impedanciometria intraluminal esofágica acoplada a um sensor de pHmetria é o método mais recente e promissor, uma vez que, detecta o movimento do conteúdo intraluminal, tanto de sólidos, líquidos ou gasosos, identificando refluxos ácidos, fracamente ácidos e não ácidos. Além da extensão e tempo de duração do refluxo (MORAES et al, 2010).

TRATAMENTO DA REGURGITAÇÃO DO LACTENTE

A partir dos seis meses de idade, as regurgitações tendem a decrescer, tanto em número quanto volume. E, ao final do primeiro ano de vida ocorre a resolução espontânea das regurgitações. Orientação e apoio aos familiares são os princípios fundamentais do tratamento (MORAES et al, 2010).

Em relação à orientação postural, o lactente deve ser mantido em posição vertical pelo período de 20 a 30 minutos após a mamada, o que facilita a eructação e o esvaziamento gástrico, diminuindo os eventos de regurgitação. Nos períodos de sono, o lactente deve permanecer em decúbito supino (dorsal), com a elevação da cabeceira entre 30 e 40 graus, pois as posições em decúbito lateral e/ou prona associam-se com maior risco de ocorrência de morte súbita. Para os lactentes em aleitamento materno, mantém-se as mamadas por livre demanda, corrigindo apenas erros técnicos de amamentação, que incluem tempo muito prolongado de sucção não nutritiva (MORAES et al, 2010).

CUIDADO NUTRICIONAL DA REGURGITAÇÃO DO LACTENTE

As modificações dietéticas propostas para reduzir os episódios de refluxo devem respeitar as necessidades nutricionais da criança. Entre as medidas recomendadas, o espessamento da dieta possui maior eficácia no alívio das regurgitações (MORAES et al, 2010).

As fórmulas AR (Anti-Regurgitação) podem ser espessadas com carboidratos digeríveis à base de arroz, milho, batata ou com carboidratos não digeríveis



(alfarroba/jataí). O princípio básico das fórmulas à base de carboidratos digeríveis consiste na redução de aproximadamente 24% no teor de lactose, acrescentando-se em contrapartida, o mesmo teor de amido. A presença de amido pré-gelatinizado proporciona viscosidade adequada para reduzir o número de regurgitações. A fórmula AR com adição de carboidrato não digerível tem como base, a adição da goma de jataí na proporção de 0,4 gramas/100 ml. A composição final mantém a concentração dos componentes dentro das especificações determinadas pelo Codex Alimentar (FAO-OMS) (MORAES et al, 2010).

TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO NO LACTENTE

Ao considerar a ocorrência em lactentes de DRGE, como primeira medida de intervenção, preconiza-se a exclusão da proteína do leite de vaca na dieta alimentar, pois o diagnóstico diferencial destas duas condições pode ser difícil em lactentes jovens. Nos casos em aleitamento natural exclusivo, deve ser retirado o leite de vaca e derivados da dieta da nutriz pelo prazo de 2 a 4 semanas (ROSEN et al, 2018).

O emprego de antiácidos ou procinéticos deve ser reservado para as situações mais graves após avaliação criteriosa. Nos lactentes com DRGE que recebem fórmulas à base de leite de vaca e que muitos dos quais, não responderam ao uso de fórmulas AR, recomenda-se a exclusão das proteínas do leite de vaca e introdução de FEH ou FAA (ROSEN, 2018).

A exclusão das proteínas do leite de vaca justifica-se pelo fato de que os sintomas decorrentes de alergia se sobrepõem aos da DRGE comumente, sendo difícil distinguir clinicamente, as duas situações (ROSEN, 2018). Alguns autores, afirmam que em 40% desses casos, a causa básica é a alergia. Dados como dermatite atópica, história de alergia alimentar na família e presença de sangue oculto nas fezes podem reforçar esta hipótese. Igual parte desses lactentes apresenta hipersensibilidade à proteína da soja, que deve ser evitada (MORAES et al, 2010).

Existem vários argumentos contra o tratamento medicamentoso para DRGE em lactentes, destaca-se que nos primeiros meses de vida, os eventos predominantes



relacionados aos sintomas, são de refluxos denominados fracamente ácidos, para os quais não há tratamento eficaz. Parte expressiva dos lactentes nos primeiros meses de vida que apresentam sintomas de DRGE, mesmo aqueles com crises de choro e irritabilidade, respondem às medidas não farmacológicas de ordem geral e/ou substituição das fórmulas (MORAES et al, 2010).

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

A indicação cirúrgica para casos de RGE está relacionada à causa básica da doença e à refratariedade ao tratamento medicamentoso. Pacientes com encefalopatia crônica/neuropatas e DRGE são, com maior frequência, selecionados para intervenção cirúrgica. São incluídos igualmente, os casos de esofagite de refluxo não responsiva ao tratamento, vômitos exacerbados e doença pulmonar grave, com riscos de aspiração de conteúdo refluído (MORAES et al, 2010).

A fundoplicatura de Nissen laparoscópica tem sido a técnica mais utilizada nos diferentes serviços de cirurgia pediátrica nos últimos anos. As taxas de sucesso com a intervenção cirúrgica variam entre 60-90% dos casos (MORAES et al, 2010).

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

De acordo com a Resolução RDC nº63, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA/MS), define nutrição enteral como:

Alimentos 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 sonda ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou completar 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 (BRASIL, 2000, 1 p.).

A terapia nutricional enteral (TNE) é administrada por meio de sondas ou ostomias digestivas, destinada a pacientes com trato digestivo funcionante, mas que não



podem ou não devem se alimentar pela boca. Sendo contraindicado nas situações em que o trato gastrintestinal não se encontra íntegro ou funcionante, como por exemplo, em obstruções intestinais e hemorragias digestivas altas (WAITZBERG, 1998).

A utilização do trato gastrintestinal, no período pós operatório imediato, tem se associado a uma diminuição na taxa metabólica e melhora do balanço nitrogenado. Em todas as eventualidades, a utilização da nutrição enteral garantirá pelo menos igual, e possivelmente, melhor desfecho em relação a Nutrição Parenteral Total (NPT), nos cuidados dos pacientes hospitalizados, requerendo terapia nutricional. (SHIKORA, 1994).

O uso da via enteral produz menor incidência de complicações, reduz a resposta inflamatória, previne a atrofia intestinal e, consequentemente, a translocação de bactérias do lúmen intestinal. Devido a essas características, a TNE tem sido utilizada preferencialmente à NPT. (ECHENIQUE; CORREIA, 1998).

É importante ressaltar que, a melhor via para se fornecer nutrientes é a via oral, devendo-se priorizar a utilização do trato gastrintestinal, pois esta é mais fisiológica e econômica, apresenta menores riscos, além de ser possível a sua realização a nível domiciliar (CUPPARI, 2004).

A definição do tipo de acesso enteral depende do tempo de uso da via enteral. Se o acesso for de curta duração são utilizadas as vias nasogástrica, nasoduodenal ou nasojejunal. Mas se o acesso for para períodos de longa duração as vias são a: gastrostomia, acesso comum em pacientes domiciliados, e, jejunostomia (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

A prescrição da nutrição enteral deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, envolvendo equipe médica e nutricionistas, por meio do cálculo das necessidades nutricionais, escolha da fórmula enteral mais adequada e definição de via de administração (USP, 2014).

INDICAÇÕES



Nos quadros 1 e 2 apresentam algumas situações em que a TNE é utilizada com frequência tanto em adultos quanto em recém-nascidos, crianças e adolescentes que são:

Quadro 1. Principais Indicações da Terapia Nutricional em Adultos.

Distúrbios típicos
Anorexia persistente, caquexia (Câncer e cardíaca)
Câncer de boca, hipofaringe –cirurgia de esôfago
Distúrbios de deglutição, aspirações frequentes, impossibilidade ou contra-indicação de via oral
Doença de Crohn
Doenças desmielizantes
Erros inatos do metabolismo
Estado comatoso
Fibrose cística
Fístula digestiva
Grandes queimados, infecção grave e trauma extenso
HIV/AIDS
Íleo paralítico
Ingestão alimentar < 60% das necessidades nutricionais, intolerância à suplementação via oral, ingestão inadequada por 7-14 dias
Insuficiência respiratória (com ventilação)
Lesão encefálica traumática
Má absorção, alergia alimentar
Obstrução intestinal crônica parcial (gástrica ou entérica) ou mecânica (boca e esôfago)
Paciente gravemente desnutrido em pré- operatório de cirurgia de médio e grande porte
Pacientes com hiporexia ou anorexia que se recusam a se alimentar pela boca
Pacientes com risco de desnutrição e desnutridos

Pacientes críticos, hipermetabólicos

Pancreatite, enterite por quimioterapia ou radioterapia

Síndrome do intestino curto

Trauma facial, oral ou esofágico

Fonte: MAHAN et al. 2013

Quadro 2. Situações em que Terapia Nutricional Enteral é Indicada em Recém-nascidos, Crianças e Adolescentes

Distúrbios típicos
Anorexia devido ao tratamento/medicação (ex: quimioterapia)
Anorexia nervosa
Anorexia relacionada com a condição médica
Atresia das vias biliares
Aversão alimentar
Bronco displasia pulmonar
Câncer associado á quimioterapia e radioterapia
Cardiopatia congênita
Cirurgia
Desordens neurológicas (ex.: paralisia cerebral)
Desordens neuromusculares
Diarreia crônica não especificada
Dietas não palatáveis
Doença colestática hepática
Doença inflamatória intestinal
Doença renal
Doenças metabólicas
Falência de crescimento
Fibrose cística
Fístula proximal de alto débito
Fístula taqueoesofágica

Infecção
Insuficiência pancreática
Intolerância ao Jejum
Intubação orotraqueal
Má absorção
Malformação congênita
Mucosite
Obstrução intestinal proximal
Perda de peso ou desnutrição
Prematuridade
Pseudo-obstrução intestinal
Queimaduras
Síndrome do intestino curto
Trauma

Fonte: MAHAN et al.2013.

FÓRMULAS ENTERAIS

São utilizadas no tratamento e são específicas para cada paciente. Em geral, os tipos de fórmulas variam em quantidade de proteína e calorias, enriquecimento com fibras, semi-elementares, fórmula com gordura modificada específica, de acordo com doenças e várias outras. Ressalta-se que as fórmulas devem ser escolhidas levando em consideração o estágio da doença, estado nutricional do paciente, capacidades absorтивas, terapia medicamentosa, função renal, balanço eletrolítico e outros (NISIM; ALLINS, 2005).

CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO PELO PROGRAMA



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Residir no município de Santo Antonio do Descoberto/GO;
- Ser usuário do SUS;
- Possuir relatório com prescrição dietética e médica de profissional do SUS;
- Receita atualizada (dentro dos 6 meses).
- Realizar o acompanhamento com os profissionais de saúde do município de Santo Antonio do Descoberto, exceto aqueles que realizam tratamento em unidades hospitalares da rede estadual ou federal do Estado de Goiás;
- No caso de fórmulas infantis, possuir idade até 2 anos incompletos, exceto casos especiais (ex.: alergias e intolerâncias alimentares graves; desnutrição grave, etc);
- Apresentar toda documentação solicitada para abertura do processo (Comprovante de endereço, certidão de nascimento da criança, cartão sus, relatório médico de especialista, relatório de visita social, etc);
- Estar de acordo com os critérios do protocolo.
- E pessoas de baixa renda.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Mudar- se do município de Santo Antonio do Descoberto/GO;
- Não residir no município de Santo Antonio do Descoberto/GO;
- Receber alta médica e/ou nutricional;
- Recusa pelo usuário e/ou cuidador do tratamento e acompanhamento proposto;
- Receitas que não sejam do município.
- Receita com mais de 6 meses
- No caso de fórmulas infantis, completar 2 anos de idade, exceto casos especiais (ex.: alergias e intolerâncias alimentares graves; desnutrição grave, etc);
- Não apresentar a documentação solicitada;



- Não estar de acordo com os critérios do protocolo.

FLUXO PARA ABERTURA DO PROCESSO

RELATÓRIO E PRESCRIÇÃO MÉDICA E NUTRICIONAL

- O relatório médico e nutricional deverá estar atualizado e datado e deverá conter a história clínica, quadro clínico atual, diagnóstico e previsão de tempo de uso da fórmula;
- O relatório e a prescrição médica e nutricional deverão ser realizados por profissionais do SUS;
- As prescrições de fórmulas infantis, deverá ser feita pelo profissional pediatra ou gastropediatra e deverá ser encaminhado ao Nutricionista que acompanhará o menor.
- As prescrições de Fórmulas alimentares para adulto (suplementos e dietas enterais) poderá ser feita pelo profissional Nutricionista e/ou médico.
- Prescrições que contenham rasuras e que estejam com letra ilegível não serão aceitas, com a finalidade de preservar a segurança do usuário;
- A prescrição deverá indicar a especificação técnica do tipo de fórmula em uso a ser disponibilizada, e não nomes de marcas comerciais;
- Deverá conter na prescrição modo de uso e quantidade do produto a ser dispensada por mês;
- As prescrições serão válidas por um período máximo de 6 meses, podendo ser renovada conforme avaliação nutricional e médica do usuário.
- Caso o paciente resida no município, mas por eventualidade tenha a receita de outro estado, deverá passar por uma unidade básica que possua um especialista para avaliação e atualização de suas documentações.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO
PARA CRIANÇAS**

- Identidade dos responsáveis (Cópia);
- Certidão de nascimento da criança (Cópia);
- Cartão SUS da criança (Cópia);
- Comprovante de endereço atualizado dos últimos 3 meses ou declaração de aluguel (Cópia);
 - Relatório médico e nutricional;
 - Prescrição médica;
 - Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais.
 - Relatório social (realizado pela assistente social da Secretaria de Saúde do Município de Santo Antonio do Descoberto-GO)
- Termo de consentimento preenchido pelos responsáveis (disponibilizado no momento da abertura do processo) (ANEXO 1)
- Comprovante de baixa renda.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO
PARA ADULTOS**

- Identidade do paciente (Cópia);
- Identidade de um responsável legal, quando for o caso;
- Cartão SUS do paciente (Cópia);
- Comprovante de endereço atualizado dos últimos 3 meses ou declaração de aluguel (Cópia);
 - Relatório médico e nutricional;
 - Prescrição médica;
 - Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais.
 - Relatório social (realizado pela assistente social da Secretaria de Saúde do Município de Santo Antonio do Descoberto-GO)



- Termo de consentimento preenchido pelo próprio paciente ou por um responsável, quando for o caso (disponibilizado no momento da abertura do processo) (ANEXO 1).
- Comprovante de baixa renda.

ASSISTENTE SOCIAL

O parâmetro utilizado social será o acesso igualitário (princípio da equidade), deste modo não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, ofereceriam-se provavelmente coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as DESIGUALDADES (MINISTERIO DA SAÚDE, 2000).

Vale ressaltar que os recursos são limitados e o sistema deve procurar atender o princípio da reserva do modo possível, visto que: o Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão. Assim a avaliação social é imprescindível no programa, uma vez que o custo das fórmulas e dietas oferecidas pela prefeitura apresentam, um custo bastante elevado que varia de R\$ 50,00 a R\$ 250,00 a lata ou o litro do produto. Após o cadastro no Programa Municipal de formulas Alimentares Especiais, será realizada visita domiciliar ao paciente, com o intuito de averiguar a residência no Município e as informações socioeconômicas.

- As famílias de baixa renda deverão estar inscritas no CadÚnico para serem contempladas com 100% do quantitativo mensal disponibilizado de fórmulas infantis e dietas especializadas enterais, seguindo o protocolo do Programa;
- As famílias com até dois salários mínimos serão contempladas com 50% a 100% do quantitativo mensal disponibilizado de fórmulas alimentares especializadas, seguindo o protocolo do Programa;



DISPENSAÇÃO

- A dispensação seguirá as normas estabelecidas neste protocolo;
- A primeira dispensação levará um prazo máximo de até 30 dias a contar da data de emissão, tempo necessário para avaliação e abertura do processo;
- As fórmulas infantis e suplementos pediátricos serão entregues somente aos pais ou responsável autorizado por escrito pelos mesmos, e as Fórmulas alimentares para pacientes adultos (dietas enterais e suplementos nutricionais) serão entregues ao próprio paciente ou ao seu responsável legal.
- Será vetada a dispensação para menores de 18 anos desacompanhados;
- Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebidos do Programa Municipal de Fórmulas Alimentares Especiais de Santo Antonio do Descoberto/GO, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente cadastrado;
- A quantidade de produto dispensado ao mês pode variar de acordo com a idade, diagnóstico e evolução do quadro clínico. Podendo, sofrer alterações na quantidade a ser recebida como acréscimos, reduções ou suspensões. Salienta-se que poderão ocorrer casos em que não serão dispensados 100% da quantidade de produtos que o paciente necessita e utiliza por mês, tendo em vista que a dispensação tem como um dos critérios a avaliação social. Considerando que o responsável pelo beneficiário será comunicado previamente.
- Somente é autorizado o fornecimento de fórmulas infantis para fins especiais. Fórmulas infantis padrão não serão disponibilizadas. Quando necessário, o paciente será encaminhado para o programa social que visa o fornecimento dos itens acima.
- Fórmulas infantis á base de leite cabra não serão fornecidas, pois não são indicados para crianças com APLV devido a similaridade antigênica.
- O paciente ou seu responsável deverá assinar o Termo de Entrega (Anexo 2), sempre durante a dispensação, declarando ter recebido as fórmulas disponibilizadas;
- A entrega só será feita mediante a apresentação do Cartão SUS e do documento pessoal do paciente.



- Os produtos recebidos da SMS serão de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo durante o tratamento apresentar nomes comerciais diferentes, porém com a garantia de similaridade (Lei nº 8.666/93);

TEMPO DE DISPENSAÇÃO

- Para as solicitações deferidas serão autorizadas dispensações mensais dos produtos por período máximo de 6 meses. Após esse período paciente deverá passar por nova avaliação. Caso a criança necessite manter ou modificar a fórmula recebida nova solicitação deverá ser encaminhada.
- As fórmulas infantis serão dispensadas até dois anos, exceto em casos especiais
- As dietas enterais e suplementos nutricionais serão dispensados até recuperação do estado nutricional ou até ausência de risco nutrional, exceto aqueles com necessidade permanente de alimentação via sonda enteral.

QUANTIDADE DISPENSADA

- A quantidade de fórmula dispensada será conforme prescrição médica e/ou nutricional e seguindo os critérios do protocolo.
- Será fornecido mensalmente o total de 30 frascos e 30 equipamentos ou 30 seringas 20 ml.

HIGIENIZAÇÃO DOS FRASCOS E EQUIPOS

- Os equipamentos e frascos podem ser reaproveitados, desde que seja realizado a higienização correta.
- Lavar frascos e equipamentos em detergente neutro, enxaguar até remover todo detergente.



- Colocar em solução clorada por 15 minutos, enxaguar em água corrente.

Solução clorada: diluir em 01 colher de sopa de água sanitária em 01 litro de água filtrada.

- Armazenar, os insumos já higienizados, em caixas plásticas com tampa na geladeira.
 - Nos caso de troca o equipo devera ser trocado a cada 24h,

FÓRMULAS DISPONÍVEIS

- O processo de aquisição das dietas enterais, suplementos nutricionais, fórmulas infantis e módulos alimentares são realizados anualmente por meio de licitação pública. Portanto, os produtos a serem fornecidos pela SMS são entregues aos pacientes conforme o produto vencedor na licitação.
- Os produtos, aprovados e registrados na ANVISA, adquiridos mediante licitação pública que estarão disponíveis para dispensação estão listados nos ANEXO 3 e 4.

REFERÊNCIAS



ASBAI- Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (Brasil). **Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2018- parte 1- etiopatogenia, clínica e diagnóstico.** Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, São Paulo, v.2, n. 1, p. 7-38, 2018.

ASBAI- Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (Brasil). **Consenso brasileiro sobre alergia alimentar: 2018- parte 2- diagnóstico, tratamento e prevenção.** Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, São Paulo, v.2, n. 1, p. 39-82, 2018.

ASBAI- Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (Brasil). **Guia prático de diagnóstico e tratamento da alergia ás proteínas do leite vaca mediada pela imunoglobulina E.** Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia, São Paulo, v.35, n. 6, p. 203-233, 2012.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Relatório de recomendação n.º345 de Novembro/2018.** Brasília, DF: CONITEC, 2018. Disponível

em:<http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Recomendacao/Relatorio_FormulasNutricionais_APLV.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar.** Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>>. Acesso em: 18 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.** Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalecia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 18 de Nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.** Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>>. Acesso em: 21 de Nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança. **Materiais informativos.** Brasília, DF: MS, 2005. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_criancas_materiais_infomativos.pdf>. Acesso em: 20 de Nov. 2018.



BRASIL. Merck's Manual of the Materia Medica. **Intolerância à lactose.** Estados Unidos, U.S.A: Manual MDS, 2016. Disponível em:< https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-digestivos/m%C3%A1A1-absor%C3%A7%C3%A3o/intoler%C3%A2ncia-%C3%A0-lactose#v35090160_pt>. Acesso em: 18 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Restrições ao aleitamento materno.** Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: < <http://portalsms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno/restricoes-ao-aleitamento-materno>>. Acesso em: 26 de Nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº. 23. **Saúde da criança- nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_criancas_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 18 de Nov. 2018.

BRASIL, Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução CFN nº 304, 26 de dezembro de 2003.** Dispõe sobre critérios para Prescrição Dietética na área de Nutrição Clínica e dá outras providências. Brasília, DF: CFN, 2003. Disponível em: < http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_304_2003.htm>. Acesso em: 18 de abr. 2019.

BRASIL. Fundação das Nações Unidas para a Infância. **Aleitamento materno.** Brasília, DF: UNICEF, 2009. Disponível em: < https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.html>. Acesso em: 18 de Nov. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº - 21, de 13 de maio de 2015. **Dispõe sobre o regulamento técnico de fórmulas para nutrição enteral.** Brasília, DF: ANVISA, 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_21_2015.pdf/df60e69d-974d-4204-9fe7-74e8943a135a> . Acesso em: 15 de Nov. 2018.

BRASIL. Governo do Rio de Janeiro. Conexão de Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 45, de 19 de setembro de 2011. **Dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira**

infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas. Rio de Janeiro, RJ: Saúde RJ, 2011. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTk4Mg%2C%2C>>. Acesso em: 06 de Nov. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: STF, 2018. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>>. Acesso em: 06 de Nov. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de 6 de junho de 2000. **Dispõe sobre o regulamento técnico para terapia nutricional enteral.** Brasília, DF: ANVISA, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html>. Acesso em: 27 de maio de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Planalto. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF: Planalto, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 06 de Nov. de 2018.

BRASIL. Prefeitura Municipal de São Lourenço. Secretaria Municipal de Saúde.
Estabelece a criação do programa municipal de fórmulas nutricionais especiais industrializadas e dá outras providências. Portaria nº 001/2017. São Lourenço, MG:
SMS, 2017. Disponível em:
<<https://www.saolourenco.mg.gov.br/arquivos/publicacaooficial/07022018160253PortariaLeite001.pdf>>. Acesso em: 06 de Nov. 2018.

CARVALHO, P.T. Assistência domiciliar- um novo conceito de hospital. 2000.
80 f. Projeto de pesquisa- Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

CUNHA, M.E. T.; SGUIMOTO, H. H.; OLIVEIRA, A. N.; SIVIERI, K.; COSTA, M. R. Intolerância á lactose e alternativas tecnológicas. **Científica, Ciência, Biologia e das Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 83-88, 2008.

CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto. In: _____. **Terapia nutricional**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2004. Cap. 18, p. 369-390.

DAPES/SAS- DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Conheça o DAPES**. Brasília, DF: DAPES/SAS, 2010.2 p.

ECHENIQUE, M., CORREIA, M. I. T. D. Avances en soporte nutricional del paciente crítico. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.13, p.221-7, 1998.

GASPARIN, F. S. R.; TELES, J. M.; ARAÚJO, S. C. Alergia à proteína do leite de vaca versus intolerância á lactose: as diferenças e semelhanças. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 107-114, 2010.

LOMER, M.C.E. Review article: the aetiology, diagnosis, mechanisms and clinical evidence for food intolerance. **Alimentary Pharmacology e Therapeutics**, Estados Unidos, v. 41, n.3, p.262-275, 2015.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. In: RAYMOND, J. L. IRETON- JONES, C. S. (ed). **Krause- alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. cap.12, p. 306-323.

MATTAR, R.; MAZA, D. F.C. Intolerância á lactose: métodos de paradigmas com a biologia molecular. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.2, p. 230-236, 2010.

MOREIRA. Grupo editorial Moreira Jr. **Manejo nutricional na alergia a proteína do leite de vaca**. São Paulo, SP: Moreira Jr, 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5225>. Acesso em: 15 de Nov. 2018.

MORAES, J.P.; NAVARRO, T.R.; BARBUTI, R.; EISIG, J.; CHINZON, D.; BERNARDO, W. Brazilian Gerd Consensus Group. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. **Archives of Gastroenterology**, São Paulo, v. 47, n.1, p.99-115, 2010.

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: MS, 2012. 83 p.

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Guia alimentar para a população brasileira.** Brasília, DF: MS, 2014. 158 p.

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília, DF: MS, 2018. 163 p.

MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos.** Brasília, DF: MS, 2011. 60 p.

NISIM, A. A.; ALLINS, A. D. Enteral nutrition support. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 109-112, 2005.

PORTO, C. P. C.; THOFEHRN, M. B.; SOUSA, A. S.; CECAGNO, D. Experiência vivenciada por mães de crianças com intolerância à lactose. **Revista Família, Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n.3, p.250-256, 2005

ROSEN, R.; VANDENPLAS, Y.; SINGENDONK, M.; CABANA, M.; DILORENZO, C.; GOTTRAND, F.; GUPTA, S.; LANGENDAM, M.; STAIANO, A.; THAPAR, N.; TIPNIS N.; TABBERS, M. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). **Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition**. United States, v.66, n. 3, p.516–554, 2018.

SBP- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.152 p.

SHIKORA, A. S. Requeriments for patients receiving enteral nutrition. In: BORLASE, B. C., BELL, S. J., BLACKBURN, G. L., FORSE, R. A. **Enteral Nutrition.** Ed. New York: Chapman & Hall, 1994. p.37-46.

TÉO, C. R. P. A. Intolerância á lactose: uma breve revisão para o cuidado nutricional. **Arquivos de Ciência Saúde Unipar**, Umuarama, v.6, n.3, p. 135-140, 2002.

USP- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (Brasil). **Manual da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU/USP.** São Paulo, SP: USP, 2014. 132 p.



WAITZBERG, D. L., URBANO, M. R. D., GAMARODRIGUES J. Gasto Energético e cálculo das necessidades calórico-protéicas. In: WAITZBERG, D. L. Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica. Ed. São Paulo: Atheneu, 1995, v.2, p.154-61.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado á saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 84 p. 2009.

PAGNO, C. H.; SOUZA,L. F.; FLORES, S. H.; JONG, E.V. **Desenvolvimento de espessante alimentar com valor nutricional agregado, destinado ao manejo da disfagia.** Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/cr/a/WxRtGWcfbYzGHmvJBwdQJQy/?lang=pt#>>

PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PEDRO LEOPOLDO/MG. Pedro Leopoldo/MG, 2022. Disponível em <<https://pedroleopoldo.mg.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/Protocolo-de-dispensa%C3%A7%C3%A3o-de-F%C3%B3rmulas-Nutricionais-20>>

**ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, _____, responsável pelo paciente _____, estou ciente das normas e critérios para permanência no Programa Municipal de Fórmulas Alimentares Especiais de Santo Antonio do descoberto/GO, que seguem abaixo:

1. RELATÓRIO E PRESCRIÇÃO MÉDICA E NUTRICIONAL

- As prescrições serão válidas por um período máximo de 6 meses, podendo ser renovada quando necessário manter ou modificar a fórmula recebida;
- Os relatórios e prescrições deverão estar atualizados e datados;
- O relatório e as prescrições de **fórmulas infantis** deverá ser feita pelo profissional pediatra ou gastropediatra do SUS e sendo encaminhando ao nutricionista para acompanhamento e as prescrições de suplementos e dietas enterais para adulto poderá ser feita pelo profissional nutricionista e/ou médico do SUS.
- Prescrições que contenham rasuras e que estejam com letra ilegível não serão aceitas;
- Deverá conter na prescrição modo de uso e quantidade do produto a ser dispensada por mês.
- Caso o paciente resida no município, mas por eventualidade tenha a receita de outro estado, deverar passar por uma unidade básica que possua um especialista para avaliação e atualização de suas documentações.

2. DISPENSAÇÃO

- A primeira dispensação levará um prazo máximo **de 30** dias a contar da data de entrega da documentação, tempo necessário para avaliação e abertura do processo;
- As fórmulas infantis e suplementos pediátricos serão entregues somente aos pais ou responsável autorizado por escrito pelos mesmos, e as dietas enterais e



suplementos nutricionais para adulto serão entregues ao próprio paciente ou ao seu responsável legal.

- Será vetada a dispensação para menores de 18 anos desacompanhados;
- Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebidos do Programa, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis;
- A quantidade de produto dispensado ao mês pode variar de acordo com a idade, diagnóstico e evolução do quadro clínico. Podendo, sofrer alterações na quantidade a ser recebida como acréscimos, reduções ou suspensões, conforme Protocolo.
- Alimentos como cereais ou leite em pó não são dispensados.
- Fórmulas infantis a base de leite cabra não serão fornecidos, pois não são indicados para crianças com APLV.
- O paciente ou seu responsável deverá assinar o Termo de Entrega sempre durante a dispensação
- As fórmulas infantis serão dispensadas até dois anos, exceto em casos especiais, conforme o Protocolo.

2.1 QUANTIDADE DISPENSADA

- A quantidade de fórmula dispensada será conforme prescrição médica e/ou nutricional e avaliação social e seguindo os critérios do protocolo.
- Será fornecido mensalmente o total de 30 frascos e 30 equipos ou 30 seringas 20ml.

2.1.1. HIGIENIZAÇÃO DOS FRASCOS E EQUIPOS

- Os equipos e frascos podem ser reaproveitados, desde que seja realizado a higienização correta.
- Lavar frascos equipos em detergente neutro, enxaguar até remover todo detergente.



- Colocar em solução clorada por 15 minutos, enxaguar em água corrente.

Solução clorada: diluir em 01 colher de sopa de água sanitária em 01 litro de água filtrada.

- Armazenar, os insumos já higienizados, em caixas plásticas com tampa na geladeira.
 - Nos caso de troca o equipo devera ser trocado a cada 24h,

3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA

- Mudar- se do município de Santo Antonio do Descoberto/GO;
- Não residir no município de Santo Antonio do Descoberto/GO;
- Receber alta médica e/ou nutricional;
- Recusa pelo usuário e/ou cuidador do tratamento e acompanhamento proposto;
- No caso de fórmulas infantis, completar 2 anos de idade, exceto casos especiais;
- Não estar de acordo com os critérios do protocolo
- Receitas que não sejam do município.
- Receita com mais de 6 meses
- Não apresentar a documentação solicitada;

Assinatura



ANEXO II - TERMO DE ENTREGA

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que foi dispensado para o (a) paciente _____, os itens descritos abaixo.

PROCESSO	PRODUTO PRESCRITO	QUANTIDADE
Relatório ___/___/___		



PREFEITURA MUNICIPAL
**SANTO ANTÔNIO
DO DESCOBERTO-GO**

CNPJ 00.097.857.0001-71



**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE**

Observação: _____



ANEXO III - DESCRIPTIVO DAS FÓRMULAS DISPONÍVEIS PARA ADULTOS

- Alimento para situações metabólicas especiais para nutrição enteral ou oral formulado para pacientes pré e pós-cirúrgico com quadro crítico, séptico, no transplante de medula óssea, grandes cirurgias, quimioterapia, radioterapia e AIDS. Previne a desnutrição e a carência de nutrientes, reduzindo o tempo necessário à recuperação. Com 60% de fibras solúveis e 40% de fibras insolúveis. Contém Glutamina, Arginina, Nucleotídeos e Taurina. Isenta de sacarose e lactose. Contém glúten. Uso exclusivo para nutrição enteral ou oral. Proibido o uso por via parenteral. Lata 445g (peso líquido). Tipo ou Similar “**Nuteral Reability Peptflex**”. Leite em Pó

- Leite Alimento em pó , feito à base de proteína isolada de soja, enriquecido com vitaminas e minerais, sem lactose. Pode ser consumido como uma bebida, bastando adicionar água, ou utilizado no preparo de receitas, permitindo uma dieta sem restrições aos intolerantes à lactose e alérgicos à proteína do leite. Possui reduzidos teores de gorduras e calorias e não contém açúcar, podendo ser consumido por diabéticos. Não contém glúten, podendo ser consumido pelos celíacos. sem Lactose Original com 300 Gramas “**Supra Soy**” -Leite em Pó,Tipo ou similar.

- Leite em pó Regularizador das funções intestinais nos casos de constipação ou diarréia. Coadjuvante no tratamento e prevenção das doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de cólon e obesidade. Fonte de fibras na alimentação diária de neuropatas, idosos e gestantes embalagem de 400 gramas. **NeoFiber” - Leite em Pó**, Tipo ou similar.

- Nutrição enteral em pó a base de proteína isolada de soja, rica em isoflavonas. Nutricionalmente completa e normocalórica na diluição padrão. Com 60% de fibras solúveis e 40% de fibras insolúveis. Hipossódica, isenta de lactose e sacarose. Não contém glúten. Indicada para paciente em risco nutricional, anorexia, idosos, cardiopatas, distúrbios neurológicos, e necessidades de fibras para regularização do trânsito intestinal. Lata 800g. Tipo ou Similar “**Total Nutriton Soy**”

- Leite em pó ajuda a regular o intestino de maneira gradativa e saudável. Sua fórmula nutricionalmente completa, sem glúten e sem lactose, contém fibras que auxiliam na



recuperação de pacientes com transtornos gastrointestinais ou com nutrição enteral prolongada. embalagem de 800g (adulto) Tipo ou similar. “**Trophic Fiber**” - Leite em Pó.

- Suplemento vitamínico de uso pediátrico em gotas. Indicado para crianças de 1 a 10 anos de idade para suprir as carências nutricionais de vitaminas nesta faixa etária. Contém vitaminas: A (retinol), B6 (piridoxina), B12 (cobalamina), C (ácido ascórbico), D (calciferol), E (tocoferol). Não indicado como estimulante do apetite. Frasco de 120 ml. Tipo ou Similar “**Nutrinfan**”. **Suplemento Vitaminico**

- Suplemento nutricional completo e balanceado. Com nutrientes necessários para uma boa alimentação nas quantidades e proporções recomendadas sendo vitaminas e minerais, Cálcio e Vitamina D para os ossos, Proteína para os músculos, Fibras para o intestino, Ômega 3 e 6 – gorduras saudáveis. Lata 900g. Tipo ou Similar “**Ensure**”. - Leite em Pó

- Suplemento Alimentar complemento da nutrição diária. Rico em vitaminas, minerais e em fibras (inulina e frutooligossacarídeos-FOS), que contribuem para o equilíbrio da flora intestinal. Contém Glúten. Isento de sacarose. Sabores diversos. Lata 400g. Tipo ou Similar “**Nutren Active**”. - Leite em Pó

- Suplemento líquido - Terapia nutricional oral desenhada especificamente para a cicatrização de úlceras por pressão e outras situações que exijam estímulo da cicatrização. Hiperprotéico, acrescido de arginina e com alto teor de micronutrientes relacionados à cicatrização (zinco, selênio, vitaminas C, A e E), além da presença do exclusivo mix de carotenóides. Não contém glúten. Indicado para cicatrização de úlceras por pressão e outras afecções teciduais. Recomendação: 1 a 2 embalagens/dia nos graus I e II das úlceras por pressão e 2 a 3 embalagens/dia nos graus III e IV. Embalagem plástica de 200 ml. Tipo ou Similar “**Cubitan**”. - Leite em Pó

- Suplemento oral completo (energético) - Indicado para desnutrição moderada a grave com necessidade calórica elevada. Para pacientes que precisam de adequada quantidade de calorias para recuperação ou manutenção do peso, ou que precisam de vitaminas e minerais para uma equilibrada alimentação. Com fibras. Sabores diversos. Garrafinha de 200 ml. Tipo ou Similar. “**Fresubin**” - Leite em Pó



- MÓDULO DE FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL: indicado para regularização do trânsito gastrointestinal. Características Adicionais: composta por fibras solúveis e insolúveis. Forma de apresentação: pó (gramas). Embalagem: lata até 500g.
- Suplemento alimentar nutricionalmente completo, indicado pacientes com necessidades proteica e calorias elevadas em desnutrição, com ou sem sacarose, com ou sem fibras, de densidade calórica maior ou igual a 1,5 Kcal/ml e teor proteico acima de 20% do valor calórico. Apresentação: 200ml
- Suplemento nutricionalmente completo, indicado para pacientes com necessidades de controle glicêmico, sem sacarose, acrescido ou não de fibras, de densidade maior ou igual a 1,0kcal/ml e teor proteico de 15% a 30% do valor calórico total. Apresentação: lata até 500g - **DIAMX IN**
- Suplemento alimentar indicado para pacientes portadores de úlceras de decúbito, processo de cicatrização, sem sacarose, acrescida ou não de fibras, acrescida de arginina, prolina e outros nutrientes que auxiliem na cicatrização de feridas, tais como: zinco, selênio e vitaminas A, C e E, de densidade calórica maior ou igual a 1,0 kcal/ml, teor protéico maior ou igual a 18% do valor calórico total. Apresentação: em pó, sache de 25g



ANEXO IV - DESCRIPTIVO DAS FÓRMULAS DISPONÍVEIS PARA CRIANÇAS

- Fórmula infantil para lactentes até os 6 meses de vida. Especialmente desenvolvido para fornecer aos bebês os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento, levando em consideração algumas necessidades especiais do lactente como alergia à proteína do leite ou intolerância à lactose. Com proteínas lácteas, com DHA E ARA e Prebióticos. Lata 400g. Tipo ou Similar. **"Aptamil 1". - Leite em Pó**
 - Fórmula infantil para lactentes a partir de 06 meses de vida. Especialmente desenvolvido para fornecer aos bebês os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento, levando em consideração algumas necessidades especiais do lactente como alergia à proteína do leite ou intolerância à lactose. Com proteínas lácteas, com DHA E ARA e Prebióticos. Lata 400g. Tipo ou Similar. **"Aptamil 2". - Leite em Pó**
 - Fórmula infantil para lactentes a partir de 10 meses de vida. Especialmente desenvolvido para fornecer aos bebês os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento, levando em consideração algumas necessidades especiais do lactente como alergia à proteína do leite ou intolerância à lactose. Com proteínas lácteas, com DHA E ARA e Prebióticos. Lata 400g. Tipo ou Similar. **"Aptamil 3". - Leite em Pó**
 - Fórmula infantil para lactentes a partir de 10 meses de vida. Lata 400g. Tipo ou Similar . **"Aptamil Pept". - Leite em Pó**
-
- Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com 1 kcal / ml. Com concentração de nutrientes como proteínas, vitaminas e minerais;suplementada com LCPUFAs (ARA eDHA), prebióticos (GOS/FOS) e nucleotídeos. Indicado para desaceleração do crescimento- ganho de peso insuficiente. Para uso como suplemento alimentar: de 0 a 18 meses de idade e como alimentação exclusiva: de 0 a 12 meses de idade. Lata 400g. Tipo ou Similar. **"Infatrini". -Leite em Pó**
 - Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes destinada a necessidades dietoterápicas específicas com proteína extensamente hidrolisada e com restrição de lactose com DHA E ARA e nucleotídeos, semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína hidrolisada. Lata 400gr. Tipo ou similar **Pregomin. - Leite em Pó**



- Fórmula infantil para lactentes e de seguimento uma alimentação de lactentes e crianças que apresentem alergia à proteína do leite de vaca e/ou de soja, distúrbios absorтивos ou outras condições clínicas que requerem terapia nutricional com dieta ou fórmula semielementar e hipoalergênica. Com dieta semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite, TCM, óleos vegetais, de Mortierella alpina e de peixe; maltodextrina, vitaminas, minerais, nucleotídeos e oligoelementos. Isento de lactose, sacarose, frutose e glúten. Apresenta baixa osmolaridade, ótima tolerabilidade e aceitação. para lactentes . Tipo ou similar.embalagem de 400 gramas. **“Pregomin pept ”. - Leite em Pó.**
- Leite em pó Suplemento nutricional para ajudar na alimentação de crianças com dificuldades alimentares.Oferece às crianças uma nutrição completa e balanceada. embalagem de Embalagem 400 gramas, Tipo ou similar.**“Pediasure” - Leite em Pó**
- Leite infantil 400 gr, Tipo ou similar **NAN 1- Leite em Pó**
- Leite infantil 400 gr, Tipo ou similar **NAN 2 - Leite em Pó**
- Suplemento Pó- Nutrição hidrolisada para crianças de 1 a 10 anos de idade à base de peptídeos, isocalórica. Nutricionalmente completa e balanceada, isotônica, sob forma facilmente absorvível, para via oral ou enteral. Apresenta como fonte protéica o soro de leite hidrolisado, proporcionando assim uma mistura singular de peptídeos com êxito comprovado na melhora do estado nutricional de crianças com função gastrintestinal gravemente comprometida. Indicação: Terapia nutricional precoce em pacientes críticos, com retardo de esvaziamento gástrico e riscos de broncoaspiração, dificuldade na absorção de proteína intacta associada a desconfortos gastrointestinais e pacientes em desmame de Nutrição Parenteral. Lata 400g. Tipo ou Similar **“Peptamen Junior”**. - Leite em Pó
- Fórmula infantil para lactentes de 0 a 3 anos de idade e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose à base de aminoácidos livres. Contém DHA e ARA. **“Molico 280g”**. Leite em Pó
- Suplemento alimentar líquido nutricionalmente completo para crianças. Dieta com fibras, para alimentação oral, pronta para consumo. Suplemento hipercalórico. Alto teor lipídico, rico em vitaminas e minerais. Com 60% de fibras solúveis e 40% de fibras



nsolúveis, isento de lactose e glúten. Apresentação: Embalagem plástica de 200 ml. Volume médio para 100% do IDR para vitaminas e minerais, Tipo ou Similar “ **FortiniMultifiber**”.

- Leite em Pó

- Fórmula infantil para lactentes de 0 a 3 anos de idade e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose à base de aminoácidos livres. Contém DHA e ARA. " tipo ou similar, **Neocate 400g**" - **Leite em Pó**.
- Formula infantil 1- Formula infantil a partir de 0- 6 meses, com prebióticos, isento de glúten, embalagem em lata de 400G, tipo ou similar - "**Nestogeno 1**" . **Leite em Pó**.
- Formula infantil 2 - Formula infantil a partir de 6 meses, com prebióticos, isento de glúten, embalagem em lata de 400G, tipo ou similar - "**Nestogeno 2**"- **Leite em Pó**.