



Protocolo

Terapia

Nutricional

Comissão de Farmácia e Terapêutica

Comissão Intergestores Regional

8ª Regional de Saúde

2020



Protocolo Terapia Nutricional



Municípios de abrangência:

Ampére

Bela Vista do Caroba

Bom Jesus do Sul

Cruzeiro do Iguaçu

Enéas Marques

Francisco Beltrão

Marmeleiro

Nova Prata Do Iguaçu

Pinhal de São Bento

Pranchita

Renascença

Salto do Lontra

Santo Antônio do Sudoeste

Verê

Barracão

Boa Esperança do Iguaçu

Capanema

Dois Vizinhos

Flor da Serra Do Sul

Manfrinópolis

Nova Esperança do Sudoeste

Pérola D' oeste

Planalto

Realeza

Salgado Filho

Santa Izabel do Oeste

São Jorge D'Oeste



ÍNDICE

Deliberação Aprovação PTN	4
1. INTRODUÇÃO:.....	5
2. OBJETIVOS;	6
3. DEFINIÇÕES.....	6
4. ALEITAMENTO MATERNO	7
4.1 CONDIÇÕES CONTRAINDICADAS AO ALEITAMENTO MATERNO.....	7
4.1.1 Condições permanentes que contraindicam o aleitamento materno	7
4.1.2 Condições que contra-indicam temporariamente o aleitamento materno	7
4.1.3 Condições maternas não infecciosas que contraindicam o aleitamento materno.	8
5. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)	8
6. INDICAÇÕES:.....	8
6.1 INDICAÇÕES ADULTO:.....	8
6.1.1. PORTADORES DE VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO (SONDA NASOENTÉRICA, NASOGÁSTRICA, GASTROSTOMIA, GASTROJEJUNOSTOMIA OU JEJUNOSTOMIA).	8
6.1.2. ALIMENTAÇÃO POR VIA ORAL;	8
6.2 INDICAÇÕES PEDIATRIA	9
6.2.1 PACIENTES EM USO DE FORMULA DE PARTIDA	9
6.2.2 PACIENTES EM USO DE FÓRMULA DE SEGUIMENTO	10
6.2.3 DIETAS ENTERAIS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS INFANTIS.....	10
7. DIAGNÓSTICO.....	10
8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO AO PROGRAMA.....	10
8.1 Critérios de inclusão ao programa	10
8.2 Critério de exclusão	11
9. FLUXO PARA ABERTURA DO PROTOCOLO	11
9.1 PRESCRIÇÃO.....	11
9.2 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA	11
9.2.1 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO E RENOVAÇÃO DE CRIANÇAS ..	12
9.2.2 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO E RENOVAÇÃO DE ADULTOS: ...	12
9.3 MONITORIZAÇÃO REGULAÇÃO E CONTROLE/AVALIAÇÃO PELA GESTÃO.....	13
9.3.1 SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE.....	13
9.3.2 SETOR DE AVALIAÇÃO (Comissão de Farmácia e Terapêutica do município)	13
9.4 DISPENSAÇÃO.....	14
10. RELAÇÃO DE PRODUTOS DISPONÍVEIS;	14
10.1 Uso adulto:	14
10.2 Uso pediátrico:.....	14
Anexos	15
Anexo 1 – Fluxo processo Solicitação - Fornecimento	15
Anexo 2 - Procedimentos gerais para solicitação de medicamento ou nutrição enteral por paciente de instituições públicas ou privadas	16
NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO.....	16
Anexo 3 - Formulário para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas	17



Deliberação Aprovação PTN




DELIBERAÇÃO Nº 016 – 02/06/2020

A Comissão Intergestores Bipartite Regional da 8ª Regional de Saúde, **considerando:**

- O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- A Lei 12.401 de 28 de Abril de 2011 Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- A grande quantidade de solicitações de suplementos nutricionais demandadas pelos usuários e prescritos pelos médicos vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS, contratados ou conveniados ao SUS;
- A atenção nutricional definida pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição como cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutive e humanizada de cuidados;
- A constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica Regional da 8ª Regional de Saúde, e Grupo Técnico de elaboração do Protocolo de Terapia Nutricional;
- A adoção e adesão ao Protocolo Regional de Terapia Nutricional, comum a todos os municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde, elaborado e fundamentado na Resolução RDC nº 63, de julho de 2000, a Lei nº 8080/1990, artigo 18 inciso IV –“À direção municipal do Sistema Único de Saúde – SUS compete **executar serviços de alimentação e nutrição, entre outros**”.

Aprova a adoção e adesão ao Protocolo Regional de Terapia Nutricional, comum a todos os municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde, que atenderá os seguintes princípios: universalidade, integralidade, equidade, efetividade, eficiência, racionalidade e comunicação.


Josseli Maria Steiner Vagnati
Coordenadora Regional/8ªRS


Nadiane Carla Schlosser
Coordenadora Municipal/8ªRS



1. INTRODUÇÃO:

O alimento constitui um elemento essencial à vida humana, sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e aspirações. Indubitavelmente, a nutrição é fundamental para a manutenção da vida, deste modo a Organização Mundial da Saúde (OMS) define esta, como sendo “a ingestão de alimentos, considerando as necessidades alimentares”. a atenção nutricional é definida como cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados

A terapia nutricional tem como principais objetivos prevenir e tratar a desnutrição, preparar o paciente para o procedimento cirúrgico e clínico, melhorar a resposta imunológica e cicatricial, modular a resposta orgânica ao tratamento clínico e cirúrgico, prevenir e tratar as complicações infecciosas e não infecciosas decorrentes do tratamento e da doença, melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir o tempo de internação hospitalar, reduzir a mortalidade e, conseqüentemente, reduzir custos hospitalares. O Programa de dietas especiais é gerido com recursos exclusivamente municipais e tem como objetivos atender as solicitações de dietas e fórmulas especiais para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes em algum dos municípios dessa regional, bem como acompanhar o estado nutricional destes, por meio de visitas domiciliares e orientações nutricionais. Estes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e pelos hospitais de referências que tem a responsabilidade de estabelecer o seu estado de saúde e encaminhar os mesmos para tratamento dentro de seu domicílio. O presente protocolo dispõe sobre as normas técnicas e administrativas pertinentes à prescrição e dispensação/fornecimento de dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis, no âmbito de unidades pertencentes à rede municipal de serviços de saúde (secretaria de saúde). Este se configura pela padronização de normas e condutas de dispensação de fórmulas dietéticas especiais. O respectivo protocolo representa um avanço no atendimento aos pacientes residentes em algum dos municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde que possuem necessidades especiais pertinentes a alimentação, cuja finalidade é melhorar a situação de saúde e qualidade de vida destes. Nesse sentido, espera-se que a equipe técnica junto ao apoio de outros profissionais de saúde, familiares e os próprios pacientes aprimore constantemente este instrumento.



2. OBJETIVOS;

O protocolo tem como objetivos:

1. Estimular o aleitamento materno exclusivo até 06 meses de vida, mesmo na criança portadora de Alergia Alimentar, tentando mantê-la o maior tempo possível em aleitamento, por meio de orientação nutricional adequada da mãe nutriz;
2. Organizar o fluxo de pacientes com prescrição e indicação de fórmulas especiais com intuito de racionalizar de forma responsável e técnica a sua utilização;
3. Evitar a utilização incorreta ou mesmo não recomendada de fórmulas especiais, preservando a integridade do paciente e o uso adequado e racional dos recursos públicos.
4. Estabelecer critérios de dispensação destas dietas e suplementos para seu adequado uso, baseado em evidências científicas atualizadas, considerando os mecanismos disponíveis e adaptados à nossa realidade.
5. Promover capacitação para as equipes de saúde sobre o Programa Municipal de Dietas Especiais.

3. DEFINIÇÕES

Suplementos Nutricionais:

São os alimentos que se destinam a complementar com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo, em casos onde sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente ou ainda quando a dieta requer suplementação, não sendo possível substituir os alimentos, nem ser utilizados como alimentação exclusiva.

Dietas Enterais:

Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Fórmula Infantil para Lactantes:

É o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer, por si só, as necessidades nutricionais dos lactentes saudáveis durante os primeiros seis meses de vida (5 meses e 29 dias).



Terapia Nutricional (TN):

Uso de intervenções nutricionais específicas para tratar uma enfermidade, lesão ou condição.

Os passos para TN são:

- Triagem nutricional.
- Avaliação nutricional dos pacientes em risco nutricional ou desnutridos.
- Cálculo das necessidades nutricionais.
- Indicação da Terapia Nutricional a ser instituída.
- Monitoramento/acompanhamento nutricional.
- Aplicação dos indicadores de qualidade na Terapia Nutricional.

4. ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é a mais prudente estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil.

Propicia ainda grande impacto na promoção da saúde integral do binômio mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. O aleitamento materno tem influência direta e indireta no controle de doenças como hipertensão, diabetes e obesidade (saúde do idoso); controle do câncer de mama (estima-se que haja uma redução de 4,3% no risco de desenvolver câncer de mama por cada ano de lactação); redução da mortalidade infantil e promoção da saúde física e mental.

4.1 CONDIÇÕES CONTRAINDICADAS AO ALEITAMENTO MATERNO

De acordo com o “Guia Prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas”, o Ministério da Saúde dispõe sobre:

4.1.1 Condições permanentes que contraindicam o aleitamento materno

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

4.1.2 Condições que contra-indicam temporariamente o aleitamento materno

- Infecção materna pelo Citomegalovírus - somente em casos de prematuros;
- Infecção materna pelos vírus Herpes Simples e Herpes Zoster - em caso de lesão na mama;
- Infecção materna pelo vírus da varicela;
- Infecção materna pelo vírus de Hepatite C - no caso de lesão na mama;
- Hanseníase- quando a mãe não tem tratamento;



- Infecção materna pelo Tripanossoma Cruz/Doença de Chagas - apenas na fase aguda da doença. Tuberculose pulmonar – sem tratamento e sem falta de higienização.

4.1.3 Condições maternas não infecciosas que contraindicam o aleitamento materno.

- Mãe em quimioterapia e radioterapia;
- Mães em exposição ocupacional ou ambiente e metais pesados (chumbo, mercúrio etc);
- Uso de medicamentos, drogas e metabólitos.

5. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

6. INDICAÇÕES:

6.1 INDICAÇÕES ADULTO:

- CRITÉRIOS CLÍNICOS:

6.1.1. PORTADORES DE VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO (SONDA NASOENTÉRICA, NASOGÁSTRICA, GASTROSTOMIA, GASTROJEJUNOSTOMIA OU JEJUNOSTOMIA).

Associado a itens A ou B ou C ou D ou E ou F ou G:

- A) Distúrbio de absorção de nutrientes, sendo doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, ileostomizados e outras síndromes intestinais desde que especificadas;
- B) Diarréia crônica (acima de 20 dias), não relacionada à antibioticoterapia, sem melhora com medidas clínicas e dietéticas;
- C) Insuficiência renal crônica (IRC) severa ou dialítica, com restrição importante de volume que não permita o manejo com dieta artesanal;
- D) Pré e pós-operatório (3 meses) de cirurgias do trato gastrointestinal (TGI) ou transplantes, não considerando cirurgia para acesso de via alternativa;
- E) Presença de úlceras por pressão grau III e IV sem recuperação com dieta artesanal, com especificação do período de uso da dieta artesanal;
- F) Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico;
- G) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

6.1.2. ALIMENTAÇÃO POR VIA ORAL;

Associada a itens A ou B ou C ou D ou E ou F ou G:

- A) Insuficiência renal crônica (IRC) severa ou dialítica, com restrição importante de volume, associado a desnutrição moderada a grave;
- B) Pré e pós-operatório (3 meses) de cirurgias do trato gastrointestinal (TGI) ou transplantes, não considerando cirurgia para acesso de via alternativa, associado a desnutrição moderada a grave;



- C) Presença de úlceras por pressão grau III e IV, associado a desnutrição moderada a grave;
- D) Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico, associado a desnutrição moderada a grave;
- E) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), associado a desnutrição moderada a grave;
- F) Idoso frágil (polifarmácia, acima de 60 anos, hiporexia grave), com desnutrição moderada a grave.
- G) Paciente disfágico com necessidade de uso de espessante para líquidos.

6.2 INDICAÇÕES PEDIATRIA

- Doença de boca, faringe, esôfago, estômago, dificuldade de sucção e deglutição.
- Anomalias esofágicas (atresia de esôfago, fístula traqueoesofágica, refluxo gastroesofágico em casos que não respondem ao tratamento habitual.
- Hipermetabolismo (queimaduras, Sepses, Trauma múltiplo, Tétano).
- Ingestão oral inadequada (menos de 60% das necessidades nutricionais).
- Paciente intolerante a lactose
- Deficiência de crescimento e desenvolvimento severo.
- Pacientes neurológicos: coma, paralisia cerebral.
- Fibrose Cística (componente especializado)
- Insuficiência renal ou hepática.
- Doença cardíaca congênita.
- Doença de Crohn.
- Síndrome de intestino curto.
- Doença hepática crônica.
- Doença psiquiátrica com anorexia
- Pancreatite
- Doenças neoplásicas.

6.2.1 PACIENTES EM USO DE FORMULA DE PARTIDA

- Serão atendidos pelo programa, pacientes menores de seis (06) meses que:
- Impossibilitados de receber aleitamento materno em uso de medicamentos que contraindicam a amamentação, como no caso de quimioterapia e mães portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que então será encaminhada para o Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA).
- Óbito materno;
- Crianças que não apresentam ganho de peso adequado para idade apenas com o consumo de leite materno, encontrando-se abaixo do escore z menor que -3 de acordo com a curva de acompanhamento do crescimento infantil de peso para idade da Organização Mundial da Saúde (OMS) com recomendação de médico ou nutricionista.
- Criança com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção de nutrientes;



- Pacientes em uso de nutrição enteral como forma exclusiva de alimentação.
- Excetuam-se dessa condição, as mães HIV positivo que recebem 100% das necessidades da criança, por intermédio da 8ª Regional de Saúde.

6.2.2 PACIENTES EM USO DE FÓRMULA DE SEGUIMENTO

- Serão atendidos pelo programa, pacientes de 6 meses até 12 meses considerando:
- Crianças com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção de nutrientes;
- Crianças que não apresentam ganho de peso adequado para a idade, encontrando-se abaixo do percentil 3 de acordo com a curva de acompanhamento do crescimento infantil de peso para idade da OMS com recomendação de médico e/ou nutricionista;
- Pacientes em uso de nutrição enteral como forma exclusiva de alimentação;

6.2.3 DIETAS ENTERAIS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS INFANTIS

- São fornecidos para crianças com idade de 0 a 10 anos, que se enquadrarem nos critérios listados:
- Crianças com patologias que comprometem o estado nutricional, tais como:
- Distúrbios neurológicos, desnutrição, câncer, síndrome de origem genética, disfagia, erros inatos do metabolismo, cirurgias, trauma, transplante de órgãos, queimaduras.
- Criança que utilizam outra via alimentar, como por exemplo, a sonda;
- Criança com diagnóstico de desnutrição, de acordo a classificação da Organização Mundial de Saúde (abaixo do percentil 3), em que a alimentação oral seja insuficiente para atingir as necessidades nutricionais, mesmo tendo sido feitas tentativas de uso de suplementação caseira sem resultado satisfatório;
- Serão atendidas com o total indicado das necessidades energéticas do paciente, considerando a prescrição, o grau de gravidade e patologia.
- Para o uso de dieta enteral será fornecido o total de: 15 equips de nutrição, 15 frascos para a alimentação e uma seringa de 20ml para água, tendo em vista que tais materiais deverão ser retirados nas unidades básica de saúde (UBS) de referência.

7. DIAGNÓSTICO

- Diagnostico clínico - história clínica com sinais e sintomas justificando a prescrição.
- Diagnostico etiológico - exames complementares que comprovem a patologia.

8. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO AO PROGRAMA

8.1 Critérios de inclusão ao programa

- Residir nos municípios integrantes da 8ª Regional de Saúde



- Possuir cadastro definitivo na Unidade de Saúde de referência;
- Possuir prescrição e justificativa do médico ou nutricionista do SUS;
- Possuir formulário de dispensação de dietas corretamente preenchido;
- Realizar abertura do protocolo na Secretaria de Saúde;
- Possuir parecer social do Serviço Social da Saúde quando indicado pela equipe da unidade básica de saúde;
- Possuir parecer da Comissão Municipal de Farmácia, Diagnóstico Terapêutica;
- Estar de acordo com os critérios do protocolo.

8.2 Critério de exclusão

- Intolerância as fórmulas disponibilizadas.
- Não atender aos critérios estabelecidos no protocolo.

9. FLUXO PARA ABERTURA DO PROTOCOLO

O Fluxo para o processo de solicitação ao fornecimento se encontra no anexo 1 do presente protocolo, sendo as etapas do mesmo descritas abaixo:

9.1 PRESCRIÇÃO

As prescrições de alimentos para dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis deverão ser realizadas por nutricionista e/ou médico por intermédio do SUS, sendo que terão 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data de sua emissão. Deve ser válida pelo período máximo de 3 (três) meses, podendo ser renovada conforme avaliação nutricional e/ ou médica do usuário, observando-se os critérios técnico-científicos vigentes e estando o mesmo vinculado aos protocolos dos programas e ações de atenção básica estabelecidos no âmbito do SUS:

- a) Alimentos padronizados para nutrição enteral;
- b) Alimentos padronizados para suplementação de nutrição enteral;
- c) Alimentos padronizados para situações metabólicas especiais;
- d) Fórmulas infantis padronizadas.

Serão vetados a dispensação/fornecimento de dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis de prescrições que contenham rasuras e que estejam com letra ilegível, com a finalidade de preservar a segurança do usuário.

9.2 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

O programa destina-se exclusivamente aos moradores dos municípios de abrangência da 8ª Regional de Saúde para o recebimento dos produtos é necessário estar nos critérios de inclusão, realizar o cadastro do usuário mantendo toda



documentação necessária atualizada, bem como a prescrição médica e os exames comprobatórios. Essa documentação juntamente ao formulário de dispensação de dietas é protocolada através da secretaria municipal de saúde onde o paciente reside.

9.2.1 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO E RENOVAÇÃO DE CRIANÇAS

- Identidade dos responsáveis (cópia);
- Comprovante de endereço atual (cópia);
- Certidão de nascimento da criança (cópia);
- Cartão SUS da criança (cópia);
- CPF do usuário e/ou responsável (cópia);
- Laudo médico detalhado (diagnóstico, histórico detalhado, quadro clínico atual, previsão do tempo de uso da fórmula e se faz uso de outra alimentação);
- Prescrição (receita) médica (com a quantidade de fórmula necessária para 01 mês, tempo de tratamento, quantitativo e previsão de uso da fórmula). Exige-se que se tenha o código da doença (CID 10);
- Formulário para dispensação de fórmulas infantis, suplementos e dietas enterais (fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, a ser preenchido pelo médico ou enfermeiro responsável) – Fluxo;
- Exame comprobatório da necessidade do uso da fórmula prescrita (crianças acima de 6 meses);
- Caderneta de saúde da criança (cópia da página principal e do gráfico de crescimento devidamente preenchido).
- A renovação ocorre trimestralmente e é necessário: receita médica ou de nutricionista atualizada com justificativa e CID da doença; acompanhado de peso e estatura da criança, encaminhados para o setor de avaliação.

9.2.2 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO E RENOVAÇÃO DE ADULTOS:

- Identidade da paciente (cópia);
- Cartão SUS do paciente (cópia);
- Comprovante de endereço atual (cópia);
- CPF do usuário e/ou responsável (cópia);
- Diagnóstico e laudo médico detalhado com CID da doença (histórico, quadro clínico atual, previsão de tratamento);
- Exames que comprovem a patologia (se for o caso)
- Prescrição (receita) do médico ou nutricionista do SUS;
- Formulário para dispensação de fórmulas infantis, suplementos e dietas enterais (fornecido pela SMS, a ser preenchido pelo médico ou enfermeiro responsável) – Fluxo;
- A renovação ocorre trimestralmente e é necessário: Receita médica ou da nutricionista atualizada com justificativa e CID da doença, acompanhado de peso e estatura do usuário, encaminhados para o Setor de avaliação.



9.3 MONITORIZAÇÃO REGULAÇÃO E CONTROLE/AVALIAÇÃO PELA GESTÃO.

9.3.1 SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE

O parâmetro utilizado na avaliação 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, ofereceria-se provavelmente coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as DESIGUALDADES (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Desta forma, após a solicitação da alimentação especial, a equipe da unidade básica de saúde analisa a necessidade de visita domiciliar do serviço social, o qual emitirá relatório social da situação atual, objetivando a construção de um plano de ação conjunta com equipe multiprofissional. Esse relatório deverá estar registrado no formulário de solicitação.

9.3.2 SETOR DE AVALIAÇÃO (Comissão de Farmácia e Terapêutica do município)

A avaliação clínica será realizada em todo o usuário e caberá ao nutricionista avaliar o paciente através de antropometria (peso e altura estimados) e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço e panturrilha, exame físico (condições da pele e fâneros, turgor cutâneo, edemas). A Avaliação Nutricional Subjetiva (ASG) ou Mini Avaliação Nutricional (MAN) poderá ser utilizada na impossibilidade de aferição de medidas antropométricas. Caberá ao médico da Equipe de Saúde da Família, conjuntamente com o nutricionista, emitir relatório justificando o uso da fórmula alimentar.

O protocolo é recebido pelo Setor de avaliação, e então os membros dos quais um deve ser nutricionista fará a análise do processo, verificando se o mesmo encontra-se completo, analisando se o caso se enquadra nos critérios para fornecimento da fórmula alimentar industrializada solicitada, de acordo com os protocolos do programa. Caso a avaliação seja favorável e obedeça aos critérios estabelecidos no protocolo, o paciente será incluído no programa.

O atendimento está vinculado à visita domiciliar ao paciente, caso seja necessário, com o intuito de conhecer e avaliar o paciente. Deste modo, este será acompanhado trimestralmente para verificar a necessidade de manter-se no programa. Caso o paciente/requerente ou responsável não apresente todos os critérios e documentos necessários para inclusão, o protocolo ficará em aberto para reavaliação até adequação



do mesmo, no prazo de 30 dias, caso contrário haverá cancelamento do protocolo. Além disso, quando o protocolo é indeferido, encaminha-o para o setor de protocolo para informar o solicitante.

9.4 DISPENSAÇÃO

Vetada a dispensação/fornecimento de prescrição para menores de 12 anos desacompanhados e que contrariem as normas legais e técnicas estabelecidas. Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebidos da SMS, 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 recebida na data de inclusão poderá a qualquer momento sofrer alteração, como acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente e de acordo com os critérios para o fornecimento de fórmulas alimentares industrializadas descritos no protocolo do programa. Portanto, a quantidade de produto dispensado ao mês pode variar de acordo com a idade, diagnóstico e evolução do quadro clínico. As fórmulas infantis são entregues somente aos pais ou responsável autorizado por escrito pelos mesmos, e aos responsáveis legais pelo paciente adulto. Os produtos terão sua dispensação feita na farmácia municipal onde o paciente reside.

10. RELAÇÃO DE PRODUTOS DISPONÍVEIS;

10.1 Uso adulto:

- **Dieta padrão para nutrição enteral e oral:** 1.5 Kcal/ml;
- **Dieta enteral Para diabéticos,**
- **Dieta enteral Oligomérica** (restrito a Doença de Crohn, Jejunostomia),
- **Suplemento oral hipercalórico,**
- **Suplemento oral hiperproteico,**
- **Módulo de proteína,**

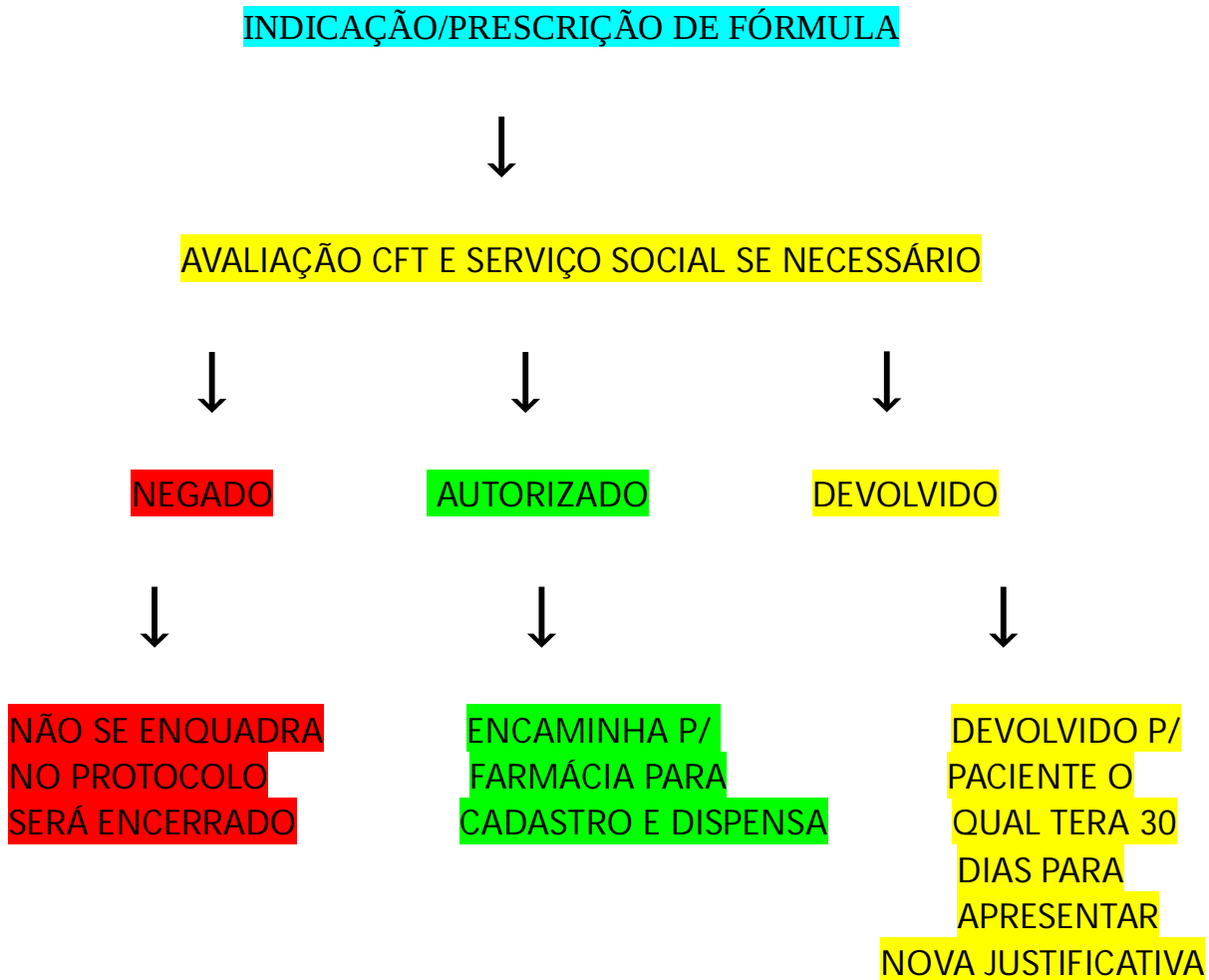
10.2 Uso pediátrico:

- **Fórmula infantil de partida de 0 a 6 meses,**
- **Fórmula infantil de segmento de 6 a 12 meses,**
- **Dieta infantil polimérica de 1 a 10 anos, paciente intolerante a lactose,**
- **Fórmula infantil sem lactose,**
- **Dieta enteral ou oral hipercalórica para crianças 0 a 12 meses com deficiência de crescimento e desenvolvimento severo.**



Anexos

Anexo 1 – Fluxo processo Solicitação - Fornecimento





Anexo 2 - Procedimentos gerais para solicitação de medicamento ou nutrição enteral por paciente de instituições públicas ou privadas

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO

- Residir nos municípios integrantes da 8ª Regional de Saúde
- Possuir cadastro definitivo na Unidade de Saúde de referência;
- Possuir prescrição e justificativa do médico ou nutricionista do SUS;
- Possuir formulário de dispensação de dietas corretamente preenchido;
- Realizar abertura do protocolo na Secretaria de Saúde;
- Possuir parecer social do Serviço Social da Saúde quando indicado pela equipe da unidade básica de saúde;
- Possuir parecer da Comissão Municipal de Farmácia, Diagnóstico e Terapêutica;
- Estar de acordo com os critérios do protocolo.

1. Receita de nutricionista ou médico do SUS original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
2. Formulário para dispensação de fórmulas infantis, suplementos e dietas enterais (fornecido pela SMS, a ser preenchido pelo médico, nutricionista ou enfermeiro responsável) – Fluxo preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Nutricionista ou Médico prescritor .
3. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
4. Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.
5. Diagnóstico e laudo médico detalhado com CID da doença (histórico, quadro clínico atual, previsão de tratamento)
6. Exames que comprovem a patologia (se for o caso)

- A renovação ocorre trimestralmente e é necessário: Receita médica ou de nutricionista atualizada com justificativa e CID da doença, acompanhado de peso e estatura do usuário, encaminhados para o Setor de avaliação



3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL/SOCIAL

Peso:	Atual () Estimado ()	Peso há 6 meses:	IMC:
Altura:	Atual () Estimado ()	Perda de peso nos últimos 6 meses: %	
Circunferência do braço:		Prega cutânea tricipital:	
Possui úlcera por pressão? () Sim () Não			
Locais:		Grau:	
Parecer social se necessário;			

4. ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

4.1 Tipo de vias de administração da alimentação:

() VO (Crianças) () TNE + VO () TNE exclusiva () TNE + NPP

4.2 Via de acesso:

Por Sonda: () Nasogástrica () Nasoduodenal () Nasojejunal
 Por Estomia: () Gastrostomia () Jejunostomia

4.3 Caso não utilize estomia para alimentação, justificar:

4.4 Nutrição enteral utilizada:

Denominação Genérica	Posologia	Tempo de tratamento

5. TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA

Fórmula Pediátrica	Fórmula Adulto
A - Fórmula padrão para lactentes: () Polimérica até 06 meses de idade (de partida) () Polimérica maiores de 06 meses de idade (seguimento) B - Fórmula padrão metabólicas: () Fórmula infantil sem lactose () Dieta infantil polimérica de 1 a 10 anos, paciente intolerante a lactose () Dieta enteral ou oral hipercalórica para crianças 0 a 12 meses com deficiência de crescimento e desenvolvimento severo.	() Dieta padrão para nutrição enteral e oral: 1.5 Kcal/ml; () Dieta enteral Para diabéticos, () Dieta enteral Oligomérica (restrito a Doença de Crohn, Jejunostomia), () Suplemento oral hipercalórico, () Suplemento oral hiperproteico, () Módulo de proteína,



6. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:		
CNES:		
Município:	UF: PR	CEP:
Telefone (s): ()		
Nome do médico / Nutricionista:		
Nº CRM ou CRN:		
E-mail:		
Data: ____/____/____		
____ ou ____		
Assinatura e carimbo (Nutricionista)	Assinatura e carimbo (Médico)	
Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
____ Assinatura do paciente ou responsável		

Protocolo recebimento solicitação município

Data: ____/____/____
____ Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável da Instituição

7. USO RESTRITO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CIR/8ª RS

PARECER: <input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Deferido com justificativa: _____ <input type="checkbox"/> Indeferido <input type="checkbox"/> Devolvido ao paciente / profissional para complementar exames / relatório
_____ Assinatura e carimbo do avaliador