



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

Órgão Oficial Eletrônico do Município de 29/07/2020, Edição nº 5320, Página nº 06 a 20

DECRETO Nº 4.507/2020

SÚMULA: Dispõe sobre homologação do Protocolo Municipal para Fornecimento de Fórmulas de Terapia Nutricional e Leites Especiais.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE NOVA SANTA ROSA, ESTADO DO PARANÁ, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA

Art. 1º Fica HOMOLOGADO o PROTOCOLO MUNICIPAL PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS DE TERAPIA NUTRICIONAL E LEITES ESPECIAIS, no âmbito do Município de Nova Santa Rosa, conforme disposto nos anexos do presente Decreto.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

**REGISTRE-SE
PUBLIQUE-SE**

GABINETE DO PREFEITO DE NOVA SANTA ROSA, Estado do Paraná, em 28 de julho de 2020.

NORBERTO PINZ
Prefeito



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA ROSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE ATENÇÃO NUTRICIONAL NA
ATENÇÃO BÁSICA

PROTOCOLO MUNICIPAL PARA

FORNECIMENTO DE FÓRMULAS DE TERAPIA

NUTRICIONAL E LEITES ESPECIAIS

NOVA SANTA ROSA – PARANÁ

2020



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

EQUIPE GESTORA

Prefeito Municipal

Norberto Pinz

Vice-Prefeito

Noedi Max Hardt

Secretária Municipal de Saúde

Ligia Patricia Rambo

ELABORAÇÃO

Nutricionista

Cristiane Maria Gabriel Fonseca

Farmacêutica

Caroline Marlene da Cruz Kerber

EQUIPE TÉCNICA

Enfermeira

Gladis Roseli Lovatto Silva

Médico

César Augusto da Silva

Nutricionista

Cristiane Maria Gabriel Fonseca

Farmacêutica

Caroline Marlene da Cruz Kerber

Fonoaudióloga

Ane Caroline Richter Assis

COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

INTRODUÇÃO

É sabido que existem várias doenças e agravos à saúde que, assim como as próprias fases do curso da vida, podem causar mudanças nas necessidades nutricionais e forma de se alimentar de cada indivíduo. Alterações metabólicas ou fisiológicas que causem mudanças, temporárias ou permanentes, podem levar a necessidade da utilização biológica dos nutrientes por outras vias de consumo alimentar, como a enteral ou parenteral (BRASIL, 2015).

A ampliação da população idosa, o aumento do número de pessoas com doenças crônicas, o crescimento das vítimas de acidentes de trânsito e de situações de violência, podem ter como consequência alterações clínicas relacionadas à deglutição e/ou integridade do trato gastrointestinal, resultando muitas vezes, em vias alternativas e atenção diferenciada quanto à alimentação (BRASIL, 2015).

Distúrbios da deglutição como a disfagia, muitas vezes levam ao uso de vias alternativas para alimentação, como o uso de sondas. Entretanto, o uso prolongado da sonda nasogástrica afeta a deglutição em algumas pessoas, pois diminui a habilidade para deglutir e prejudica a elevação laríngea, os quais são mecanismos protetores das vias aéreas. A avaliação por fonoaudiólogo em pacientes com sinais disfágicos ou com riscos para a disfagia favorece a definição de condutas que visem a reintrodução por via oral de forma segura e eficiente, prevenindo complicações. Após avaliação, o plano terapêutico deve ser realizado com o objetivo de garantir uma deglutição eficiente e sem riscos de complicações pulmonares, nutricionais e psicológicas (NOGUEIRA et al., 2013).

A alergia alimentar também é um problema de saúde que pode trazer impacto negativo na vida das pessoas. As manifestações de alergia alimentar são variadas e o Sistema Único de Saúde (SUS) prioriza apenas o cuidado das crianças menores de 2 anos que vivem com alergia à proteína do leite de vaca (APLV). Dentro desse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Santa Rosa acredita na necessidade de organizar um fluxo para atender as demandas de leites especiais, assim como de dietas especiais, destinadas aos indivíduos



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

acometidos por doenças ou agravos que comprometam a nutrição para manutenção da vida.

JUSTIFICATIVA

Ao levar-se em consideração que o SUS não dispõe de programa nem protocolo específico para fornecimento de Dietas e Leites Especiais, e que a procura e demanda por esses produtos têm aumentado consideravelmente nos últimos meses, entende-se a necessidade em padronizar um fluxo de atendimento aos usuários do SUS, que necessitem de assistência nutricional para assegurar e garantir a manutenção de vida ou recuperação de sua saúde.

OBJETIVO GERAL

Garantir parte da assistência nutricional aos usuários do SUS que atendam aos critérios estabelecidos no presente protocolo implantado e executado pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Santa Rosa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir critérios para fornecimento das fórmulas infantis especiais e fórmulas alimentares industrializadas ou suplementos alimentares para nutrição enteral, visando a terapia nutricional necessária para recuperação do estado nutricional e manutenção da saúde;
- Estabelecer fluxo de atendimento dos pacientes com distúrbios nutricionais, atendidos na Atenção Primária à Saúde deste município, respeitando os níveis de complexidade;
- Padronizar quantidade mensal de materiais necessários à terapia de suporte nutricional enteral, como frascos, equipos, sondas e seringas;
- Dar suporte educacional e orientações aos pacientes e familiares responsáveis;
- Garantir o acompanhamento e a assistência rotineira aos pacientes atendidos nesse protocolo.



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

COMPETÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE

Compete à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) atender a demanda mensal de **50%** da quantidade prescrita em receita. Em se tratando de fórmulas nutricionais para dieta enteral, que não ultrapasse **o limite de 3200 gramas** por mês, e em relação aos leites especiais, que não ultrapasse **o limite de 1600 gramas** por mês. No que se refere ao espessante alimentar, **o limite é de 250 gramas** por mês.

PRÉ-REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DAS FÓRMULAS ESPECIAIS

- Residir no município de Nova Santa Rosa;
- Possuir cadastro na Unidade Básica de Saúde e estar cadastrado junto à Secretaria Municipal de Assistência Social no Cadastro Único;
- Apresentar prescrição médica ou de nutricionista cadastrados na Rede Pública Municipal (SUS), com justificativa para indicação clínica da fórmula nutricional;
- Cartão SUS atualizado;
- Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade de suporte nutricional.

CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INCLUSÃO AO PROGRAMA

Após atender aos pré-requisitos, os pacientes devem apresentar ao menos um dos critérios abaixo:

- Lactentes (0 a 6 meses) com contraindicação absoluta ao aleitamento materno. Exemplos: fissura labiopalatal, mães usuárias de drogas de abuso, mães em tratamento quimioterápico ou radioterápico, mães portadoras de doenças infectocontagiosas em período de contágio;
- Lactentes (0 a 24 meses) com desnutrição – percentil menor ou igual a 10, ou com curva de crescimento descendente nas três últimas pesagens, ou ganho inferior a 20g/dia no primeiro trimestre de vida;
- Lactentes e crianças portadoras de fenilcetonúria (até 24 meses de idade);



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

- Lactentes (0 a 24 meses) com intolerância a lactose ou Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV);
- Recém-nascidos prematuros com peso abaixo de 2kg do nascimento até completar idade gestacional corrigida de 40 semanas;
- Crianças e adultos portadores de doenças debilitantes que impeçam ingerir alimentação para via oral em quantidades suficientes para manutenção ou recuperação do estado nutricional, como desnutrição, câncer, doença renal crônica, pós-operatório, queimaduras, trauma, acidente vascular cerebral (AVC);
- Crianças e adultos com indicação de terapia nutricional enteral, seja por sonda nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia e jejunostomia;
- Crianças e adultos com disfagia (dificuldade de deglutição ou para engolir), relacionado a doenças de origem de complicações neurológicas, AVC, trauma, câncer.
- Crianças e adultos com condições clínicas que dificultem a absorção de nutrientes no geral.

FLUXO PARA PROTOCOLAR A SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS

1. PRESCRIÇÃO

As prescrições de fórmulas para dietas enterais ou leites especiais deverão ser realizadas por nutricionista e/ou médico vinculados ao SUS, sendo que terão 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data de sua emissão. A prescrição será válida por período máximo de 3 (três) meses, devendo ser renovada conforme avaliação nutricional e/ou médica do usuário. As fórmulas que se enquadram neste protocolo estão detalhadas no ANEXO I.

2. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO E RENOVAÇÃO

Para recebimento após aprovação do cadastro, será necessário comparecer ao Setor de Nutrição do município e entregar para a nutricionista responsável, os seguintes documentos:

- Identidade do paciente (cópia);



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

- Cartão SUS do paciente atualizado (cópia);
- Comprovante de endereço recente (cópia);
- CPF do usuário e/ou do responsável (cópia);
- Para crianças, certidão de nascimento (cópia) e identidade do responsável (cópia);
- Prescrição (receita) médica e/ou nutricionista do profissional cadastrado na Rede Pública Municipal (SUS), com justificativa para indicação clínica da fórmula nutricional;
- Diagnóstico e laudo médico detalhado (histórico, quadro clínico atual, previsão de tratamento);
- Avaliação por fonoaudiólogo cadastrado na Rede Pública Municipal (SUS) no caso de espessantes alimentares;
- Exames comprobatórios cabíveis;
- Formulário de requisição (ANEXO II) devidamente preenchido e assinado;
- Termo de responsabilidade (ANEXO III) devidamente preenchido e assinado;
- Parecer técnico favorável da nutricionista responsável (ANEXO IV);
- Comprovante de cadastro no CadÚnico, emitido pelo setor de Assistência Social do Município;
- A renovação ocorrerá trimestralmente e será necessário: prescrição médica ou da nutricionista atualizada com justificativa e CID da doença, encaminhados para o Setor de Nutrição, que emitirá novo parecer válido para mais 3 meses.

3. ENTREGA DOS DOCUMENTOS AO SETOR DE NUTRIÇÃO

O programa destina-se exclusivamente aos moradores do município de Nova Santa Rosa, que atendam aos pré-requisitos e critérios de inclusão ao programa. Para avaliação e aprovação, será necessário comparecer ao Setor de Nutrição do município localizado na Clínica da Mulher (Clínica da Família) e entregar para a nutricionista responsável, a prescrição, bem como os exames comprobatórios cabíveis, juntamente com as cópias de todos os documentos e anexos citados



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

no item 2 desse fluxo. Após análise da nutricionista responsável, será emitido o parecer técnico favorável ou não, conforme ANEXO IV.

4. CADASTRO DA SOLICITAÇÃO NA FARMÁCIA BÁSICA MUNICIPAL

Reunido todos os documentos e com o parecer técnico favorável da nutricionista responsável, conforme item 3 desse fluxo, o responsável deverá trazer toda documentação para a Farmácia Básica do Município de Nova Santa Rosa e entregar ao farmacêutico responsável, que manterá arquivada a documentação e procederá a solicitação das fórmulas, tendo um período de 15 (quinze) dias para atender à solicitação.

FLUXO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS

Estando protocolado e devidamente aprovada a solicitação, o responsável deverá comparecer à Farmácia Básica Municipal para retirar as fórmulas. Para retirar as dietas enterais ou leites especiais, será necessário apresentar a prescrição (receita) e o documento pessoal, sendo emitido um recibo de dispensação que deverá ser assinado pelo responsável pela retirada.

Será vetada a dispensação/fornecimento de dietas enterais e fórmulas infantis de prescrições que contenham rasura e que estejam com letra ilegível, com a finalidade de preservar a segurança do usuário. Além disso, será vetada a dispensação/fornecimento de prescrição para menores de 16 anos e que contrariem as normas legais e técnicas estabelecidas.

Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebido da SMS, sob pena de incorrer penalidades legais cabíveis, uma vez que os produtos dispensados serão de uso exclusivo do paciente cadastrado. Em caso de óbito ou término do tratamento, poderá ser devolvido à farmácia, as latas das dietas ou leites especiais que não forem utilizadas em sua totalidade.

REAVALIAÇÃO

Findado o prazo de reavaliação (3 meses), o paciente deverá ser reavaliado pelo profissional prescritor para emissão de nova receita. A



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

renovação ocorrerá trimestralmente e será necessário: prescrição médica ou da nutricionista atualizada com justificativa e CID da doença, encaminhados para o Setor de Nutrição, que emitirá novo parecer válido para mais 3 meses, sendo então encaminhado ao setor da Farmácia para realizar a solicitação e dispensação.

CRITÉRIOS PARA DESLIGAMENTO DO PROGRAMA OU ENCERRAMENTO DO FORNECIMENTO

- Mudança de município;
- Idade atingida conforme tabela de padronização (para fórmulas infantis);
- Recuperação diagnosticada pelo profissional médico ou nutricionista assistente;
- Uso indevido da fórmula prescrita ou comercialização da mesma;
- Óbito;
- Não cumprimento das normas estabelecidas em fluxo de solicitação e/ou dispensação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 63, de 06 de julho de 2000.** Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Distrito Federal, 06 de julho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças menores de 2 anos.** 1ª edição. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. **Cuidados em Terapia Nutricional.** Volume 3. 1ª edição. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica. **Saúde da Criança: Aleitamento materno e Alimentação complementar.** 2ª edição. Brasília, 2015.

NOGUEIRA, S. C. J. Et al. **Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral.** Revista CEFAC, v. 15, 2013.



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

ANEXO I – RELAÇÃO DE PRODUTOS (FÓRMULAS DE TERAPIA NUTRICIONAL E LEITES ESPECIAIS) FORNECIDOS PELO MUNICÍPIO

As fórmulas de terapia nutricional e leites especiais fornecidos pela SMS serão de acordo com as especificações técnicas dos produtos, e não pelo seu nome comercial prescrito, podendo apresentar durante o tratamento diferentes marcas (variações em nomes comerciais), porém garantindo a similaridade do produto, conforme Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Será disponibilizado uma sonda nasoesnteral por paciente, além disso, mensalmente serão fornecidas 4 seringas de 20 mL, 8 equipos de nutrição enteral e 8 frascos de nutrição enteral (4 para água e 4 para alimentação).

FÓRMULAS DE TERAPIA NUTRICIONAL

Sugestão de Marca	Descrição	Apresentação
Nutri Enteral Soya	Fórmula normocalórica, normoproteica, à base de proteína isolada de soja e Proteína do Soro de Leite. Isenta de sacarose, lactose e glúten. Contém derivados de soja e leite. Indicada para nutrição enteral de curto a longo prazo em pacientes que necessitam de um aporte nutricional.	Pó Lata 800g
Nutrison soya	Nutrição enteral em pó indicada principalmente para pacientes hospitalizados ou domiciliares com risco nutricional ou desnutrição.	Pó Lata 800g
Trophic Basic	Fórmula nutricionalmente completa em pó, com exclusivo mix de proteínas e baixo teor de gordura saturada. Risco nutricional ou situações de nutrição enteral prolongada.	Pó Lata 800g
Resource Thicken Up Clear	Espessante e gelificante de alimentos total ou parcialmente de líquidos independente da temperatura do alimento (quente ou frio), sem alterar sabor, cheiro ou cor do alimento. Recurso para tratamento de disfagia.	Pó Lata 125 g
Fresubin	É um alimento nutricionalmente completo para nutrição enteral em pó. Fórmula indicada para pacientes com risco nutricional ou desnutrição leve, anorexia, convalescência.	Pó Lata 400g



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

Ensure	Nutrição completa e balanceada ou suplemento alimentar. Ensure é um alimento em pó que ao ser misturado com água proporciona uma nutrição completa e balanceada, que pode ser usada como dieta exclusiva ou como suplemento alimentar. Nutrição completa e balanceada ou suplemento alimentar.	Pó Lata 400g
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

FÓRMULAS INFANTIS

Sugestão de Marca	Descrição	Apresentação
Aptamil Sem Lactose	É uma fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose. Com DHA e ARA, nucleotídeos e proteínas lácteas.	Pó Lata 800g
Supra Soy sem Latose	É um alimento com proteína isolada de soja que possui as vitaminas e nutrientes necessários para a saúde. A proteína isolada de soja Supra Soy tem qualidade nutricional de 100% em relação à caseína e contém todos os aminoácidos essenciais não produzidos pelo organismo humano.	Pó Lata 300g
Nan Soy	É uma fórmula infantil preparada com proteína isolada de soja, sem leite e sem lactose. Contém a dose recomendada de proteínas, complementada com óleos vegetais e maltodextrina, enriquecida com vitaminas, minerais, ferro e outros oligoelementos.	Pó Lata 800g
Novamil Rice	É uma fórmula infantil para lactentes e de seguimento lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas com restrição de lactose à base de proteína hidrolisada de arroz. Alergia a proteína do leite de vaca.	Pó Lata 400g
Aptamil Soja	Não possui proteínas lácteas, sendo composto por proteína isolada de soja e o aminoácido L-metionina. Também é isento de lactose e sacarose (açúcar).	Pó Lata 800g



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

ANEXO II – FORMULÁRIO PARA REQUISIÇÃO DE FÓRMULAS DE TERAPIA NUTRICIONAL E LEITES ESPECIAIS

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS E FÓRMULAS INFANTIS	
Nome completo:	
Sexo: () M () F	Data de Nascimento (D.N.): ___/___/___
CPF:	RG: SUS:
Nome Completo da Mãe:	
Responsável:	D.N.: ___/___/___
CPF:	RG: SUS:
Endereço: (rua, nº, bairro):	
Município de residência:	Telefone:
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
Peso (kg): _____ () Atual () Estimado	
Estatura (cm): _____ () Atual () Estimado IMC: _____	
Laudo Nutricional:	
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA	
Descreva breve história clínica:	
Doença principal:	CID principal:
Outro(s) Diagnóstico(s):	CID secundário:
ASSINALAR O AGRAVO QUE JUSTIFICA A INDICAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL:	
<input type="checkbox"/> Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo	
<input type="checkbox"/> Afagia/Disfagia por doenças neurológica	
<input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal	
<input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção	
<input type="checkbox"/> Desnutrição moderada a grave	
<input type="checkbox"/> Outro. Descreva: _____	
MOTIVO DA INDICAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL INFANTIL (se criança)	
<input type="checkbox"/> Condição clínica	
<input type="checkbox"/> Contraindicação do aleitamento materno (patologias)	
<input type="checkbox"/> Outra. Descreva: _____	
TRATAMENTO RECOMENDADO	
Nome da Fórmula:	
Via: () oral () sonda (tipo _____)	
Tipo de consumo do produto: () exclusivo () parcial	
Dosagem, frequência e duração:	
CARIMBO E ASSINATURA:	
DATA:	



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

ANEXO III – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ declaro estar ciente que a fórmula nutricional fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Santa Rosa, é exclusivamente para uso pessoal ou de pessoa sob minha responsabilidade, ficando vetada a comercialização ou doação de fórmulas recebidas. Posso ser submetido a acompanhamento pela Equipe de Saúde da Atenção Básica, e que em caso de recuperação diagnosticada pelo médico e/ou nutricionista, mudança do município ou alcance da idade limite, estarei sujeito a exclusão imediata do programa, devido às justificativas acima citadas.

Declaro estar ciente que a quantidade a ser fornecida mensalmente é de _____ latas, com início em ____/____/____ e válido por _____ meses.

Assinatura do Usuário ou Responsável



NOVA SANTA ROSA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO

ANEXO IV – PARECER TÉCNICO DA NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Eu, _____ nutricionista responsável do Município de Nova Santa Rosa, Portaria n° _____, inscrita no Conselho Regional de Nutrição do Estado do Paraná n° _____, declaro o parecer técnico _____ para fornecimento de fórmulas especiais ao paciente _____. Declaro, que o mesmo foi orientado quanto à quantidade mensal fornecida de _____ latas da fórmula _____.

Esse parecer tem validade de três meses, a contar da data de emissão.

Assinatura e carimbo profissional

Nova Santa Rosa, _____ de _____ de 20 ____.