



**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

**PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE URUPÊS/SP**

## **INTRODUÇÃO**

O alimento constitui-se um elemento essencial à vida humana, sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e aspirações. Ressalta-se que pacientes bem nutridos se recuperam melhor de doenças, mostram-se mais resistentes às infecções e tendem a permanecer menos tempo hospitalizados. Além disso, quando submetidos a um procedimento cirúrgico, apresentam melhor cicatrização e taxas de morbimortalidade reduzidas.

A Lei Federal 8080/90 elucida a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput) e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) como atribuições específicas do SUS. Sendo assim, ao Estado (gênero) cabe formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição, e em casos nos quais a alimentação apresenta status de fármaco, como na situação das dietas enterais, este deve fornecê-la de acordo com os princípios e normas do SUS.

O Protocolo de Fórmulas Nutricionais tem como objetivos dispor sobre as normas pertinentes à prescrição e dispensação de suplementos nutricionais, dietas enterais, fórmulas infantis e leite de soja para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes no município de Urupês/SP, bem como acompanhar o estado nutricional destes, por meio de visitas domiciliares e orientações.

Contudo, vale destacar que o Protocolo tem como diretriz para alimentação das crianças o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os 2 anos.

## **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, 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.

- Fórmula Infantil: é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes.

- Leite de soja: é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição para satisfazer as necessidades nutricionais de crianças ou adultos com alergia à proteína do leite ou com intolerância à lactose.

- Terapia Nutricional (TN): uso de intervenções nutricionais específicas para tratar uma enfermidade, lesão ou condição.



**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

## OBJETIVO

- Padronizar o fornecimento de fórmulas nutricionais pelo Município de Urupês/SP quais sejam: suplementos nutricionais, dietas enterais, fórmulas infantis e leite de soja.
- Definir as indicações clínicas e nutricionais e estabelecer critérios de inclusão, exclusão, acompanhamento e alta de usuários do SUS para o fornecimento de fórmulas nutricionais.
- Definir o fluxo e o envio de documentos para o fornecimento e a continuidade deste.

## INDICAÇÕES CLÍNICAS E NUTRICIONAIS POR FAIXA ETÁRIA

Quadro 1 – Critérios clínicos e nutricionais por faixa etária

	<b>CRIANÇAS: 0 a 2 anos</b>	<b>CRIANÇAS: 02 a 10 anos</b>	<b>Pessoas maiores de 10 anos</b>
<b>1- Para Nutrição Enteral:</b>	Pacientes com ingestão via oral suspensa em uso exclusivo de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, 01 (um) critério clínico e nutricional descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral suspensa em uso exclusivo de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, 01 (um) critério clínico e nutricional descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral suspensa em uso exclusivo de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, 01 (um) critério clínico e nutricional descrito abaixo:
<b>2- Para Nutrição Oral:</b>	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos 01 (um) critério clínico e nutricional descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos 02 (dois) critérios clínicos e nutricional descrito abaixo:	Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos 02 (dois) critérios clínicos e nutricionais descritos abaixo:
<b>3- Critérios clínicos</b>	1- Alergia à proteína do leite de vaca ou intolerância à lactose (diagnóstico clínico confirmado de Alergia Alimentar ou laudo do Gastroenterologista). 2- Impossibilidade de aleitamento materno (óbito materno, mãe hospitalizada ou em uso de medicação que impeça a amamentação conforme Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher). 3- Disfagia neurológica grave. 4- Prematuridade extrema (22-28 semanas).	1- Baixo peso (IMC: Percentil < 3). 2- Doenças metabólicas ou disabsortivas 3 - Disfagia neurológica 4 - Câncer. 5 - Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante. 6 - IRC severa ou estágio 4 (Filtração glomerular de 15 a 29 ml/min) com necessidade de restrição hídrica importante, que não permita o manejo com dieta artesanal.	1- Baixo peso:  11 – 17 anos: IMC: Percentil < 3 18 - 59 anos: IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> > 60 anos: IMC < 22 kg/m <sup>2</sup>  2 - Presença de úlcera de pressão 3- Doenças metabólicas ou disabsortivas. 4- Disfagia neurológica 5- Câncer. 6- Pré ou Pós-operatório do Trato Gastrointestinal ou transplante. 7 - IRC severa ou estágio 4 (Filtração glomerular de 15 a 29 ml/min) com necessidade de restrição hídrica importante, que não permita o manejo com dieta artesanal.



**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO INCLUSÃO**

- Residir no município de Urupês/SP;
- Ser usuário cadastrado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside, realizando acompanhamento obrigatório com Equipe da Saúde da Família quando houver, além do acompanhamento com pediatra de referência quando se tratar de criança.
- Possuir laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo 1) corretamente preenchido;
- Assinar termo de compromisso (anexo 2)
- Estar de acordo com os critérios clínicos do protocolo.

### **EXCLUSÃO**

- Receber alta da equipe de saúde da UBS ou de Unidade de referência por evolução positiva do estado nutricional.
- Não realizar o acompanhamento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside;
- Usuário/cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento proposto pelo programa.
- Transferência/mudança para local fora da área de abrangência da UBS de Urupês/SP;
- Óbito.

### **RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO**

O paciente que atender a todos os critérios estabelecidos no protocolo deverá apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do documento de identidade;
- Cópia CPF;
- Cópia Cartão do SUS;
- Cópia do comprovante de endereço;
- Relatório médico original (opcional);
- Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo 1);
- Termo de compromisso assinado (anexo 2);

Observação: o preenchimento do laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo 1) e termo de compromisso (anexo 2) será direcionado à Farmácia Municipal.



**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

## **AVALIAÇÃO DO PROCESSO**

O caso clínico será avaliado na Unidade de Saúde pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) considerando os critérios clínicos estabelecidos neste protocolo para dispensação das fórmulas nutricionais. Quando necessário deverá ser realizada a avaliação do Médico Pediatra e Nutricionista de referência da UBS. A documentação do processo será analisada na Farmácia Municipal para deferimento ou indeferimento da solicitação.

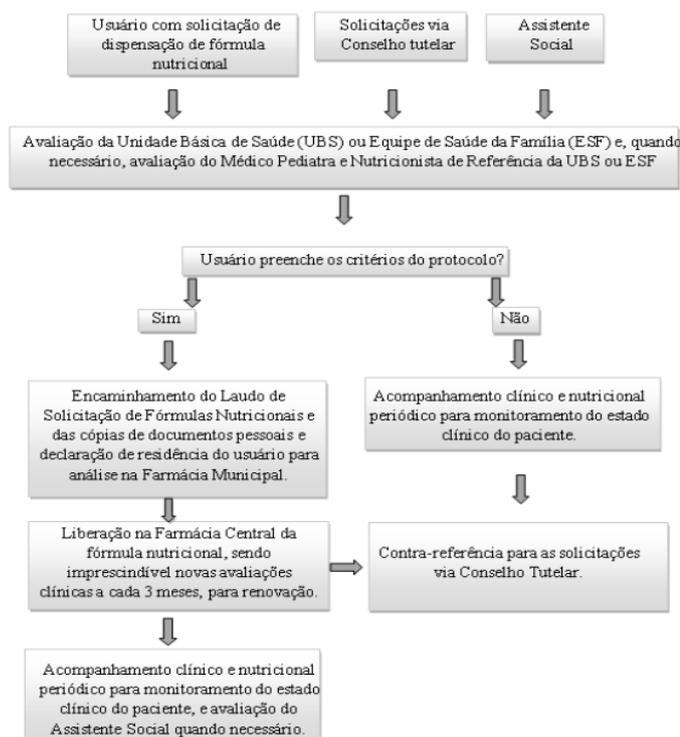
## **ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO**

O acompanhamento e monitoramento do paciente deverá ser realizado por meio de visita domiciliar ou atendimento ambulatorial, conforme necessidade. O usuário deverá ser submetido a uma reavaliação para renovação do processo, a cada 3 meses, ou conforme avaliação clínica. A reavaliação é imprescindível para que o fornecimento das fórmulas nutricionais seja de acordo com a necessidade do usuário.

Documentação necessária:

- Cópia do documento de identidade e do comprovante de endereço;
- Quando se tratar de crianças o laudo deverá ser preenchido pelo médico pediatra de referência para dispensação de fórmulas nutricionais e, acompanhado dos documentos acima detalhados, apresentar a caderneta de saúde da criança (cópia da página principal e do gráfico de crescimento devidamente preenchido).

### **FLUXOGRAMA**





**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

## **DISPENSAÇÃO**

No momento da dispensação das fórmulas nutricionais pela Farmácia Municipal, será entregue ao usuário ou responsável legal um termo de compromisso (anexo 2), o qual deverá ser assinado e feito em duas vias, sendo que uma via será anexada ao cadastro do paciente e a outra entregue ao usuário ou responsável legal. É vetada a dispensação 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 Secretaria Municipal de Saúde, 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. 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 o programa é um auxílio.

As fórmulas infantis são entregues somente aos pais ou responsável autorizado por escrito pelos mesmos, e aos responsáveis legais pelo paciente adulto.

## **REFERÊNCIAS**

ALMIRANTE TAMANDARÉ. Protocolo do programa municipal de dietas especiais. Estado do Paraná. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. 2019 – Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Departamento de Promoção da Saúde. Link: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf)

CONTAGEM. Protocolo de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas. Estado de Minas Gerais. SÃO PAULO.

Formulário para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas. Estado de São Paulo. 2012.

Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos atualizado em 2019 ([http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf))



**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

**ANEXO 1**

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUPÊS/SP SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome completo:		
Sexo: ( ) M ( ) F		D.N: ___/___/___
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
Bairro:	Município:	CEP:
Telefone :		
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA		
<b>Doença principal:</b>		
<b>Outro(s) diagnóstico(s):</b>		
Assinalar o agravo que justifica a indicação de terapia nutricional: ( ) Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo ( ) Afagia/Disfagia por doença neurológica ( ) Transtorno de mobilidade intestinal ( ) Síndrome de má absorção ( ) Desnutrição moderada a grave ( ) Outro: _____		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Peso (kg): _____ ( ) Atual ( ) Estimado		
Estatura (cm): _____ ( ) Atual ( ) Estimado		
IMC (kg/m <sup>2</sup> ): _____		
Laudo Nutricional:		
VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL		
( ) VO ( ) TNE+VO ( ) TNE exclusiva		
<b>Via de acesso sonda:</b> ( ) Nasogátrica ( ) Nasoentérica ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia		
IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONALIS(S) SOLICITANTE(S)		
Nome do estabelecimento:		CNES:
Nome do profissional:		CNS:
Nome do profissional:		CNS:
Nome do profissional:		CNS:



**PREFEITURA DE URUPÊS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ 45.159.381/0001-94

Rua Gustavo Martins Cerqueira, 463, Centro - 15850-000 - URUPÊS/SP

Fone/Fax: (17) 3552-1038 - E-mail: saude@urupes.sp.gov.br

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo (Médico)

e/ou

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo (Nutricionista)

**ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) usuário ou responsável legal), declaro ter sido informado (a) claramente sobre as condições de fornecimento de fórmulas nutricionais. Estou de acordo que a fórmula nutricional somente pode ser utilizada por mim, comprometendo-me a devolvê-la caso não queira ou não possa utilizá-la ou se a indicação for interrompida. Nestes casos, estou ciente que a interrupção por qualquer motivo deverá ser comunicada imediatamente a Farmácia Central do Município Urupês/SP, para que seja feita a exclusão do cadastro do paciente beneficiado com o fornecimento de fórmulas nutricionais.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do usuário ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

Documento de identificação do usuário ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário ou do responsável legal