



**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PORTARIA Nº 001/2023

ESTABELECE O PROTOCOLO MUNICIPAL DE ACESSO PELO PACIENTE E FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS INDUSTRIALIZADAS (LEITES ESPECIAIS) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Marcela A. Américo Ortolan Secretária Municipal de Saúde de Juína, em exercício, no uso de suas atribuições legais, de acordo com a Lei orgânica Municipal,

CONSIDERANDO que a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, inicia-se pelo SUS, segundo reza o inciso III do art. 2º do Decreto 7508/2011, sendo que, em nosso Município a porta de entrada são as Unidades Básicas de Saúde – USF;

CONSIDERANDO a Lei complementar 141/2012, em seu art. 3º, II, que dispõe que a “Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais”;

CONSIDERANDO a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;

CONSIDERANDO a Lei n. 11.346 de 15 de setembro de 2006 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISVAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências.

CONSIDERANDO a Lei Estadual n. 10.279 de 25 de maio de 2015, que dispõe sobre o fornecimento de leite em pó para crianças nascidas de mães portadoras de vírus HIV e mães doentes de AIDS.

CONSIDERANDO a Lei nº 11.265 de 3 de janeiro de 2006 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

CONSIDERANDO a Lei n. 8.662 de 7 de junho de 1993 que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.





ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSIDERANDO a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

CONSIDERANDO a Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, incumbem ao Poder Público o fornecimento às crianças e aos idosos dos recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991 que regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.

CONSIDERANDO o Decreto n. 7508 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 inter federativa, e dá outras providências.

CONSIDERANDO o Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999 que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

CONSIDERANDO a Resolução - RDC ANVISA nº 221, de 05 de agosto de 2002 que aprova o regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo.

CONSIDERANDO a Resolução CFESS nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009 que dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais.

CONSIDERANDO a Resolução CNAS nº 39 de 9 de dezembro de 2010 que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde.

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 19, de 30 de abril de 1999 que aprova o regulamento técnico de procedimentos para registro de alimento com alegação de propriedades funcionais e ou de saúde em sua rotulagem

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 6 de julho de 2000, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral.

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 43, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes.

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 44, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância.





ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 45, de 19 de setembro de 2011, que 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.

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.977, de 12 de setembro de 2014, que atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 21, de 13 de maio de 2015, que dispõe sobre o regulamento técnico de fórmulas para nutrição enteral.

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 135, de 8 de fevereiro de 2017, que altera a portaria SVS/MS nº 29, de 13 de janeiro de 1998, que aprova o regulamento técnico referente a alimentos para fins especiais, para dispor sobre os alimentos para dietas com restrição de lactose.

CONSIDERANDO que a alegação de propriedade funcional é aquela relativa ao papel metabólico ou fisiológico que o nutriente ou não nutriente tem no crescimento, desenvolvimento, manutenção e outras funções normais do organismo humano.

CONSIDERANDO que a alegação de propriedade de saúde é aquela que afirma, sugere ou implica a existência da relação entre o alimento ou ingrediente com doença ou condição relacionada à saúde.

CONSIDERANDO que alimentos para fins especiais são aqueles especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas, diferenciadas e ou opcionais, atendendo às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

CONSIDERANDO a Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, que tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

CONSIDERANDO a necessidade de racionalizar a oferta de fórmulas nutricionais especiais pelo Município, em razão do grande número fórmulas nutricionais colocadas à disposição dos prescritores pela indústria farmacêutica e as recomendações de condutas clínicas reconhecidas internacionalmente e, frente às opções de produtos devidamente registrados e aprovados no País pelos órgãos competentes;





ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar, dentro de princípios éticos, a variabilidade da prescrição, especialmente quanto ao uso racional de fórmulas nutricionais especiais;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar, no âmbito dos serviços municipais de saúde, o fornecimento de fórmulas industrializadas especiais para as crianças portadoras de alergia ao leite de vaca;

CONSIDERANDO a necessidade de oferecer aos usuários de forma regular e contínua, um elenco de fórmulas nutricionais especiais definidos de acordo com rigorosos critérios técnicos e científicos, estudos de medicina baseada em evidências clínicas, para o atendimento das necessidades nutricionais mais prevalentes ou de maior demanda;

CONSIDERANDO que o direito de recebimento de fórmulas nutricionais especiais está implícito ao direito à saúde, pois sua indisponibilidade gera um agravamento no quadro da saúde;

CONSIDERANDO que o Protocolo Municipal de fornecimento de Fórmulas Nutricionais Especiais Industrializada, foi desenvolvido através dos estudos científicos conforme referências bibliográficas, constantes do anexo I desta Portaria;

CONSIDERANDO que a Instrução Normativa, faz parte integrante do anexo I desta Portaria, cujo objetivo é definir diretrizes para a dispensação da dieta de fórmulas nutricionais especiais aos Usuários SUS, pela Secretaria de Saúde de Juína;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, garante a todos cidadãos o direito a Saúde;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal, regulamenta que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

CONSIDERANDO que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde estabelece em seu princípio primeiro que, "Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde", sendo que os Usuários devem respeitar o acesso ordenado e organizado praticado pelo Município;

CONSIDERANDO a Nota Técnica nº 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, frisando 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".



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSIDERANDO que esta Instrução Normativa, norteará a forma e critérios de dispensação da dieta nutricional especial.

CONSIDERANDO que a referida Instrução Normativa foi apresentada e ratificada pelos Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar o Protocolo de Acesso ao paciente para Fornecimento e Dispensação de Fórmulas Nutricionais Especiais Industrializadas, que deverá funcionar de acordo com as normas e critérios que integram o Anexo I, desta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio do seu Gestor, adotará todas as medidas necessárias para divulgação do mencionado Protocolo.

Art. 2º Os responsáveis pela avaliação da solicitação do fornecimento deverão excluir motivos não relacionados a doença, o que configura então benefícios eventuais e/ou desprovimento financeiro, cabendo a Secretaria de Ação ou Assistência Social atender o cidadão através de seus programas sociais.

Art. 3º Fica o Poder Executivo autorizado a fornecer complementos alimentares sob a forma de fórmulas nutricionais para crianças nascidas de mães portadoras de vírus HIV e de mães doentes de AIDS.

Parágrafo único. O fornecimento estabelecido neste artigo ocorrerá, no mínimo, durante os 02 (dois) primeiros anos de vida dos bebês saudáveis.

Art. 4º Para garantir o acesso a este **PROTOCOLO** os Usuários do SUS deverão obedecer às Normas e Critérios nele estabelecidos.

Art. 5º Após a publicação deste Regulamento, os usuários que possuem indicação para uso "Fórmulas Nutricionais Especiais Industrializadas", ou mesmo aqueles que já beneficiados, obrigatoriamente deverão cumprir os critérios estabelecidos.

Parágrafo 1 A renovação ocorrerá trimestralmente e no prazo máximo de 06 meses, de acordo com a secretária de saúde, e são critérios indispensáveis, a receita médica atualizada e o Laudo para a Dispensação de Fórmula Nutricional Especial com a justificativa da necessidade e CID da doença e, quando for criança, juntar o peso e estatura da mesma.

Parágrafo 2 A não renovação, implicará na suspensão imediata do fornecimento das fórmulas Nutricionais Especiais.

Parágrafo 3 O paciente estando cadastrado no programa e o mesmo atendido, poderá ser alterado a formulação e quantidade fornecida desde que condições comprovadas justifiquem, de acordo com esse protocolo.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 6º A entrega das Fórmulas Nutricionais será realizada no local definido pelo gestor com a apresentação do Cartão SUS – CNS.

Parágrafo 1 Para o primeiro fornecimento, necessária apresentação do Processo conforme art.3º, e dos documentos pessoais do paciente e/ou seu responsável.

Parágrafo 2 Caso o paciente necessite troca da formulação, este deverá iniciar nova solicitação de acesso seguindo esse regulamento.

Art. 7º A concessão da integração ao programa previsto neste regulamento será feita aos usuários, desprovidos de recursos financeiros para aquisição normal desse alimento básico seguindo o princípio da equidade do SUS.

Art. 8º O Município repassará a quantidade necessária de Fórmulas Lácteas e Suplementos Alimentares especiais por mês aos usuários, garantindo a saúde ideal à sua sobrevivência definidos pelos profissionais responsáveis, médico, médico pediatra e/ou nutricionista.

Parágrafo 1 A critério do Gestor, a quantidade dispensada poderá ser estendida para o período da renovação.

Parágrafo 2 Caso o paciente não utilize a quantidade dispensada durante o período, ou o prescritor substitua a formulação, é obrigatório a devolução da quantidade não utilizada para a unidade dispensadora.

Art. 9º Serão critérios para adesão ao direito ao programa:

- a) a Assinatura do termo de adesão ao programa pelos pais ou responsável legal pelo paciente;
- b) a apresentação de solicitação médica ou de nutricionista, com justificativa que comprove a necessidade do uso da fórmula;
- c) Cadastramento junto à Secretaria Municipal da Saúde e realização do Processo pelo Serviço Social da Saúde;
- d) A avaliação social consiste na realização de visitas domiciliares, relatório social e demais situações que se fizerem necessárias, considerando as especificidades de cada paciente;
- e) Residir no Município de Juína, devendo apresentar à Secretaria Municipal da Saúde, o comprovante de residência atualizado;
- f) Dentre outras definidas no protocolo;

Art. 10º Serão critérios para exclusão do programa:

- g) Recusa dos pais ou responsável legal em aceitar o protocolo vigente da Secretaria Municipal de Saúde; e/ou,



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- h) A recusa dos pais ou responsável legal em aceitar o acompanhamento pela equipe do ambulatório;
- i) A não assinatura do termo de adesão ao programa.
- j) O paciente não ser residente em Juína ou cuja residência foi transferida para outro município;
- k) Apresentar mais de duas faltas não justificadas às consultas e e/ou procedimentos agendados na Unidade de Saúde Referência;
- l) Dentre outras definidas no protocolo.

Art. 11 A Prefeitura Municipal realizará a aquisição conforme normas vigentes.

Art. 12 Os Recursos para as despesas decorrentes da execução desse regulamento ocorrerão à conta das dotações orçamentárias, suplementadas, se necessário, e constarão dos orçamentos municipais dos anos subsequentes.

Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Prefeitura Municipal de Juína, 22 de Maio de 2023.


Marcela A. Américo Ortolan
Secretária Municipal de Saúde



**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ANEXO I

PROTOCOLO DE ACESSO, AVALIAÇÃO, FORNECIMENTO, ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO PARA USUÁRIOS DE COMPLEMENTOS ALIMENTARES SOB A FORMA DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS.

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.

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 alimentação, bem como a nutrição, constitui requisitos básicos para promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2012; WHO, 2013).

O leite materno é um alimento que proporciona aporte nutricional adequado para criança até pelo menos um ano de idade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça essa prática e recomenda que: “o aleitamento materno é importante até os 2 anos de idade ou mais, e deve ser o único alimento até os 6 meses, vários são os argumentos que favorecem esta prática, valendo ressaltar que o leite materno protege contra várias infecções, apresenta benefícios em longo prazo na diminuição dos riscos de doenças crônicas recorrentes da alimentação inadequada.

O aleitamento materno deve ser incentivado e priorizado, as crianças que, no primeiro ano de vida, não possam receber leite materno por alguma razão, que justifiquem esta condição, 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.

O aleitamento materno é reconhecido como forma eficaz de alergia alimentar, devendo ser incentivado e apoiado de forma exclusiva até os 6 meses de idade e complementado até os 2 anos ou mais.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Programa de Fórmulas Nutricionais Especiais é gerido com recursos exclusivamente municipais e tem como objetivo atender às solicitações de dietas ou leites especiais para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes no município de Juína, bem como acompanhar o estado nutricional destes por meio de visitas domiciliares e atendimentos nas Unidades de Saúde da Família (USF).

OBJETIVO DO PROTOCOLO

O município de Juína atende usuários que apresentam necessidades dietéticas especiais em virtude de patologias específicas, tais como estresse metabólico, pacientes oncológicos, desnutridos, com alguma carência nutricional ou com restrição ou impossibilidade de receber o leite materno ou leite de vaca.

Este protocolo define diretrizes para o fornecimento e dispensação de fórmulas nutricionais especiais disponibilizadas pela Secretaria de Saúde de Juína, através das seguintes ações:

- Estabelecer normas técnicas e administrativas pertinentes ao fornecimento de dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis, padronizando normas e condutas;
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até 06 meses de vida, tentando manter a criança o maior tempo possível em aleitamento materno, por meio de orientação nutricional adequada da mãe durante o pré-natal e puerpério, feitos na Unidade de Saúde da Família (USF);
- Organizar o fluxo de pacientes com prescrição e indicação de fórmulas especiais com intuito de racionalizar de forma responsável e técnica a sua utilização;
- Avaliação correta de cada paciente e a indicação de suporte nutricional adequado, observando as situações de comprometimento nas funções básicas do organismo;
- 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;
- 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;
- Promover capacitação para as equipes de saúde.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEFINIÇÕES

ALIMENTOS PARA FINS ESPECIAIS: Alimentos 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 completar 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 sistema.

DIETAS ENTERAIS: Alimento para fins de substituição ou complementação de alimentação em pacientes desnutridos ou com carências nutricionais, elaborada para uso por sonda ou via oral.

FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES: Produto em fórmula líquida ou em pó especialmente formulado para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes sadios durante os primeiros seis meses de vida (até 5 meses e 29 dias).

NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS: em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As necessidades alimentares especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc.

PRESCRIÇÃO DIETÉTICA: atividade privativa do nutricionista que envolve o planejamento dietético com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8.080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS: São os alimentos que se destinam a complementar com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo quando a ingestão através da alimentação seja insuficiente. Não substitui a alimentação e não deve ser utilizada como alimentação exclusiva.



**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TERAPIA NUTRICIONAL: Uso de intervenções nutricionais específicas para tratar uma enfermidade, lesão ou condição, ou conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES DESTINADA 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);

FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA 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;

LACTENTE: criança de zero a doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias);

CRIANÇA DE PRIMEIRA INFÂNCIA: criança de doze meses até três anos de idade (36 meses);

RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: aquele que nasce prematuro de muito baixo peso (com menos de 34 semanas de idade gestacional), aquele de muito baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500 gramas), ou aquele que nasce com - ou logo após o nascimento apresenta - doença que necessita de tratamento intensivo;

RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: aquele que nasce prematuro, ou seja, com menos de 37 semanas de idade gestacional;

LEGISLAÇÃO

Este Protocolo visa garantir o acesso através do Sistema Único de Saúde (SUS), a todos os pacientes que necessitem de suplementação alimentar especial, respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência (Princípios fundamentais do SUS), assim como fazer prevalecer as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência, conforme o DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, Seção II Art. 8, o qual define que

*o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se **inicia** pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.*



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Além deste decreto, 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 artigo 196, da Constituição Federal (1990) preconiza 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 e recuperação".

O artigo 197, da Constituição Federal, estabelece que

"são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle".

A Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

No Art. 6º, estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS:

"a vigilância nutricional e orientação alimentar" e "o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo".

Já o parágrafo único do Art. 12 define que:

"a articulação de componentes de políticas e programas de alimentação e nutrição, cuja elaboração e execução estejam fora do setor Saúde, é realizada em Comissão Intersetorial específica, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde. Essa Comissão deve ser integrada "pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil".

...

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

...

IV - executar serviços:

...

c) de alimentação e nutrição;

Considerando a Lei complementar 141/2012, que *dispõe normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo;*

...

Art. 3º, II, dispõe que *“Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais”;*

Art. 4º. Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

...

VIII - ações de assistência social;

A Nota Técnica nº 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, cita 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, a curto, médio e longo prazo”.

O departamento especializado em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde reconhece a: Nota Técnica nº 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, frisando 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”.



**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

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 absorptivas, terapia medicamentosa, função renal, balanço eletrolítico e outros (NISIM; ALLINS, 2005).

CATEGORIZAÇÃO DAS DIETAS ENTERAIS.

- **Industrializadas** – em pó, para reconstituição, líquida semi-prontas para uso comercializadas em lata, frasco ou vidro.
- **Não industrializada, artesanal ou caseira** – feita com alimentos “in natura”.
- **Mista** – quando é utilizada a industrializada, que pode ser em módulo de nutrientes mais a artesanal.

TIPOS DE FORMULAÇÕES

1- FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE

As indicações terapêuticas para uso de fórmula infantil para 1º e 2º semestre, destinadas a crianças com até 12 meses de vida, que preencham os critérios abaixo:

- 1.1 - Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação de crianças até 12 meses de idade;
- 1.2 - Crianças classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- 1.3 - Prematuridade/gemelaridade com sequelas e/ou comprometimento nutricional classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- 1.4 - Doenças congênitas graves com comprometimento nutricional, classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- 1.5 - Crianças com alimentação através de sonda.
- 1.6 - Doença materna que contra indique a amamentação (comprovada através de relatório Médico Pediatra) malformações e neoplasia de mama, doença psiquiátrica grave e



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

utilização de medicamentos contra indiquem a amamentação segundo recomendações do Ministério da Saúde;

1.7 - Infecção materna por HIV (sendo atendida pelo programa de DST/AIDS até os 6 meses).

2 - FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA

O extrato de soja para crianças, com 100% de proteína isolada de soja, enriquecido com vitaminas e minerais, indicadas para os pacientes que preencham os critérios abaixo, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

2.1 - Crianças maiores de 6 meses com Alergia a Proteína do Leite de Vaca (APLV).

2.2 - Intolerância à lactose.

2.3 - Casos de indicação social comprovada através de relatório do Assistente Social.

OBS: Em 8 semanas deverá ser realizado teste de confrontação e a cada 6 meses desencadeamento com leite de vaca ou Fórmula Infantil.

3- FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR INFANTIL

As fórmulas semi-elementares infantis são a base de proteína hidrolisada do soro do leite, isenta de sacarose, lactose e glúten, adequada para crianças, indicadas para os pacientes que preencham os critérios abaixo, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

3.1 - Crianças com comprometimento nutricional: até melhora do estado nutricional (comprovada através de laudo nutricional), classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3.2 - Crianças com intolerância à lactose, sem resposta a fórmula de isolado de soja.

3.3 - Crianças com APLV IgE mediada, sem resposta a fórmula de isolado de soja.

3.4 - Crianças com APLV IgE não mediada.

3.5 - Crianças com alergia à proteína de soja.

3.6 Crianças com alimentação através de sonda.

3.7 - Adolescentes, adultos e idosos com alguma patologia que compromete o estado nutricional;

3.8 - Crianças menores de um ano com Síndrome de má-absorção e com comprometimento intestinal em investigação até que se estabeleça o diagnóstico;



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.9 - Crianças maiores de um ano com Síndrome de má-absorção em investigação até que se estabeleça o diagnóstico;

3.10 - Crianças com Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação de crianças até 12 meses de idade.

4 - FÓRMULA ELEMENTAR INFANTIL

As fórmulas elementares são fórmulas à base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, estão indicadas para os pacientes que preencham os critérios abaixo, que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna de leite de vaca e derivados sem resposta adequada.

4.1 - Crianças de 0 a 24 meses com APLV ou alergia à proteína de soja, conforme indicadores específicos constantes no Protocolo.

5 - FÓRMULA INFANTIL NUTRICIONALMENTE COMPLETA PARA CRIANÇAS 1-10 ANOS

5.1 - Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção com prejuízo nutricional e impedimento para a amamentação de crianças até 12 meses de idade.

5.2 - Crianças classificadas em $< \text{Escore-z } -3$ ou $\geq \text{Escore-z } -3$ e $< \text{Escore-z } -2$, conforme parâmetros definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

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

5.4 - Crianças com alimentação através de sonda.

6 - FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO

Critérios de Inclusão

Indicado para crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos, aumentando a absorção de sais minerais, principalmente do cálcio, além de contribuir para um melhor funcionamento do sistema imunológico no tratamento de várias patologias.

Na suplementação de nutrientes em pacientes com:

- 1- Alimentação através de sonda;
- 2- Doenças alérgicas e imunológicas;
- 3- Neoplasia;
- 4- Doenças do esôfago;
- 5- Desnutrição;
- 6- Doenças neurológicas;
- 7- Doenças degenerativas;
- 8- Distúrbios de absorção de nutrientes.



CRITÉRIOS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

I- Introdução

A nutrição faz parte do tratamento de várias patologias, suprir com nutrientes (proteínas, vitaminas, ácidos graxos essenciais e minerais). A má nutrição pode aumentar a predisposição e agravamento de vários estados clínicos. A avaliação correta de cada paciente e a indicação de suporte nutricional adequado devem ser observados nas situações de comprometimento nas funções básicas do organismo.

II- Critérios de Inclusão

- 1- Alimentação através de sonda;
- 2- Doenças alérgicas e imunológicas;
- 3- Neoplasia;
- 4- Doenças do esôfago;
- 5- Desnutrição;
- 6- Doenças neurológicas;
- 7- Doenças degenerativas;
- 8- Distúrbios de Absorção de nutrientes.

PROTOCOLO PARA O MANEJO DA ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA

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

A classificação da Alergia à proteína do leite de vaca (APLV), conforme o CID-10, contempla o código:

R63.8 - Outros sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos (Alergia à Proteína do Leite de Vaca).

1) Definição:

A alergia alimentar é definida como um conjunto de reações adversas a alimentos, imunologicamente mediadas, sendo uma das mais frequentes a alergia à proteína do leite de vaca (ALPV).

A única forma de tratamento da APLV é a exclusão da proteína alergênica da alimentação da criança por um determinado período de tempo, sabendo-se que a maioria dos portadores (80 a 90%) adquire tolerância ao alimento a partir do segundo ou terceiro ano de vida.

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV) acomete 2,5% dos lactentes, sendo a maioria (mais de 60%) com manifestações mediadas por IgE. Aproximadamente 25% dos casos podem permanecer sensíveis até a idade adulta.

A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca é um conjunto de manifestações mediadas por IgE, não mediadas por IgE ou associação destas.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

*Nas manifestações imediatas (IgE mediadas), o quadro clínico inclui anafilaxia, síndrome da alergia oral, urticária, angioedema, náuseas, vômitos, dores abdominais, rinite e broncoespasmo que ocorrem até duas horas após a ingestão do leite.

*Nas manifestações tardias (não mediadas por IgE ou mistas), predominam os sintomas relativos ao trato gastrointestinal (TGI), podendo haver associação com sintomas extra digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laringeo e asma) e/ou manifestações cutâneas (urticária e dermatite atópica).

Doença do refluxo gastrointestinal (DRGE), proctocolite alérgica, enterocolite, enteropatia alérgica, constipação intestinal e cólicas do lactente associada a recusa alimentar são patologias que representam a APLV não mediada por IgE (**ver quadro II**).

DIAGNÓSTICO

Para a confirmação diagnóstica, é necessário verificar, na ordem apresentada, a ocorrência das seguintes condições:

a) Presença de história clínica sugestiva da APLV;

b) Desaparecimento dos sintomas em 1 a 30 dias após exclusão da proteína do leite de vaca (fase de exclusão) da dieta. Conforme o tipo de sintoma, o desaparecimento pode ser rápido (urticária,

vômitos) ou lento (sangramento intestinal, sintomas de má absorção intestinal na enteropatia alérgica, dermatite atópica);

c) Reaparecimento dos sintomas após teste de provocação oral (TPO). O reaparecimento é imediato nos casos de APLV mediada por IgE (em até 2 horas). Nos casos de APLV não medida por IgE, ocorre após duas horas a sete dias.

2) Critérios diagnósticos: (ver quadro III)

Em relação aos critérios diagnósticos é relevante lembrar que os exames e alterações da mucosa intestinal, são muitas vezes inespecíficos. O diagnóstico de APLV, também pode ser baseado na história clínica sugestiva, melhora do quadro clínico com a exclusão dietética da proteína alergênica e reaparecimento após provocação oral. O teste de provocação oral (TPO) é contra indicado nas manifestações alérgicas graves. A prova de provocação oral preferencialmente deve ser realizada em ambiente hospitalar com supervisão de Médico Pediatra especialista.

2.1. Critérios Clínicos

Baseados na anamnese detalhada, inquérito alimentar com registro cronológico dos alimentos ingeridos (leite de vaca e derivados), sintomatologias associadas e exame físico minucioso. É importante que todas as suspeitas de APLV IgE mediada sejam confirmadas por uma avaliação



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

apropriada, que pode incluir testes cutâneos de leitura imediata, demonstração sérica de IgE específica, dieta de exclusão alimentar e TPO.

A suspeita da APLV é baseada na análise clínica dos sinais e sintomas apresentados pela criança. **(Quadro I)**

A investigação da história clínica deve ser minuciosa e o profissional de saúde deverá verificar:

- Natureza dos sintomas;
- Frequência, reprodutibilidade e época da última reação;
- Tempo entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas;
- Quantidade necessária do(s) alimento(s) contendo leite ou derivados para provocar reação;
- Tipo de alimento ou preparação que supostamente causaram os sintomas;
- Descrição detalhada dos tipos de reações;
- Influência de fatores externos no aparecimento dos sintomas;
- Diário alimentar associado aos sinais e sintomas (o que, quando e quanto comeu e o que apresentou);
- Histórico familiar de alergia, do tempo de aleitamento materno, época de introdução de fórmulas infantis artificiais (se for o caso), ingestão de fórmula à base de leite de vaca na maternidade, outros alimentos consumidos e tratamentos dietéticos anteriores (dietas já realizadas).

Crianças com APLV podem apresentar ampla variedade de sintomas comuns a outras doenças. Nesse contexto, é necessário relacionar o sintoma com a ingestão do alimento e avaliar o tempo e sua reprodutibilidade.

Quadro I - Principais sinais e sintomas relacionados à APLV.

Sistema envolvido / localização	Manifestação clínica
Cutâneo	Eritema localizado ou difuso Prurido Urticária Angioedema Exantema morbiliforme
Gastrointestinal	Náuseas Vômitos Diarreia Sangue nas fezes Refluxo gastrointestinal Dor abdominal
Oral	Prurido e/ou edema dos lábios/língua e palato
Respiratório	Prurido e sensação de garganta fechando Edema de glote e laringe Tosse seca irritativa Disfonia Dispneia

19



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Sensação de aperto torácico Sibilos generalizados Estridor Hipóxia Crises de espirro Intensa congestão nasal
Cardiovascular	Dor torácica Arritmia Hipotensão Choque
Neurológico	Cardiovascular

Quadro 1 - Principais sinais e sintomas relacionados à APLV.

2.2. Critérios Laboratoriais:

2.2.1. Teste cutâneo de determinação da IgE sérica específica:

Este exame auxilia apenas na identificação da APLV IgE mediada e reações mistas. A pesquisa de IgE específica ao leite de vaca (LV) pode ser realizada tanto “in vivo” (testes cutâneos), como “in vitro” pela dosagem da IgE específica no sangue. Estes testes são similares em sua eficácia para auxiliar no diagnóstico de APLV mediada por IgE. A opção por um ou outro exame vai depender da experiência do Médico Pediatra que conduz o caso e da conveniência, aceitabilidade e segurança que o teste trazer para a criança a ser testada.

2.2.2. Teste de Provocação oral:

Os testes de provocação oral (TPO), são considerados os únicos métodos fidedignos para estabelecer o diagnóstico definitivo da APLV, sendo ele realizado de forma aberta (pacientes e Médico Pediatras cientes) ou fechado (simples cego - apenas o Médico Pediatra sabe o que está sendo administrado) ou duplo cego controlado por placebo (onde nenhuma das partes tem conhecimento do preparado).

Os TPO estão indicados nas seguintes situações:

- Quando houver necessidade de se estabelecer reação causa e efeito;
- Nas alergias a APLV, não IgE mediadas ou mistas, quando os testes laboratoriais são de pouco auxílio;
- Nas reações anafiláticas em que as proteínas do leite de vaca não apresentam positividade para determinação de IgE específica.
- Nos casos em que a idade ou apresentação clínica não são mais compatíveis com quadros de APLV.

Nas manifestações IgE não mediadas o TPO pode apresentar uma resposta tardia, dificultando a identificação da proteína alergênica.



Caso não houver evidências de sensibilização IgE específica, nem história de reações graves, o LV pode ser introduzido no seu domicílio conforme orientação.

2.2.3. Provas específicas:

A avaliação funcional e/ou morfológica do tubo digestivo como endoscopia digestiva alta ou colonoscopia com biópsias são necessárias em situações especiais e devem ser realizadas nos casos onde existem dúvidas no diagnóstico clínico.

2.2.4. Critérios de inclusão

Serão incluídas neste protocolo crianças até vinte e quatro meses de idade que apresentarem:

- História clínica sugestiva e resultados positivos no TPO compatíveis para a alergia à proteína do leite de vaca; ou
- Reação alérgica generalizada relevante em um ou mais órgãos ocorridos imediatamente ou em até duas horas após a ingestão de alimentos contendo proteína do leite de vaca.

2.2.5. Dieta de Exclusão:

Se houver uma forte suspeita de Alergia ao leite de vaca como causador dos sintomas alérgicos, a exclusão do alimento em questão pode ser útil no diagnóstico. Entretanto a dieta de exclusão deve ser limitada a um período curto de tempo, o suficiente para os sintomas desaparecerem. Geralmente 3 a 5 dias são suficientes para o desaparecimento das manifestações clínicas imediatas. A exclusão deve respeitar a história clínica.

Caso ocorra desaparecimento dos sintomas com a dieta de exclusão, o leite de vaca deve ser reintroduzido para comprovação diagnóstica. O diagnóstico de APLV será confirmado caso ocorra ressurgimento dos sintomas. Por outro lado, se os sintomas não desaparecerem após a exclusão do leite de vaca, é muito provável que o paciente não seja alérgico a ele.

Desta forma, a exclusão do leite de vaca é uma ferramenta que serve tanto para o diagnóstico como também para tratamento.

Em casos de suspeita de APLV mediada por IgE em lactentes que estão sendo exclusivamente amamentados, recomenda-se a exclusão das proteínas de leite de vaca da dieta materna por 3 a 6 semanas. Se os sintomas persistirem após sua eliminação, não se justifica prolongar o período da dieta; provavelmente a suspeita não tem fundamento e as causas dos sintomas devem ser reavaliadas. Por outro lado, se os sintomas desaparecerem após a eliminação da dieta materna, deve-se reintroduzir as proteínas do leite de vaca para a mãe que amamenta. Se a reintrodução provocar o retorno dos sintomas (teste de provocação positivo), o diagnóstico de APLV se confirma.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Observação: A dispensação de fórmulas não alergênicas (fórmulas de aminoácidos) ou fórmulas hipoalergênicas (fórmulas de hidrolisados e isolado de soja) será baseada fundamentalmente nos critérios clínicos, os exames complementares auxiliam no diagnóstico, a ausência destes exames não implica em indeferimento da dispensação.

Quadro I - Manifestações de APLV:

Sistêmica	Mediada por IgE	Não IgE mediada	Mecanismo Misto
Sistêmica	Choque anafilático	-	-
Cutânea	Urticária, angioedema, Rash morboliforme, urticária aguda de contato.	-	-
Digestiva	Síndrome de alergia oral, alergia gastrointestinal	Proctocolite e enterocolite	Esofagite e gastroenterite eosinofílica alérgica.
Respiratória	Rinite e broncoespasmo		Asma

Adaptado de Wegrzyn & Sampson



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Quadro II - Manifestações Clínicas da APLV

Quadro clínico	Tipo de manifestação	Mecanismo	Sintomas	Laboratório
Síndrome da alergia oral	digestiva	IgE	Edema de lábios, língua e palato	● ■ ▲
Anafilaxia gastrointestinal	digestiva	IgE	Vômitos, diarreia dor abdominal	● ■ ▲
Refluxo gastroesofágico	digestiva	Não IgE mediado	Vômitos e regurgitação, recusa alimentar déficit ponderal	pHmetria esofágica
Esofagite eosinofílica	digestiva	IgE mediado e Não IgE mediado	Sintomas da doença do refluxo gastroesofágico, disfagia, vômitos e dor abdominal	□
Enterocolite alérgica	digestiva	Não IgE mediado	Vômitos e diarreia persistente distensão abdominal e déficit de crescimento	■ ▲ □
Proctocolite alérgica	digestiva	Não IgE mediado	Primeiros meses de vida evacuações com estrias de sangue e muco	□
Constipação	digestiva	Não IgE mediado	Constipação intestinal após o desmame, fissura anal e hiperemia perianal	—
Urticária aguda ou angioedema	cutânea	IgE	Prurido, placas eritemato-maculares e edema	● ■ ▲
Dermatite atópica	cutânea	IgE mediado e Não IgE mediado	Lesões eczematosas e prurido e acometimento de dobras	● teste de contato
Dermatite de contato	cutânea	Não IgE mediado	Eczema localizado	teste de contato
Asma brônquica	respiratória	IgE mediado e Não IgE mediado	Tosse, chiado no peito e dispneia	●
Rinite	respiratória	IgE	Congestão, coriza e prurido nasal	●
Choque anafilático	sistêmica	IgE	Urticária, angioedema, hipotensão e edema de glote	●

- determinação de IgE específica "in vivo" e ou "in vitro"
- teste de provocação oral nos casos indicados
- ▲ dieta de exclusão nos casos indicados
- endoscopia e biópsias nos casos indicados



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIAGNÓSTICO

Manifestações clínicas (cutâneas, gastrintestinais e/ou respiratórias) desencadeadas pela ingestão de leite e derivados, ou anafilaxia associada à ingestão de leite.

- 1- Nas reações mediadas por IgE, a associação dos sintomas com ingestão de leite ou derivados ocorre em até 2 horas após a ingestão do leite.
- 2- Nas reações não mediadas por IgE, ocorrem associações de manifestações digestivas com sinais e sintomas extra-digestivos (rinoconjuntivite, tosse crônica, estridor laríngeo, broncoespasmo) ou cutâneas (urticária, dermatite atópica, angioedema). As reações são, em geral, tardias (mais de 2 horas após exposição ao leite).
- 3- Quando houver acometimento do trato digestivo, considera-se fundamental descartar malformações do mesmo, distúrbios metabólicos, causas infecciosas ou parasitárias.
- 4- Teste de provocação: o teste de provocação não deverá ser realizado em casos de anafilaxia, podendo ocorrer em até 4 horas nos casos de reação mediada por IgE ou ocorrer horas ou dias após a provocação em casos de reação não mediada por IgE.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS

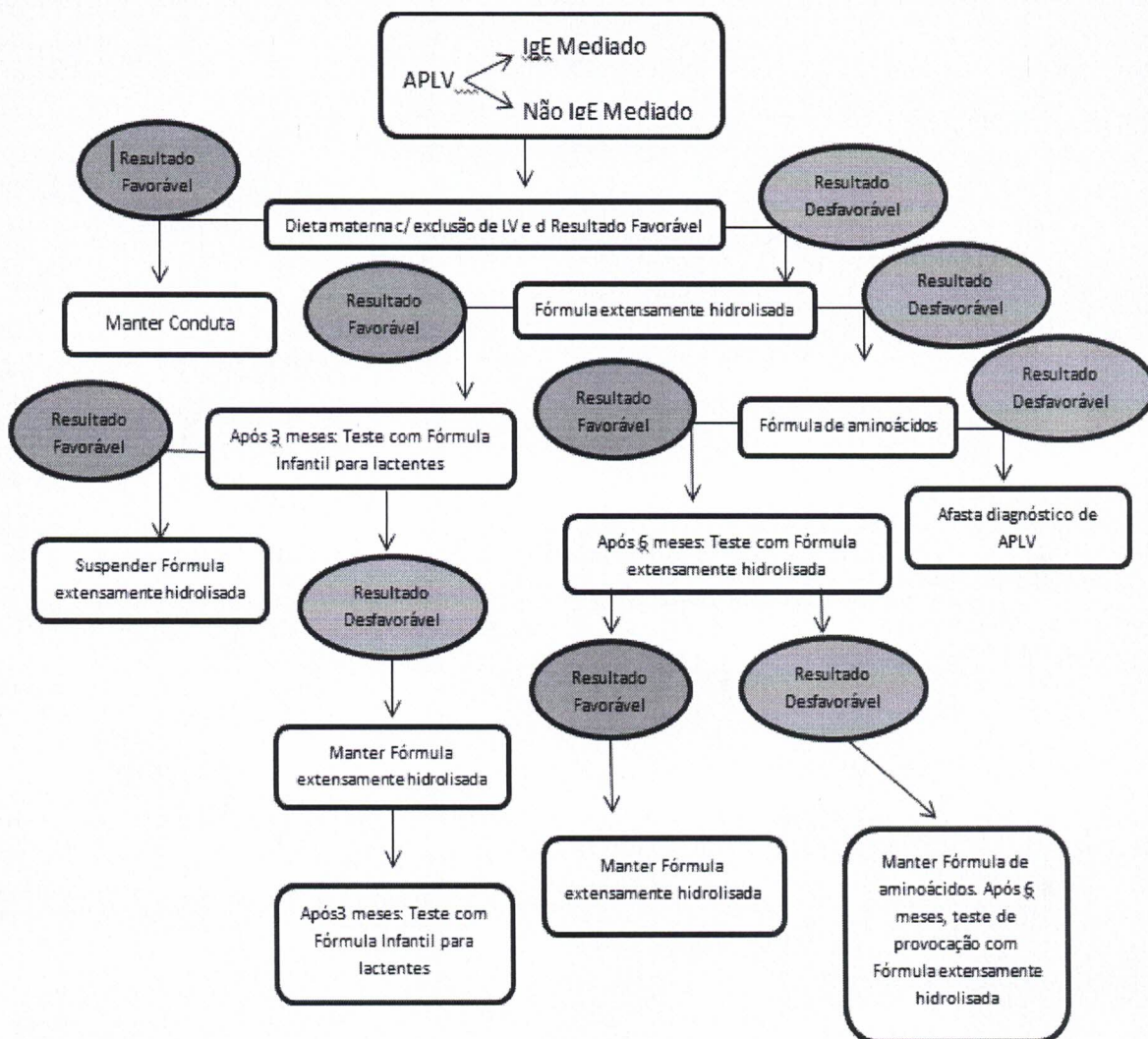
- 1- Persistência de sinais e sintomas de APLV com uso de fórmulas extensamente hidrolisadas.
- 2- Síndrome de má absorção com comprometimento significativo do estado nutricional, devido a utilização de fórmulas inadequadas.
- 3- Anafilaxia com leite de vaca, comprovada por testes in vivo e/ou in vitro IgE específica e com reações graves.
- 4- Esofagite e gastroenterite eosinofílica em paciente com alergia alimentar comprovada por exames complementares.

Observação: nos casos em que o prescritor julgar necessário a indicação de fórmula não alergênica, antes de prescrever outras fórmulas deverá anexar laudo que justifique esta indicação.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

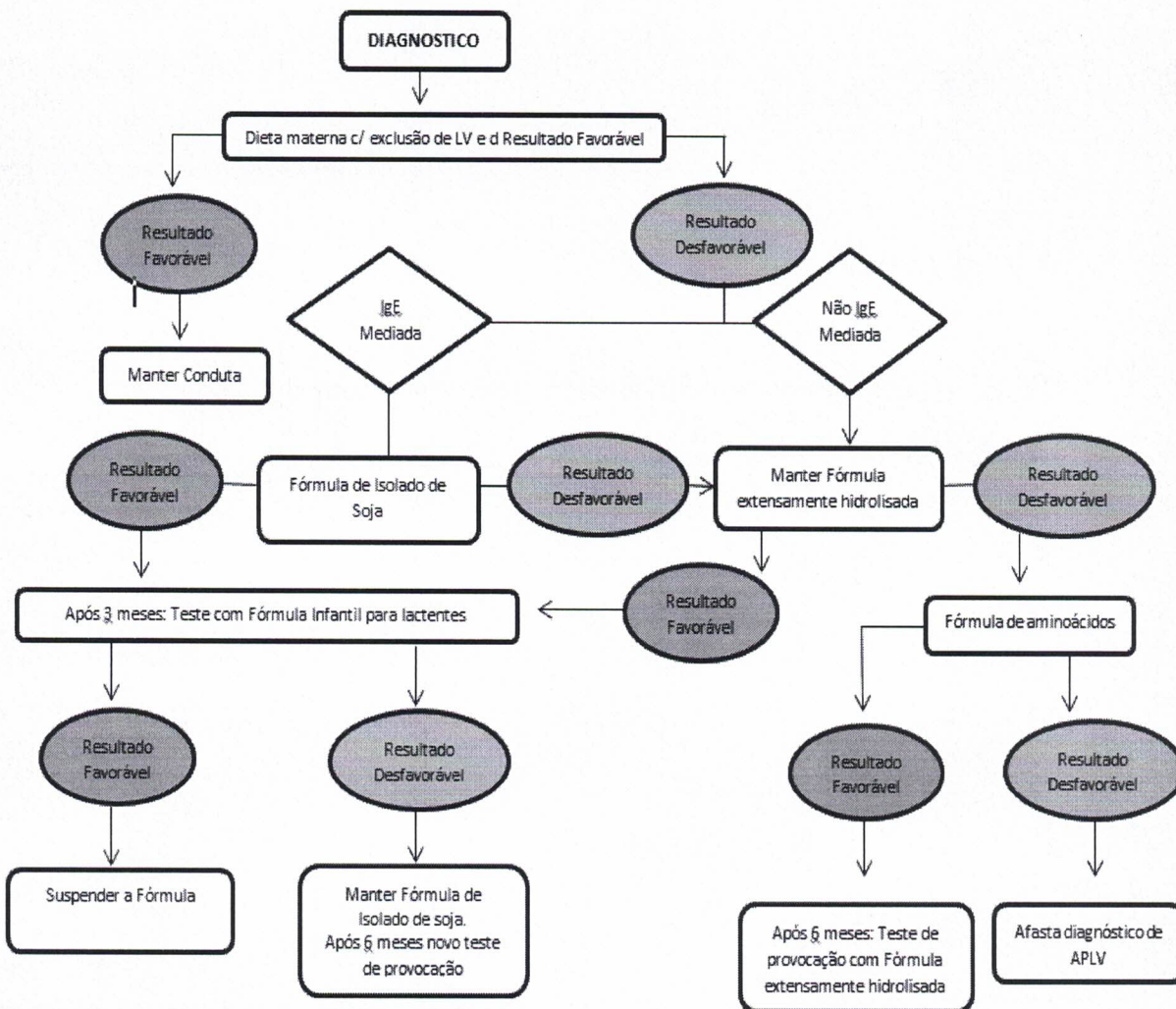
Algoritmo de APLV 1 / crianças menores de 6 meses





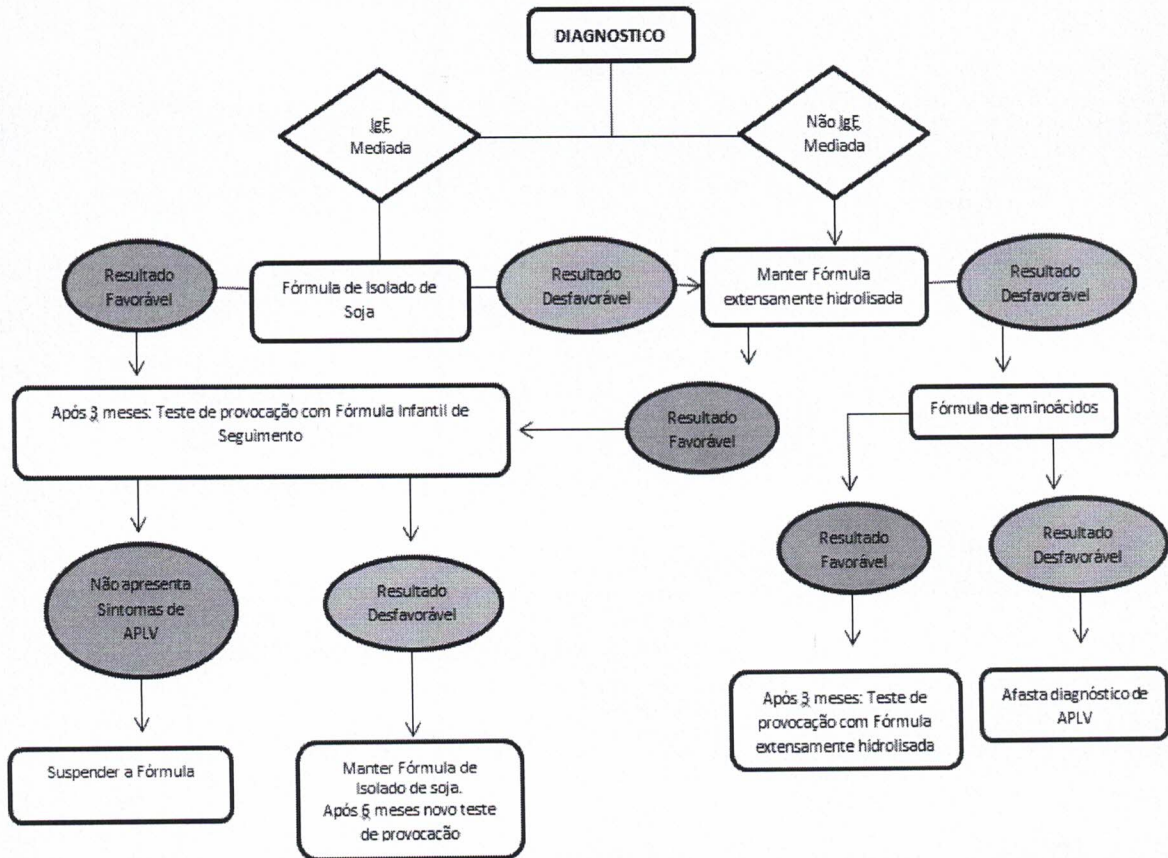
ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Algoritmo de APLV 2 /crianças de 6-12 meses



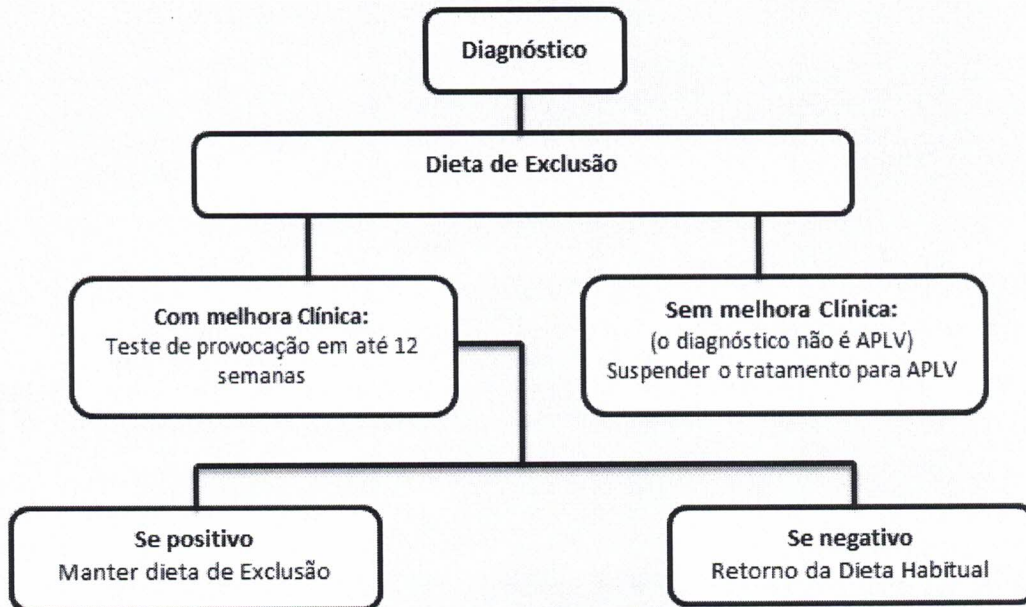


Algoritmo de APLV 3 / crianças maiores 12 meses





TRATAMENTO COMPLEMENTAR APLV





ALGUMAS CONDUTAS PRECONIZADAS

- I. Crianças em aleitamento materno: estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar a dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados.
- II. Crianças alimentadas com Fórmula à base de leite de vaca ou alimentadas com leite de vaca integral:
 - a) Crianças de 0 a 6 meses: Fórmula extensamente hidrolisada (Algoritmo 1);
 - b) Crianças de 6 a 12 meses: (Algoritmo 2)
 - Sem comprometimento intestinal: Fórmulas de proteína isolada de soja.
 - Com comprometimento intestinal: Fórmula extensamente hidrolisada.
 - c) Crianças com mais de 12 meses e menos de 24 meses:
 - Sem comprometimento intestinal e eutróficas: bebida a base de soja associada à refeição de sal.
 - Em situações de risco nutricional (definida como criança abaixo do percentil 10 de peso para a idade ou com descendente do traçado da curva de peso para a idade após três pesagens sucessivas): utilizar Fórmula de proteína isolada de soja em crianças sem comprometimento do trato digestivo, ou fórmula extensamente hidrolisada em crianças com envolvimento intestinal (Algoritmo 3).
 - d) Crianças maiores de 24 meses: orientar refeição e sal, não receberão fórmula específica para APLV.
- III. Após 12 semanas de tratamento com qualquer fórmula específica para o tratamento de APLV a criança que responder clinicamente deverá ser submetida a teste de provocação. Caso não desenvolva os sintomas de APLV, deverá ser orientada à dieta com a qual se obteve sucesso terapêutico.
- IV. A criança que, mesmo na vigência de fórmulas específicas para o tratamento de APLV, não responder favoravelmente em 12 semanas, será diagnosticada como não portadora de alergia ao leite de vaca e o tratamento será suspenso.
- V. **DA RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO:**
 - Deverá ser apresentada a Prescrição médica e do nutricionista atualizada em papel timbrado proveniente do serviço público de saúde devidamente preenchida com nome do paciente, data, descrição da patologia, indicação do CID e quantidade de Formulação necessárias (número de doses diárias ou posologia), constando o tipo de Formulação adequada.
 - Cópia do RG e CPF do responsável pelo pedido de renovação, quando o paciente for acamado ou menor, indicando grau de parentesco ou situação, se houver alteração do constante no pedido inicial; e
 - Comprovante de endereço atualizado do paciente (conta de água, luz, ou telefone fixo).



CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU INTERRUPTÃO DO TRATAMENTO

A suspensão ou alta do tratamento dar-se-á quando a criança:

- Apresentar melhora completa de sinais e sintomas relacionados à APLV;
- Negativar TPO ao longo da conduta adotada;
- Não apresentar TPO de monitoramento conforme protocolado; ou
- Completar vinte e quatro meses de idade.

Em caso de suspensão na prescrição de uso de fórmulas, deve-se orientar o responsável pela criança a devolver as fórmulas residuais que porventura não sejam utilizadas.

MONITORIZAÇÃO

Todas as crianças com APLV devem ser acompanhadas de acordo com a caderneta da criança na atenção básica. A cada três meses ou conforme a necessidade, deverá fazer o acompanhamento com pediatra e nutricionista.

O parecer do médico pediatra, alergologista ou gastroenterologista anexado o resultado do TPO, deve ser realizado conforme a necessidade e encaminhado ao serviço de regulação, que fornece as fórmulas nutricionais infantis especializadas, seguindo os fluxos estabelecidos neste PCDT, constantes nos apêndices.

REGULAÇÃO E CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

As crianças devem ser acompanhadas na Atenção Básica e em serviços especializados que ofereçam acompanhamento adequado e equipe multiprofissional, como nutricionista, pediatra, gastropediatra ou alergologista. Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão, a duração e a monitoração da conduta deste protocolo, inclusive adequação das fórmulas prescritas e fornecidas.

O TPO deve ser realizado em serviço especializado, disponível e regulado pelo gestor nas condições para seu funcionamento e para realização do TPO. O serviço deve possuir equipe multidisciplinar capacitada para a execução do mesmo, habilitada para o atendimento de reações graves com todos os recursos para o tratamento de emergência; com materiais para o preparo, identificação, conservação e administração da fórmula: seringas, recipientes, placebo, leite de vaca, fórmulas infantis para APLV, geladeira. A sala utilizada para a preparação das porções de alimento deve ser próxima ao local do TPO, devendo estar limpa e sem risco de contaminação cruzada com o alimento a ser testado.



**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

É obrigatória a informação ao responsável legal dos potenciais riscos e benefícios relacionados à realização do TPO. Assim, todas as crianças que se submeterem ao teste deverão ter Termo de Esclarecimento e Responsabilidade pelo seu responsável legal, conforme modelo proposto abaixo.

DA ALTERAÇÃO DE QUANTIDADE OU DO TIPO DE FORMULAÇÃO EM PÓ

Caso haja necessidade de alteração da quantidade ou da alteração do tipo de formulação para número menor ao fornecido em virtude da redução de uso, esta poderá ser solicitada na unidade em que o paciente faz a retirada do complemento, mediante requerimento assinado pelo Médico e Nutricionista responsável.

Os casos de alteração de quantidade para número maior ao fornecido dependerão da apresentação de nova prescrição médica e do nutricionista e deverão seguir o mesmo fluxo da renovação (será necessário comparecer a Unidade Básica de Saúde de referência, aguardar apreciação do processo e deferimento).

Situações de alteração do cuidador responsável pelo paciente, número de telefone de contato e endereço do paciente, bem como alteração de Unidade de Saúde de referência deverão ser atualizadas junto à unidade de dispensação, a qual preencherá o formulário específico e encaminhará à Secretaria da Saúde para atualização de cadastro.

DO DESLIGAMENTO DO PROGRAMA

O desligamento do Programa dar-se-á por:

- a) Uso indevido do Complemento alimentar;
- b) Não comparecimento para a retirada da Formulação por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias, implica na suspensão do benefício, salvo os casos devidamente justificados (ex: internação hospitalar);
- c) Ausência de renovação, após seis meses de atendimento.
- d) Alta médica; e/ou
- e) Óbito do usuário.

Caso haja necessidade de desligamento voluntário do programa, esta poderá ser solicitada na unidade em que o paciente faz a retirada do material, mediante requerimento assinado.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome Completo:		
Sexo () M () F	DN: ____/____/____	
CPF:	RG:	CNS:
Nome completo da Mãe:		
Responsável:		DN: ____/____/____
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:	Bairro:	CEP:78320-000
Município de Residência: JUÍNA	UF: MATO GROSSO	
Telefones:		
Email:		
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA		
Doença principal:		CID:
Outros Diagnósticos CIDs:		
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:		
<input type="checkbox"/> Afagia/Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou transito digestivo		<input type="checkbox"/> Síndrome de má digestão
<input type="checkbox"/> Afagia/Disfagia por doença neurológica moderada a grave		<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal		
Outro:		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Peso (kg): ____ Atual () Estimado () Estatura (cm): ____ Atual () Estimado () PC:		
IMC:		
Laudo Nutricional:		
VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL		
<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE + VO <input type="checkbox"/> TNE EXCLUSIVA <input type="checkbox"/> TNE + TPP		
Via de Acesso:		
Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia		
Descritivo da Fórmula Solicitada	Volume e fracionamento/Dia	Total/Mês
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
Nome do Estabelecimento:		CNES:
Nome do Profissional:		CRM/CRN:
CPF:	CNS:	
Data: ____/____/____.		



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura e Carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

Obs.: Casos de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) – Preencher a Folha 2

Folha 02

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS – LFN APVL

Alergia Alimentar Classificação

() IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Sem definição

Data do início do Quadro: ___/___/_____

Manifestações Cutâneas:

() urticária () prurido () angioedema () dermatite () Outros

Observações:

Manifestações Cutâneas:

() dor abdominal () diarreia () constipação () vômitos e náuseas () Refluxo

() distensão abdominal () sangue nas fezes () outros

Observações:

Manifestações Respiratórias:

() broncoespasmo () tosse () rinite () edema e laringe () outros

Observações:

IgE específica in vivo (PRICK TEST):

() alfa-lactoalbumina () alfa-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data: ___/___/_____

IgE específica in vitro (RAST):

() alfa-lactoalbumina () alfa-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data: ___/___/_____

Avaliação Gastrointestinal:

() Sangue Oculto () alfa-1-antritripsina fecal () relação albumina/globulina

Data: ___/___/_____

Anatomopatológico:

() estômago () esôfago () duodeno () reto

Data: ___/___/_____

Prova de Provocação Oral / Teste de desencadeamento:

() Sim, Data: ___/___/_____ () Não



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS
NUTRICIONAIS

(Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)

Data da primeira consulta: ____/____/____

A - Identificação do Paciente e Profissional

Nome do Paciente: _____ DN: _____

Nome do Profissional: _____ CNS: _____

Nome da Unidade de Saúde: _____

Nome da Fórmula: _____ Quantidade/mês: _____

B - Sinais e Sintomas Clínicos presentes:

	Idade Inicial	Tempo Latência	Duração	Frequência	Último Episódio	Tratamento recebido
--	---------------	----------------	---------	------------	-----------------	---------------------

Sintomas Cutâneos

() Urticária						
() Prurido						
() Rush						
() Angioedema						
() Dermatite						

Sintomas gastrintestinais

() Dor Abdominal cólica						
() Diarréia						
() Constipação Intestinal						
() Vômito/ Náuseas						
() Distensão Abdominal						
() Flatulência						
() Sangue nas Fezes						
() Refluxo						

Sintomas Respiratórios

() Broncoespasmo						
() Tosse						
() Prurido Orofaringe						
() Rinite e Coriza nasal						
() Edema de laringe						

Outros

() Anafilaxia						
() Cefaléia						



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<input type="checkbox"/> Edema Labial						
<input type="checkbox"/> Otite						
<input type="checkbox"/> Edema Ocular						

Tempo necessário entre a ingestão e o aparecimento dos sintomas:

Especifique os sintomas mais exacerbados:

C - Exames subsidiários realizados (mais recentes):

Tipo		Data	Resultado
Hipersensibilidade			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prik Test leite de Vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prik Test soja		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST leite de vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST alfa-lactoalbumina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST beta-lactoglobulina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST caseína		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST soja		
Avaliação gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue Oculto		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alfa-1-antitripsina fecal		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relação albumina/globulina		
Anatomopatológico			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estômago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Esôfago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Duodeno		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Reto		
Outros	Provocação		



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

D – Avaliação da Condição Nutricional	
a. Peso: _____ Kg	
b. Estatura: _____ cm	
c. Criança no percentil de peso/idade inferior a 10: () Sim () Não	
Caso SIM anote os últimos pesos e datas:	
1. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg	
2. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg	
3. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg	
4. Data: ____/____/____ Peso: _____ Kg	
E – Informações do Médico:	
Data: ____/____/____	CNS Médico Responsável:
Carimbo:	CNS Médico Responsável:
	Assinatura:
F – Conduta: (uso restrito da SMS)	
a. () No momento, não preenche critérios	
b. () Liberado para fornecimento de fórmula especial de _____ latas, por _____ meses:	
I- () Proteína de soja isolada	
II- () Fórmula extensamente isolada	
III- () Fórmula de aminoácidos	
c. Data do retorno: ____/____/____	
d. Previsão do teste de comprovação: ____/____/____	
Avaliador: _____	
Assinatura e Carimbo	



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL

Eu, _____ (nome do(a) responsável pelo(a) paciente), responsável pelo(a) paciente _____ (nome do paciente) declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e possíveis efeitos relacionados à realização do Teste de Provação Oral, indicado para o diagnóstico e tolerância da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV).

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo(a) médico(a) _____ (nome do(a) médico(a) que prescreve).

Declaro que estou ciente e que concordo em realizar o teste de provocação oral, que consiste em exposição gradual ao alimento suspeito de me causar alergia com a finalidade de comprovar definitivamente o diagnóstico, ou com a finalidade de comprovar que estou tolerante a este alimento. Fui informado que este teste é padrão ouro no diagnóstico definitivo de alergia ou tolerância, o que permitirá ao médico responsável orientar se devo ou não fazer restrição ao contato com o alimento. Desta forma, foi esclarecido que o resultado do teste de provocação oral permite programar o acompanhamento futuro em relação e está alergia específica. Fui informado que o teste de provocação oral é contraindicado para diagnóstico de alergia alimentar manifestada por anafilaxia (reação alérgica grave com múltiplos sintomas associados) e, nesta situação, o teste poderia ser recomendado apenas após 12 meses para avaliação de tolerância, conforme indicação do médico especialista.

Fui informado ainda que devo permanecer em observação na clínica pelo período de 1 hora após o término do teste. Fui informado que reações alérgicas são possíveis e podem incluir coceira na pele, nariz, olhos, ouvido, boca e garganta; placas vermelhas pelo corpo, tosse, chiado, aperto no peito, nariz entupido e coriza. Embora muito raramente aconteçam reações mais graves com falta de ar, pressão baixa e até choque, podem ser desencadeadas. Estas reações generalizadas, quando ocorrem, se iniciam dentro dos primeiros 30 minutos após o contato com a substância sendo controladas se estiverem sob supervisão e cuidados médicos.

Eu concordo em permanecer em observação por 1 hora após o teste de provocação oral e avisar imediatamente a equipe médica de qualquer sintoma que eu apresente.

Compreendi todos os riscos e as vantagens do teste de desencadeamento que realizarei e estou de acordo com todos os termos deste Consentimento Informado.

Comprometo a usar a fórmula conforme a orientação dada, e devolver em caso de não uso.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao tratamento de meu(minha) filho (a), desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Local:		Data:
Médico Responsável:	CRM:	UF:
Assinatura e Carimbo no Médico		
Data:		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar a realização do Teste de Provocação Oral para APLV e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada no prontuário, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DESCRIÇÕES DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS – Ver quais irão fornecer ou pretendem

Fórmulas nutricionais INFANTIS PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

DESCRIÇÃO	
1	Fórmula de Aminoácidos elementar e não alergênica, enriquecida com vitaminas, minerais e oligoelementos.
2	Fórmula semi-elementar, hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de origem animal, isenta de lactose, sacarose e glúten, enriquecida com vitaminas, minerais e oligoelementos.
3	Fórmula em pó composta de proteína isolada de soja, isenta de lactose, sacarose e glúten, suplementada com oligoelementos.
4	Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes.
5	Fórmula nutricionalmente completa e balanceada desenvolvida para crianças de 1 a 10 anos de idade, isenta de lactose e glúten.

Formulações nutricionais para ADOLESCENTES E ADULTOS

DESCRIÇÃO	
1	Fórmula líquida enteral/oral, polimérica, sem sacarose, isenta de lactose e glúten, hipercalórica, normo ou hiperproteica, com densidade calórica de 1,0 a 1,5 cal/ml.
2	Fórmula líquida enteral/oral, polimérica, sem sacarose, isenta de lactose e glúten, hipercalórica, normo ou hiperproteica, com densidade calórica de 1,0 a 1,5 cal/ml, com fibras.
3	Fórmula líquida enteral/oral, polimérica, sem sacarose, isenta de lactose e glúten, normocalórica, normo ou hiperproteica, com densidade calórica de 1,0 a 1,2 cal/ml.
4	Fórmula líquida enteral/oral, polimérica, sem sacarose, isenta de lactose e glúten, normocalórica, normo ou hiperproteica, com densidade calórica de 1,0 a 1,2 cal/ml com fibras.
5	Fórmula a base de soja em pó, sem lactose, sacarose e glúten, isenta de proteínas lácteas e suplementada com oligoelementos.

Suplemento e complementos nutricionais

DESCRIÇÃO	
1	Suplemento alimentar em pó ou líquido, sem lactose e glúten, hipercalórico para crianças a partir de 1 ano.
2	Suplemento alimentar em pó ou líquido, sem lactose e glúten, hipercalórico para adolescentes e adultos, com ou sem sacarose.
3	Módulo de carboidrato com 100% maltodextrina.
4	Módulo de fibras alimentares para nutrição enteral ou oral.
5	Espessante alimentar para preparações quentes ou frias.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO ENTREGA DE FORMULA NUTRICIONAL EM PÓ

Nome:	
Endereço:	
Bairro:	
Telefone:	
CPF:	RG:
Cartão SUS:	
Tipo de Formulação:	
a) FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE	
[] Fórmula Infantil de Seguimento para Lactentes de 0 a 6 Meses de Idade	
[] Fórmula Infantil de Seguimento para Lactentes a Partir de 6 Meses de Idade.	
b) FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA:	
[] Fórmula Infantil de Origem Vegetal a Base de Proteína Isolada De Soja, Isenta de Lactose e Sacarose.	
c) FÓRMULA POLIMÉRICA ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN	
[] Fórmula Infantil Especial, Isenta de Lactose, à Base de Leite de Vaca, Óleos Vegetais e Maltodextrina	
[] Alimento Nutricional Completo e Balanceado para Consumo Oral ou Enteral para Crianças de 1 A 10 Anos.	
d) FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO	
[] Suplemento Nutricional Composto Com Exclusivo Prebio1	
e) Outras:	
Dados do Responsável:	
CPF:	RG:
Cartão do SUS:	

Data Entrega	Assinatura (Nome Completo e legível)

Juína - MT.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ inscrito no
CPF _____ declaro ter conhecimento das obrigações que tenho de cumprir
para poder receber o item abaixo assinalado.

Tipo de Formulação:

a) FÓRMULA INFANTIL PARA 1º E 2º SEMESTRE

- Fórmula Infantil de Seguimento para Lactentes de 0 a 6 Meses de Idade
 Fórmula Infantil de Seguimento para Lactentes a Partir de 6 Meses de Idade.

b) FÓRMULA DE ISOLADO DE SOJA:

- Fórmula Infantil de Origem Vegetal a Base de Proteína Isolada De Soja, Isenta de Lactose e Sacarose.

c) FÓRMULA POLIMÉRICA ISENTA DE LACTOSE E GLÚTEN

- Fórmula Infantil Especial, Isenta de Lactose, à Base de Leite de Vaca, Óleos Vegetais e Maltodextrina
 Alimento Nutricional Completo e Balanceado para Consumo Oral ou Enteral para Crianças de 1 A 10 Anos.

d) FÓRMULA AUXILIAR PARA SISTEMA IMUNOLÓGICO

- Suplemento Nutricional Composto Com Exclusivo Prebio1

e) Outros:

Comprometo informar o setor de Serviço Social da Secretaria de Saúde, em caso de óbito ou não haver mais a necessidade do fornecimento do complemento alimentar para o paciente.

Declaro ainda que tenho ciência que o descumprimento do compromisso ora firmado, acarretará em prejuízo a outros paciente que necessitam dos complementos alimentares.

Juína - MT, ____/____/____.

Assinatura do paciente / representante
CPF:



**ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DO PACIENTE DO CADASTRO MUNICIPAL PARA RECEBIMENTO DE FORMULAS NUTRICIONAIS:

Eu,..... RG....., responsável pelo paciente, Cartão SUS n.º, requeiro sua exclusão do cadastro de pacientes beneficiados com o fornecimento de Formulação Nutricional, em virtude de

Juína - MT, ____/____/____

Assinatura do requerente



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOCIAL PARA PERFIL DE USUÁRIOS DE COMPLEMENTO ALIMENTAR.

Nome: _____

CNS: _____ RG: _____ CPF: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CID da doença: _____, _____, _____.

Quantas pessoas residem no domicílio? _____.

Renda familiar: (Salário) (Auxílio Doença) (Aposentadoria) (Pensionista) (BPC).

Nome: _____ Tipo de Provimento: _____.

Escolaridade: _____.

Nome: _____ Tipo de Provimento: _____.

Escolaridade: _____.

Nome: _____ Tipo de Provimento: _____.

Escolaridade: _____.

Nome: _____ Tipo de Provimento: _____.

Escolaridade: _____.

Nome: _____ Tipo de Provimento: _____.

Escolaridade: _____.

Total de rendimentos mensal da família: _____.

Renda familiar individual: _____.

Tipo de imóvel:

Casa () Apartamento () Outros (): _____.

Próprio () Alugado () Cedido () Outros: _____.

Carimbo e Assinatura
Assistente social CRESS/MT nº