

PORTARIA Nº 001/2017

ESTABELECE A CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS INDUSTRIALIZADA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ALLAN FABRÍCIO CARNEIRO DE SOUZA, Secretário Municipal de Saúde, em exercício, no uso de suas atribuições legais, de acordo com a delegação da Exma. Senhora Prefeita, presente no Decreto Nº 6.614/2017, de 18 de Agosto de 2017;

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

CONSIDERANDO a Instrução Normativa, 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 São Lourenço;

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

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 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 – UBS;

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 pela Comissão Permanente de Controle, Avaliação e Prevenção a Judicialização da Saúde na reunião do dia 27 de Novembro de 2017;

RESOLVE

Art. 1º – Aprovar a criação e implantação do Programa de 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 Programa.

Art. 2º – Para garantir o acesso a este **PROGRAMA**, os Usuários do SUS deverão obedecer as Normas e Critérios estabelecidos no Programa.

Art. 3º – Após a assinatura desta Portaria, os usuários que possuem indicação para uso de “Fórmulas Nutricionais Especiais Industrializadas”, ou mesmo aqueles que já estão cadastrados pelo Município para recebimento das “Fórmulas Nutricionais Especiais”, deverão procurar a unidade responsável para providenciar o cadastramento e/ou recadastramento.

Parágrafo 1º – O processo para aquisição das fórmulas nutricionais será elaborado pelos médicos responsáveis pelas UBS de São Lourenço em parceria com o serviço de nutrição municipal, conforme Instrução Normativa formulários I, II, III e IV que fazem parte desta Portaria.

Parágrafo 2º – A renovação ocorrerá trimestralmente e são critérios indispensáveis, a receita médica atualizada e o laudo para a Dispensação de Fórmula Nutricional com a justificativa e CID da doença e, quando for criança, juntar o peso e estatura da mesma.

Parágrafo 3º – A não renovação, implicará na suspensão imediata do fornecimento das Fórmulas Nutricionais.

Art. 4º – A entrega das Fórmulas Nutricionais serão realizadas pelo Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde, de segunda a sexta feira, das 08:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 16:00 horas, na rua Madame Schmidt nº 46, bairro Nossa Senhora de Fátima.

Parágrafo 1º – Para o primeiro fornecimento, necessária apresentação do Processo conforme art.3º, parágrafo 2º, desta Portaria e dos documentos pessoais do usuário e/ou seu responsável.

Art. 5º – Será dada prioridade na dispensa aos usuários que se enquadram nos parâmetros do Bolsa Família.

Art. 6º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

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

Prefeitura Municipal de São Lourenço, 28 de Novembro de 2017.

ALLAN FABRÍCIO CARNEIRO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I

INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS

Prefeita Municipal

Célia Shiguematsu Cavalcanti Freitas Lima

Secretário Municipal de Saúde

Allan Fabrício Carneiro de Souza

Nutricionista Responsável

Marcus Vinícius da Silva

OBJETIVO DO PROTOCOLO

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

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

Esta instrução normativa tem como objetivo definir diretrizes para a dispensação de fórmulas nutricionais especiais disponibilizadas pela Secretaria de Saúde de São Lourenço, 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 nas Unidade Básicas de Saúde (UBS);
- 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.

DEFINIÇÕES

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.

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).

TERAPIA NUTRICIONAL:

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

LEGISLAÇÃO

Esta Instrução Normativa visa garantir o acesso através do Sistema Único de Saúde (SUS), a todos os pacientes que necessitem do programa de suplementação alimentar, 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. 80 , 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.*

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 a 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”.

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, como exemplo do que já ocorre em alguns municípios como Aracaju e Curitiba”.

INTRODUÇÃO

O alimento constitui-se de um elemento essencial à vida humana. Sem o acesso a uma alimentação adequada tanto em quantidade como qualidade, 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 e, deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como sendo “a ingestão de alimentos considerando as necessidades alimentares”. A alimentação, bem como a nutrição, constitui requisitos básicos para a 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).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas, e o profissional de saúde tem papel fundamental na reversão desse quadro. Mas, para isso, ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a.

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informa-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Apesar de a maioria dos profissionais de saúde considerar-se favorável ao aleitamento materno, muitas mulheres se mostram insatisfeitas com o tipo de apoio recebido. Isso pode ser devido às discrepâncias entre percepções do que é apoio na amamentação. As mães que estão amamentando querem suporte ativo (inclusive emocional), bem como informações precisas, para se sentirem confiantes, mas o suporte oferecido pelos profissionais costuma ser mais passivo e reativo. Se o profissional de saúde realmente quer apoiar o aleitamento materno, ele precisa entender que tipo de apoio, informação e interação as mães desejam, precisam ou esperam dele.

É muito importante conhecer e utilizar as definições de **aleitamento materno** adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões) e sucos de frutas.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente (KENNEDY, 2005).

A OMS, endossada pelo Ministério da Saúde do Brasil, recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a **introdução precoce de outros alimentos** está associada a:

- Maior número de episódios de diarreia;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Menor eficácia da amamentação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno.

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500 ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O declínio da mortalidade infantil no Brasil é resultado de um conjunto de fatores, em especial o aumento das taxas de amamentação, visto que, em todo mundo, o aleitamento materno reduz em até 13% as mortes de crianças menores de 5 anos por causa evitáveis. Vários são os argumentos que favorecem a prática da amamentação, ressaltando-se que as crianças com menor nível socioeconômico são as mais vulneráveis e que o leite materno, além de proteger contra várias infecções, apresenta benefícios em longo prazo ao que se refere à diminuição dos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas decorrentes da alimentação inadequada, como a diabetes *mellitus* tipo I, estimando-se que, nesse último caso, 30% das ocorrências poderiam ser prevenidas, se 90% das crianças até 3 meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994 *apud* BRASIL, 2009).

Já está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno:

- Evita mortes infantis;
- Evita diarreia;
- Evita infecção respiratória;
- Diminui o risco de alergias;
- Diminui o risco de Hipertensão, Colesterol alto e Diabetes;
- Reduz a chance de Obesidade;
- Melhor nutrição;
- Efeito positivo na inteligência;
- Melhor desenvolvimento da cavidade bucal;
- Proteção contra câncer de mama;
- Evita nova gravidez;
- Menores custos financeiros;
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho;
- Melhor qualidade de vida.

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contra-indicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Como essas informações sofrem frequentes atualizações, recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrizes o profissional de saúde consulte o manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias” (BRASIL, 2010b).

Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) (BRASIL, 2006), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.
- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Consumo de drogas de abuso: a Academia Americana de Pediatria (contra indica o uso durante o período da lactação das drogas de abuso – anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina. A Organização Mundial da Saúde considera que o uso de anfetaminas, *ecstasy*, cocaína, maconha e opióides não são contra indicadas durante a amamentação. Contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação. Drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, também devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente (BRASIL, 2010b).

Lactentes que não devem receber leite materno nem qualquer outro leite, exceto fórmulas especiais:

- Lactentes com galactosemia clássica: é necessário uma fórmula especial isenta de galactose.
- Lactentes com doença da urina de xarope do bordo: é necessário uma fórmula especial livre de leucina, isoleucina ou valina.
- Lactentes com fenilcetonúria: é necessário uma fórmula especial isenta de fenilalanina (alguma amamentação é possível, sob monitoramento cuidadoso).

Lactentes para os quais o leite materno é a melhor opção de alimento, mas que podem necessitar de complementação com outro leite por um período limitado:

- Lactentes nascidos com menos de 1500g (muito baixo peso ao nascer);
- Lactentes nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional (muito prematuros);
- Lactentes com risco de hipoglicemia em virtude de adaptação metabólica comprometida ou demanda aumentada de glicose, como são os pré-termos, pequenos para idade gestacional ou que tenham experimentado significativo estresse com hipóxia e isquemia intra parto, aqueles que estão doentes e cujas mães são diabéticas e se sua glicemia não melhorou com a amamentação ou com leite materno.

O aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos ou mais. A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos complementares, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê. Assim, a alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.

Por volta dos seis meses de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação. Além disso, a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta. Assim, além de complementar as necessidades nutricionais, a introdução de alimentos, em idade oportuna, aproxima progressivamente a criança dos hábitos alimentares da família e/ou cuidador e proporciona uma adaptação do bebê a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas e texturas.

A partir dos seis meses de idade, a alimentação tem a função de complementar a energia e outros nutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças. Sendo assim, justifica-se a diminuição da oferta de leite às crianças. As situações mais comuns relacionadas à alimentação complementar oferecida de forma inadequada são: anemia, deficiência de vitamina A, outras deficiências de micronutrientes, excesso de peso e desnutrição. Após os 6 meses a criança amamentada deve receber três refeições ao dia (duas papas de fruta e uma papa salgada/comida de panela). Após completar sete meses de vida, respeitando-se a evolução da criança, a segunda papa salgada/comida de panela pode ser introduzida (arroz, feijão, carne, legumes e verduras). Entre os seis aos 12 meses de vida, a criança necessita se adaptar aos novos alimentos, cujos sabores, texturas e consistências são muito diferentes do leite materno. Com 12 meses a criança já deve receber, no mínimo, cinco refeições ao dia.

• **Fórmulas Infantis**

As fórmulas infantis para lactentes correspondem a leites industrializados indicados para lactentes que não estão em aleitamento materno. A grande maioria das fórmulas existentes no comércio é elaborada a base de leite de vaca e seguem as recomendações do “*Codex Alimentarius 4*”. No entanto, apesar de sua adaptação com relação ao carboidrato, proteínas e vitamina, os fatores anti-infecciosos e bioativos encontrados no leite materno não são encontrados nas fórmulas infantis.

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas infantis para lactentes e as de seis a doze meses com fórmulas de seguimento para lactentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008). Apesar de proporcionar o conteúdo nutricional necessário, as fórmulas não são estéreis e estão sujeita às mesmas preocupações de segurança, como cuidados com a higiene na preparação e abastecimento de água potável. Esses cuidados devem ser ainda maiores nos primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

* Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação complementar para crianças amamentadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

• **Alergias e intolerâncias alimentares**

As reações adversas aos alimentos podem ser causadas por mecanismos imunológicos (alergia ou hipersensibilidade alimentar) ou não imunológicos. As reações não imunológicas não são consideradas manifestações clínicas de alergia alimentar.

A hipersensibilidade alimentar é definida como uma reação clínica adversa reproduzível após a ingestão de proteínas alimentares, mediada por resposta imunológica anormal. As reações de hipersensibilidade podem ser mediadas ou não pela IgE (reação imediata). Assim, hipersensibilidade ou alergia alimentar caracteriza-se por reações adversas após a ingestão de alimentos, resultantes de uma resposta imunológica anormal ou exagerada à(s) proteína(s) presente(s) nesses alimentos (SAMPSON, 2004).

Cerca de 90% das reações alérgicas são causadas por oito principais alimentos: leite de vaca, ovo, amendoim, nozes, soja, trigo, peixes e crustáceos.

O diagnóstico da alergia alimentar pode ser difícil, pois muitas vezes, as intolerâncias alimentares são classificadas de forma incorreta como alergias alimentares (NATIONAL INSTITUTE FOR ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASE, 2010). A Alergia a Proteínas do Leite de Vaca (APLV) é o tipo de alergia alimentar mais comum nas crianças

até vinte e quatro meses e é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína (proteína do coalho) e às proteínas do soro (alfalactoalbumina e beta-lactoglobulina). É muito raro o seu diagnóstico em indivíduos acima desta idade, visto que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca.

Dados internacionais mostram que em crianças a prevalência é de 2% a 3% de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), 1% a 2% ao ovo e 0,3% ao amendoim (HUSBY, 2008). Nos dois primeiros anos de vida a APLV é a alergia alimentar mais frequente em crianças que já recebem alguma fórmula infantil ou leite de vaca integral, tendo em vista que geralmente sua introdução é precoce. Cabe destacar que o leite materno não desencadeia alergia (BOYCE et al., 2010; FIOCCHI et al., 2010).

O diagnóstico de alergia alimentar é realizado por meio de investigação clínica minuciosa e o profissional de saúde deve verificar vários aspectos relacionados aos sinais e sintomas, como: frequência, reprodutibilidade e época da última reação, tempo entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas, 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, ingestão de fórmula à base de leite de vaca na maternidade, outros alimentos consumidos e tratamentos dietéticos anteriores (dietas já realizadas), dentre outros (FIOCCHI et al., 2010; ASBAI; SBAN, 2012).

Para a confirmação diagnóstica, é necessário:

- 1) avaliação da história clínica;
- 2) desaparecimento dos sintomas com dieta de exclusão do alérgeno;
- 3) reaparecimento dos sintomas ao realizar o teste de provocação oral (TPO).

O TPO em alergia alimentar representa uma ferramenta extremamente útil não só para o diagnóstico da doença, mas também para averiguar a tolerância ao alimento.

A alergia alimentar ou alergia à proteína heteróloga pode ser desenvolvida por qualquer proteína introduzida na dieta habitual da criança. A mais frequente é a que ocorre com a ingestão de proteína do leite de vaca, pelo seu alto poder alergênico e pela precocidade de uso por crianças não amamentadas ou em aleitamento misto (leite materno e outro leite). O desenvolvimento da alergia alimentar depende de diversos fatores, incluindo a hereditariedade, a exposição às proteínas alergênicas da dieta, a quantidade ingerida, a frequência, a idade da criança exposta e, ainda, o desenvolvimento da tolerância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

A amamentação é bastante eficiente na prevenção das alergias em geral, incluindo alergias alimentares, alergia ao leite de vaca, prevenção da doença celíaca, e também para o desenvolvimento da tolerância oral aos alimentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008; OLIVES, 2010). Assim, é recomendado que a introdução de alimentos seja acompanhada da manutenção do aleitamento materno, uma vez que o leite materno tem efeito protetor sobre a mucosa gastrointestinal, diminuindo a permeabilidade intestinal e a prevalência de gastroenterites agudas (OLIVES, 2010; SHAMIR, 2012).

PROTEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO

Além das ações de promoção e apoio à amamentação, importantes medidas foram criadas com o intuito de proteger legalmente o aleitamento materno, como a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Crianças de Primeira infância (NBCAL), tentando garantir a segurança alimentar como um direito humano, apoiando as políticas públicas no sentido de minimizar o marketing abusivo e as pressões das indústrias de grande porte sob as instituições que prestam serviços ao binômio mãe-bebê, tanto em nível público como privado. Baseada no Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, a NBCAL teve sua primeira versão publicada como Resolução do Conselho Nacional de Saúde em 1988. Em 1992 a publicação da Portaria Ministerial nº 2.051 e novamente em 2001/2002 as Resoluções nº 221 e nº 222. Além disso, foi publicada no dia 4 de janeiro de 2006, a lei nº 11.265 que regulamenta a comercialização de alimento para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura correspondentes. Dentre os principais pontos do Código, estão a **proibição da promoção de substitutos do leite materno** em unidade de saúde e da doação de suprimentos, gratuitos ou subsidiados, de substitutos do leite materno ou outros produtos, em qualquer parte do sistema de saúde. A NBCAL é uma das ações prioritárias do Ministério da Saúde que visam à proteção do aleitamento materno.

FÓRMULA INFANTIL PARA O 1º E 2º SEMESTRE

Indicações terapêuticas para uso de fórmula infantil para os primeiros 12 meses:

- 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;
- 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);
- 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);
- Crianças com alimentação através de sonda;
- Doença materna que contra indique a amamentação (comprovada através de relatório médico) malformações e neoplasia de mama, doença psiquiátrica grave e utilização de medicamentos que contra indiquem a amamentação segundo recomendações do Ministério da Saúde;
- Infecção materna por HIV;
- Óbito materno;
- Crianças que não apresentam ganho de peso adequado para idade apenas com o consumo de leite materno, encontrando-se abaixo do percentil 3 de acordo com a curva de acompanhamento do crescimento infantil de peso para idade da Organização Mundial da Saúde (OMS) com recomendação de médico e o nutricionista (OMS, 2007);
- Criança com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção de nutrientes.

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.

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

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.

- 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);
- Crianças com intolerância à lactose, sem resposta a fórmula de isolado de soja;
- Crianças com APLV IgE mediada, sem resposta a fórmula de isolado de soja;
- Crianças com APLV IgE não mediada;
- Crianças com alergia à proteína de soja.

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.

- Crianças de 0 a 24 meses com APLV ou alergia à proteína de soja, conforme indicadores específicos constantes abaixo, neste Protocolo.

FÓRMULA INFANTIL NUTRICIONALMENTE COMPLETA PARA CRIANÇAS 1-10 ANOS

- 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.
- 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).
- 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).
- Crianças com alimentação através de sonda.

PROTOCOLO DE ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA

DEFINIÇÃO

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.

*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 laríngeo 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.

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 especialista.

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

- Critérios Laboratoriais : 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 que conduz o caso e da conveniência, aceitabilidade e segurança que o teste trazer para a criança a ser testada.

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 médicos cientes) ou fechado (simples cego - apenas o médico 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.

Provas específicas:

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

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.

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 e os exames complementares auxiliarão no diagnóstico.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS

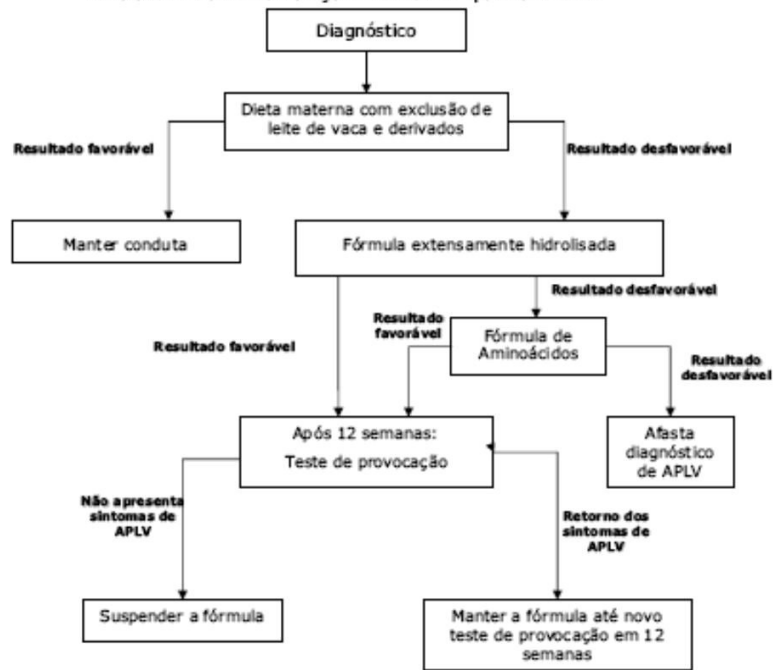
- Persistência de sinais e sintomas de APLV com uso de fórmulas extensamente hidrolisadas;

- Síndrome de má absorção com comprometimento significativo do estado nutricional, devido a utilização de fórmulas inadequadas;
- Anafilaxia com leite de vaca, comprovada por testes *in vivo* e/ou *in vitro* IgE específica e com reações graves;
- Esofagite e gastroenterite eosinofílica em paciente com alergia alimentar comprovada por exames complementares.

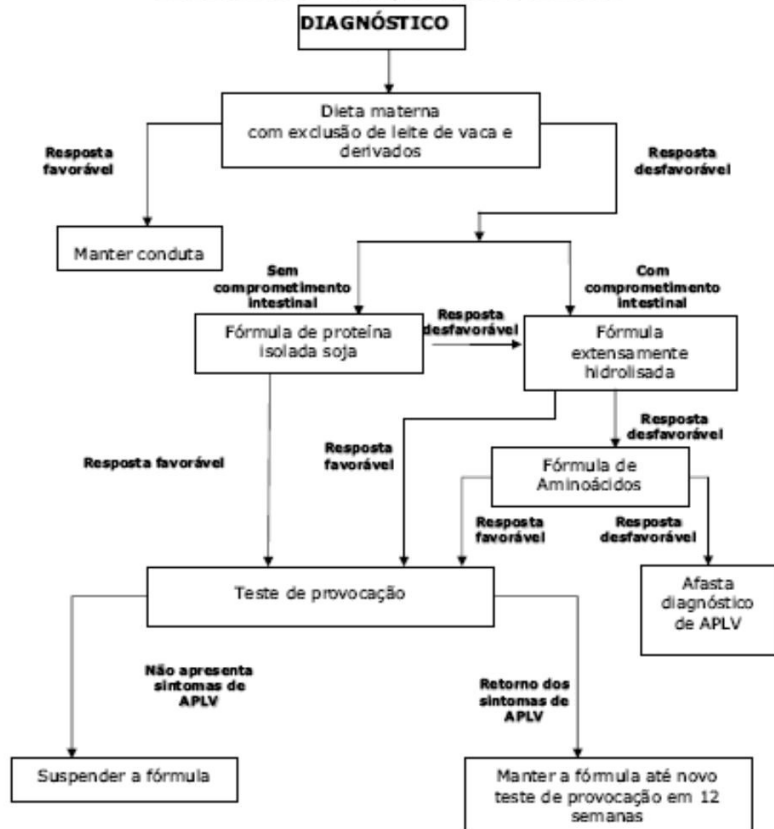
Observação: nos casos em que o prescritor julgar necessário a indicação de fórmula não alergênica, antes de prescrever outras fórmulas deverá anexar laudo que justifique esta indicação.

ALGORITMIO DE APLV / CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES

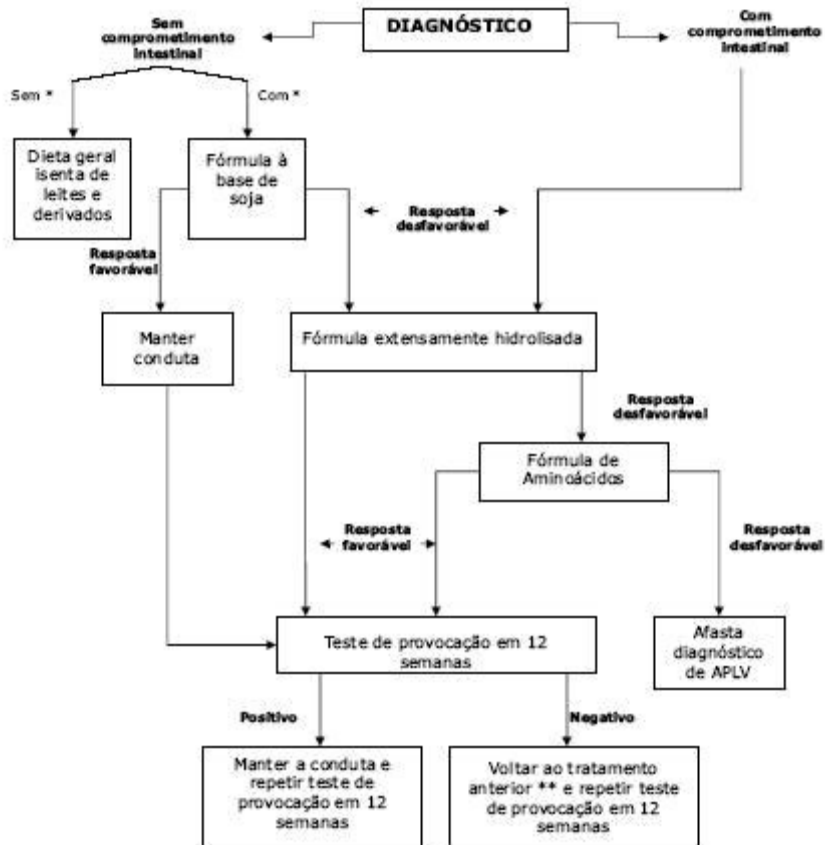
ALGORITMO 1 – Crianças menores que 6 meses



ALGORITMO 2 – Crianças entre 6 e 12 meses



ALGORITMO 3 - Crianças entre 12 e 24 meses



* = Desnutrição ou Percentil <10 ou desaceleração do crescimento nas últimas 3 avaliações

** = Tratamento anterior: último tratamento em que ocorreu sucesso terapêutico

A Terapia Nutricional visa o fornecimento de fórmula artificial por meio de sonda ou ostomias a fim de suprir as necessidades diárias de um paciente, considerando-se o tratamento específico de sua doença, sendo indicada quando a ingestão oral é insuficiente para manter o estado nutricional.

A Terapia nutricional está definida na Resolução RDC nº 63, de julho de 2000, e trata-se de um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição parenteral ou enteral.

Por definição, enteral significa “dentro ou através do trato gastrointestinal” (MANHAN; ESCOTTSTUMP, 2005 apud ZEGHBI, 2013). Considera-se que o trato gastrointestinal seja mais fisiológico e metabolicamente mais efetivo do que a via parenteral (intravenosa) para a utilização de nutrientes, sendo então a via enteral configurada como a primeira opção de tratamento.

Uma das mais abrangentes definições da Terapia Nutricional Enteral foi proposta pelo regulamento técnico para a terapia nutricional enteral, a resolução RDC nº 63, 2000:

Alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por 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.

Indica-se a terapia nutricional enteral em duas situações básicas, primeiramente sob a circunstância de risco de desnutrição, ou seja, quando a ingestão oral é impossível ou insuficiente às necessidades nutricionais diárias e a segunda é quando o trato digestivo estiver total ou parcialmente funcional, em situações clínicas em que o tubo digestivo esteja íntegro, porém o paciente se recusa a se alimentar, não pode ou não deve ingerir alimentos por via oral (WAITZBERG, 2000 apud ZEGHI, 2013).

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

Seguem abaixo as indicações e condições que frequentemente requerem suporte nutricional por sonda para adultos e crianças:

INDICAÇÕES (ADULTO):

- Pré e pós-operatórios (quando indicado por médico e nutricionista);
- Câncer de orofaringe, gastrointestinal, esofágico ou estenose esofágica;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Lesão de face e mandíbula;
- Coma ou estado de delírio;
- Doenças degenerativas cerebrais;
- Tumores cerebrais;
- Doença inflamatória intestinal;
- Fístulas digestivas de baixo débito;
- Síndrome do intestino curto;
- Tumores cabeça/pescoço;
- Anorexia severa e/ou nervosa (doenças psiquiátricas);
- Disfagia severa;
- Obstrução ou disfunção da orofaringe e esôfago;
- Acidente vascular cerebral;
- Esclerose Múltipla;
- Esclerose lateral amiotrófica;
- Sepses/Coma.

Indicações condicionais:

- AIDS/Grande Trauma;
- Radioterapia (Em câncer de pulmão, cabeça-pescoço e linfomas);
- Quimioterapia (Em câncer de pulmão, mama, cólon, ovário e testículo);
- Disfunção renal e hepática severa (insuficiência hepática, encefalopatia hepática, insuficiência renal crônica ou aguda).

FONTE: Martins; Cardoso *apud* Zeghbi.

INDICAÇÕES (PEDIATRIA):

- Doença de boca, faringe, esôfago, estômago, dificuldade de sucção e deglutição;
- Anomalias esofágica (atresia de esôfago, fístula traqueoesofágica, refluxo gastroesofágico em casos que não respondem ao tratamento habitual);
- Hipermetabolismo (Queimaduras, Sepses, Trauma múltiplo, Tétano);
- Ingestão oral inadequada (menos de 60% das necessidades nutricionais);
- Deficiência de crescimento e desenvolvimento;
- Pacientes neurológicos: coma, paralisia cerebral;
- Fibrosa Cística;
- Insuficiência renal ou hepática;
- Doença cardíaca congênita;
- Doença de Crohn;
- Síndrome de intestino curto;
- Doença hepática crônica;
- Anorexia e perda de peso;
- Pancreatite;
- Suporte à radioterapia e à quimioterapia.

FONTE: Filho (1994) Martins; Cardoso *apud* Zeghb.

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

ACESSOS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Via Nasogástrica: insere-se uma sonda através do nariz de forma que chegue ao estômago, apropriada para períodos de nutrição enteral de curta duração, 3 a 4 semanas. Indicada para pacientes sem risco de broncoaspiração, com esvaziamento normal do conteúdo gástrico e duodenal.

Via Nasoduodenal/Nasojejunal: nesse caso as sondas nasoenterais são colocadas após o piloro. Deste modo, estas são apropriadas para suporte nutricional enteral de curta duração, 3 a 4 semanas. Indicada para pacientes com risco de broncoaspiração, pacientes com gastroparesia ou esvaziamento gástrico anormal (estase gástrica), náuseas e vômitos refratários.

Via Gastrostomia: podem ser gastrostomia endoscópica percutânea, gastrostomia por via radiológica, gastrostomia videolaparoscópica e gastrostomia cirúrgica aberta. Nestes casos a sonda é posicionada diretamente no estômago através da parede abdominal. São indicados para pacientes com previsão de alimentação via sonda por período superior a 4 semanas. Não pode ter risco de broncoaspiração e o esvaziamento do conteúdo gástrico e duodenal devem estar normais.

Via Jejunostomia: similar a gastrostomia, a sonda é posicionada diretamente no jejuno através da parede abdominal. É indicada para pacientes com previsão de alimentação via sonda por um período maior que 4 semanas, com alto risco de aspiração pulmonar, inabilidade de utilizar a parte superior do trato gastrointestinal, presença de gastroparesia ou esvaziamento gástrico deficiente, náuseas e vômitos refratários.

FLUXO PARA ABERTURA DO PROTOCOLO

INCLUSÃO

Serão incluídos no Protocolo de Dispensação de Fórmulas Nutricionais Especiais os usuários provenientes de Serviços Públicos Municipais de Saúde de São Sebastião do Paraíso, deverão procurar a Unidade de Saúde da Família (USF) ou o Pediatra e/ou Nutricionista de referência do município, caso sejam moradores de zona rural, para acompanhamento.

A mãe deverá apresentar cartão de pré-natal constando orientações sobre o aleitamento materno feitas na USF, assim como consulta de puerpério e acompanhamento através de consultas de puericultura, comprovando que a mãe recebeu e está recebendo informações sobre a importância do aleitamento materno e sendo estimulada a amamentar a sua criança. Tais informações poderão ser feitas diretamente no cartão de pré-natal e no cartão da criança, ou através de relatório pelo profissional do SUS.

A solicitação inicial deverá ser feita pelo médico da USF, após avaliação e diagnóstico médico, sendo preenchido corretamente o Laudo para solicitação de Fórmulas Nutricionais, conforme anexo neste protocolo.

O médico da USF de referência do usuário deverá realizar a reavaliação no prazo máximo de 90 (noventa) dias, com o objetivo de definir a necessidade de continuidade ou suspensão do fornecimento de fórmula nutricional especial

PRESCRIÇÃO

As prescrições de alimentos para dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis deverão ser realizadas por médicos e nutricionistas por intermédio do SUS, sendo que terão 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data de sua emissão.

Deverá ser válida pelo período máximo de 3 (três) meses, podendo ser renovada conforme avaliação médica e/ou nutricional do usuário, observando-se os critérios técnicos-científicos vigentes e estando o mesmo vinculado aos protocolos dos programas e ações de atenção básica estabelecidos no âmbito do SUS:

- Alimentos padronizados para nutrição enteral;
- Alimentos padronizados para suplementação de nutrição enteral;
- Alimentos padronizados para situações metabólicas especiais;
- Fórmulas infantis padronizadas.

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

Pacientes em uso de fórmula de partida:

Serão atendidos pelo programa pacientes menores de seis (06) meses que:

1) Impossibilitados de receber aleitamento materno em uso de medicamentos que contra-indicam a amamentação, como no caso de quimioterapia e mães portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);

2) Óbito materno;

3) Crianças que não apresentam ganho de peso adequado para idade apenas com o consumo de leite materno, encontrando-se abaixo do percentil 3 de acordo com a curva de acompanhamento do crescimento infantil de peso para idade da Organização Mundial da Saúde (OMS) com recomendação de médico ou nutricionista (OMS, 2007);

4) Criança com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção de nutrientes;

5) Pacientes em uso de nutrição enteral como forma exclusiva de alimentação.

Posto isto, faz-se importante ressaltar que a liberação de dietas de partida terá o total máximo de 8 latas de 400 gramas/criança/mês até o quarto mês de idade da mesma, sendo a partir deste período liberado o máximo de 4 latas de 400 gramas/criança/mês até o sexto mês de idade, uma vez que a partir desta idade e em virtude das condições preconizadas pelo Ministério da Saúde, inserem-se as refeições lácteas complementares à alimentação convencional, somente de 2 a 3 vezes no dia. Excetuam-se dessa condição, as crianças que apresentem distúrbios nutricionais e de desenvolvimento, dependendo da patologia e gravidade da doença, considerados como risco a saúde, indicados pelo médico e/ou nutricionista.

Pacientes em uso de fórmula de seguimento:

Serão atendidos pelo programa pacientes de 6 meses até 12 meses considerando:

1) Crianças com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção de nutrientes;

2) Crianças que não apresentam ganho de peso adequado para a idade, encontrando-se abaixo do percentil 3 de acordo com a curva de acompanhamento do crescimento infantil de peso para idade da OMS com recomendação de médico e nutricionista;

3) Pacientes em uso de nutrição enteral como forma exclusiva de alimentação.

OBS.: A liberação de dieta de seguimento será de no máximo 6 latas de 400 gramas/criança/mês dependendo da patologia e gravidade do caso da criança.

Pacientes em uso de fórmulas alimentares para portadores de alergia à proteína do leite de vaca:

Conduta preconizada de acordo com a faixa etária.

1. Crianças em aleitamento materno: estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados

2. Crianças alimentadas com fórmula à base de leite de vaca ou alimentadas com leite de vaca integral:

2.1. Criança de 0 a 6 meses: fórmula extensamente hidrolisada;

2.2. Crianças de 6 meses a 12 meses fórmula a base de soja.

- *Sem comprometimento intestinal: fórmula de proteína isolada de soja.*

2.3. Crianças com mais de 12 meses e menos de 24 meses:

- *Sem comprometimento intestinal e eutróficas: bebida à base de soja associada à refeição de sal.*

- *Com comprometimento intestinal e baixo peso: fórmula extensamente hidrolisada.*

2.4. Crianças maiores de 24 meses: orientar quanto a refeição com sal, sendo que não receberão fórmulas específicas para APLV.

Após 12 semanas de tratamento com fórmula específica para tratamento da APLV a criança que responder clinicamente deverá ser submetida ao teste de provocação. Caso não desenvolva os sintomas de APLV, deverá ser orientada à dieta com a qual se obteve sucesso terapêutico. 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.

São fornecidos para crianças com idade de 0 a 10 anos, que se enquadrarem nos critérios listados:

1) Crianças com patologias que comprometem o estado nutricional, tais como: Distúrbios neurológicos, desnutrição, câncer, síndrome de origem genética, disfagia, erros inatos do metabolismo, cirurgias, trauma, transplante de órgãos, queimaduras;

2) Criança que utilizam outra via alimentar, como por exemplo, a sonda.

3) Criança com diagnóstico de desnutrição, de acordo a classificação da Organização Mundial de Saúde (abaixo do percentil 3), em que a alimentação oral seja insuficiente para atingir as necessidades nutricionais, mesmo tendo sido feitas tentativas de uso de suplementação caseira sem resultado satisfatório.

OBS.: Serão atendidas com no mínimo 50% das necessidades energéticas do paciente, considerando a prescrição, o grau de gravidade e patologia.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

O programa destina-se exclusivamente aos moradores do município de São Lourenço e para o recebimento dos produtos é necessário estar nos critérios de inclusão, realizar o cadastro do usuário, mantendo toda documentação necessária atualizada, bem como a prescrição médica e os exames comprobatórios.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO E RENOVAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

- Identidade dos responsáveis (cópia);
- Comprovante de endereço atual (cópia);
- Certidão de nascimento da criança (cópia);
- Cartão SUS da criança (cópia);
- CPF do usuário e/ou responsável (cópia);
- Laudo médico para Dispensação de Fórmulas Nutricionais (com diagnóstico, histórico detalhado, quadro clínico atual, previsão do tempo de uso da fórmula e se faz uso de outra alimentação), a ser renovado trimestralmente;
- Prescrição (receita) com a quantidade de fórmula necessária para 01 mês, a ser renovada pelo médico e/ou nutricionista da USF, pediatra ou nutricionista de referência do SUS (para moradores de zona rural);
- Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, a ser preenchido pelo médico e nutricionista responsável);
- Exame comprobatório da necessidade do uso da fórmula prescrita (crianças acima de 6 meses);
- Caderneta de saúde da criança (cópia da página principal e do gráfico de crescimento devidamente preenchido);
- A renovação ocorre trimestralmente e são necessários: receita médica atualizada e o Laudo médico para Dispensação de Fórmulas Nutricionais com justificativa e CID da doença; juntamente com peso e estatura da criança, encaminhados para o setor de nutrição;

SETOR DE NUTRIÇÃO

O pedido é encaminhado ao Setor de Nutrição, onde o nutricionista responsável fará a análise do processo, verificando se o mesmo encontra-se completo, analisando se o caso se enquadra nos critérios para fornecimento da fórmula alimentar industrializada solicitada, de acordo com os protocolos do programa, frisa-se. Caso a avaliação seja favorável e obedeça aos critérios estabelecidos no protocolo, o paciente será incluído no programa.

O atendimento está vinculado à visita domiciliar ao paciente, caso seja necessário, com o intuito de conhecer e avaliar o paciente. Deste modo, este será acompanhado trimestralmente para verificar a necessidade de manter-se no programa.

Caso o paciente/requerente ou responsável não apresente todos os critérios e/ou documentos necessários para inclusão, o pedido/protocolo ficará em aberto para reavaliação até adequação do mesmo, no prazo de 30 dias, caso contrário haverá cancelamento do mesmo. Além disso, quando o pedido/protocolo é indeferido, encaminha-o para o setor de protocolo para informar o solicitante.

DISPENSAÇÃO

- Vedada a dispensação/fornecimento de prescrição para menores de 16 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 industrializada 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, exceto na situação em que os pacientes possuem necessidades especiais nas quais a sua única via de alimentação seja a via enteral.

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

Após o recebimento da prescrição médica pela Equipe responsável pelo preenchimento dos anexos, esta, terá o prazo de 15 (quinze) dias para finalizar o processo de requerimento do insumo, informando logo em seguida ao Usuário, o deferimento ou não da sua solicitação.

Os usuários do SUS que tiverem seus pedidos indeferidos por motivos de vulnerabilidade sócio econômica serão encaminhados para o CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.

FORMULÁRIO I

Laudo Médico para Dispensação de Fórmulas Nutricionais Infantis

Paciente: _____

Nome da Mãe ou Responsável: _____

Data de Nascimento: __/__/____ CNS: _____

Peso atual: _____ Percentil: _____

Estatura atual: _____ Percentil: _____

Diagnóstico: _____ CID: _____

Histórico detalhado: _____

Quadro clínico atual: _____

Previsão do tempo de uso da fórmula: _____

Qual outra alimentação já foi iniciada:

Frutas () vezes por dia

Suco de Frutas () vezes por dia

Papas () vezes por dia

Assinatura e Carimbo Médico/Nutricionista

FORMULÁRIO II

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS – LFN (Parte 1)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome completo: _____

Sexo: () M () F Data de nascimento (D.N): ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Nome completo da Mãe : _____

Responsável: _____ D.N: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ CNS: _____

Endereço: (rua,nº,bairro): _____

Município de residência: _____

Telefone(s): _____ UF: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA:

Doença principal: _____ CID: _____

Outro(s) Diagnóstico(s): _____ CID: _____

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

() Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo () Síndrome de

má absorção () Afagia / Disfagia por doença neurológica () Desnutrição moderada a grave

() Transtorno de mobilidade intestinal () Outro: _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

Peso (kg): _____ () atual () estimado Estatura (cm) : _____ () atual () estimado IMC: _____

Laudo nutricional: _____

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL:

() Via Oral () Terapia Nutrição Enteral + Via Oral () Ter Nutric Enteral exclusiva

() Ter Nutric Enteral + Ter Parenteral (intravenosa)

Via de acesso:

Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS – LFN (Parte 2)

Descritivo da fórmula solicitada Volume e fracionamento/dia Total / Mês

_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome do estabelecimento: _____

CNES: _____

Nome do profissional: _____ CRM/CRN _____

CPF ou CNS: _____

Data: __/__/____

Assinatura e carimbo (Médico) Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de alergia às proteínas do leite de vaca - preencher também o folha 2)

FORMULÁRIO III

Campos para preenchimento em caso de Alergia às Proteínas do leite de vaca

Quadro clínico:

. 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 gastrointestinais:

dor abdominal diarréia constipação vômitos/náuseas refluxo

Distensão abdominal sangue nas fezes outros _____

Observações: _____

. Manifestações respiratórias:

broncoespasmo tosse rinite edema de laringe outros _____

Observações: _____

Exames Complementares (atuais):

IgE específica in vitro (RAST)

alfa-lactoalbumina beta-lactoglobulina caseína leite de vaca soja

Data : ___/___/___

Avaliação gastrointestinal:

sangue oculto alfa-1-antitripsina fecal relação albumina/globulina

Data : ___/___/___

Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento

Sim, data ___/___/___ Não

FORMULÁRIO IV

DESCRIÇÃO

- 1 - Fórmula de Aminoácidos elementar e não alergênica, enriquecida com vitaminas, minerais e oligoelementos.
- 2 - Fórmula semi-elementar, hipoalergênica, a 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 1,5 cal/ml.
- 2 - 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.
- 3 - Fórmula líquida enteral/oral, polimérica, sem sacarose, isenta de lactose e glúten, normocalórica, normo ou hiperproteica, densidade calórica de 1,0 a 1,2 cal/ml com fibras.
- 4 - Fórmula a base de soja em pó, sem lactose, sacarose e glúten, isenta de proteínas lácteas e suplementada com oligoelementos.

Suplementos 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.

REFERÊNCIAS

- 1-Wang J, Sampson HA. Nutrition in infant allergy. Nutr Today 2006; 41: 215-8.

- 2-Protocolo clínico para normatização da dispensação de fórmulas infantis especiais a pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo sistema único de saúde, do estado de São Paulo – Diário oficial – Poder executivo – Seção I – pág 42, São Paulo, 117 (223).
- 3 -Lins MGM, Horowitz MR, Silva GAP, Motta ME. Teste de desencadeamento alimentar oral na confirmação da alergia à proteína de leite de vaca. J. Pediatr. (Rio J.) 86 (4): 285-289, GRA, TAB. 2010 Aug.
- 4-Cocco RR, Camelo- Nunes IC, Pastorino AC, Silva L, Sarni RO, Rosário NA, Solé D. Abordagem laboratorial no diagnóstico da alergia alimentar. Rev. Paul. Pediatr. 25 (3): 258-265, TAB. 2007 SEP.
- 5-Ferreira CT, Seidman E. Alergia Alimentar: Atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. J Pediatr (Rio J.) 83 (1): 7-20, 2007 Feb.
- 6-Mendonça RB, Cocco RR, Sarni RO, Solé D. Teste de provocação oral aberto na confirmação de alergia ao leite de vaca mediada por IgE: Qual seu valor na prática clínica? Rev. Paul. Pediatr. 29 (3): 415-422, TAB. 2011 SEP.
- 7-American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. Pediatrics 2000; 106:346-49.
- 8- Osborn DA, Sinn J. Formulas containing hydrolysed and soy protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. The Cochrane Library 2003; 1-59.
- 9- Sampson HA, Anderson JA. Summary and recommendations: classification of gastrointestinal manifestations due to immunologic reactions to foods in infants and young children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;30:S87-94.
- 10- Sicherer SH. Determinants of systemic manifestations of food allergy. J Allergy Clin Immunol 2000; 106:S251-7.
- 11- Burks W. Skin manifestations of food allergy. Pediatrics 2003; 111:1617-24.
- 12- Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar, 2007, Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2007.
- 13- Vieira MC et al.. Guia de Diagnóstico e Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca. 2004. p 9.
- 14- Kemp AS et al.. Guidelines for the use of infant formulas to treat cow's milk protein allergy: an Australian consensus panel opinion. MJA, [S.l.], v.188, n.2, p. 109-112, 2008.
- 15- Host A. Clinical course of cow's milk protein allergy and intolerance. Pediatr Allergy Immunol 1998; 9 (11 Suppl): 48-52.
- 16- Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et. al. Dignostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee Pratical Guidelines. J. Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 Aug; 55(2):221-9.
- 17- Speridião, PGL et al. Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM: Nutrição Clínica na Infância e Adolescência. São Paulo: Manole, 2009. cap. 28, p. 455-461.
- 18- São Paulo(Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS -336, de 27 de novembro de 2007. Aprova protocolo clínico para implantação de dispensação de fórmulas infantis especiais a pacientes com alergia à proteína do leite de vaca, atendidas pelo sistema único de saúde – SUS do estado de São Paulo. Diário Imprensa Oficial, São Paulo, 28 de novembro de 2007.
- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional -SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica-Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Aleitamento Materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas- Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

21-Brasil. Presidência da República. Lei nº 11346, de 15 de setembro de 2006 cria o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada. Artigo 2

22-ESPEN- Guidelines on enteral nutrition geriatrics. *Clinical Nutrition* (2006) 25: 330-360, Elsevier.

23- ESPEN- Guidelines on enteral nutrition geriatrics. *Clinical Nutrition* (2002) 22 (4): 415-421, Elsevier.

24- National Institute For Health And Clinical Excellence (Reino Unido) (Ed) Nutricion support in adults: oral nutricion support, enteral tube feeding and parenteral nutricion. 32.ed London: Nice, 2006. 54 p. Disponível em: www.nice.org.uk acesso em 24 de out 2016.

25-Sociedad Española de Nutrição Parenteral e Enteral (Espanha). Protocolos para prescrição de nutrição parenteral e enteral. Madrid, 1998. Disponível em: www.senpe.org acesso em: 25 de out de 2016.

26 – Codex Alimentarius. Códigos de conduta, orientações e outras recomendações relativas a alimentos, produção de alimentos e segurança alimentarDisponível em: www.fao.org/fao-whocodexalimentarius/ en/ acesso em: 25 de out 2016.