

Vitória (ES), Quinta-feira, 29 de Abril de 2010

25

Estatutário da Secretaria de Estado da Saúde.

PORTARIA 121-S, DE 28/04/2010 EXCLUIR, a partir de 01 de fevereiro de 2010, do Termo de Cessão de Pessoal do Município da Serra, publicado no Diário Oficial do Estado de 11 de agosto de 1995 e reproduzido em 03 de junho de 1996, e, **INCLUIR**, a partir de 01 de fevereiro de 2010 no Termo de Cessão de Pessoal do Município de Vitória, publicado no Diário Oficial do Estado de 17 de março de 1997, **NILO SÉRGIO ALVES DE SALLES** – número funcional 1510878, médico, Estatutário da Secretaria de Estado da Saúde.

PORTARIA 122-S, DE 28/04/2010 EXCLUIR, a partir de 01 de abril de 2010, do Termo de Cessão de Pessoal do Município de Vitória, publicado no Diário Oficial do Estado de 17 de março de 1977, **ROSEANE MARIA BORTOLON** – número funcional 1523961, enfermeira, Estatutária, da Secretaria de Estado da Saúde.

PORTARIA 123-S, DE 28/04/2010 INCLUIR, a partir de 01 de abril de 2010, no Termo de Cessão de Pessoal do Município de Alfredo Chaves, publicado no Diário Oficial do Estado de 17 de julho de 1997, **THEREZINHA MONTEIRO LEITE** – número funcional 1501518, assistente administrativo, Estatutária, da Secretaria de Estado da Saúde.

Vitória, 28 de abril de 2010.

MARIA DE LOURDES SOARES
Subsecretário de Estado da Saúde
Protocolo 24439

PORTARIA 124-S, DE 28/04/2010 AUTORIZAR a instauração de Processo Administrativo Disciplinar, por meio da 1ª Comissão Processante, em face da servidora pública **LECY LOUZADA DE SOUZA FURTADO**, auxiliar de enfermagem, estatutário, nº. funcional 1553160, lotada na Unidade Jerônimo Monteiro - UIJM, para apurar na forma do previsto no artigo 235, da Lei Complementar nº. 46/94.

PORTARIA 125-S, DE 28/04/2010 AUTORIZAR a instauração de Processo Administrativo Disciplinar, por meio da 1ª Comissão Processante, em face das servidoras públicas **HELBA DE ATHAYDE CHEQUETTO**, nº. funcional 1512307 e **MARY ROSELE ALVES DA SILVA CAMPOS**, nº. funcional 1526057, ambas enfermeiras, estatutárias, lotadas no Hospital Dra. Rita de Cássia - HDRC, para apurar na forma do previsto no artigo 234, inciso IV, da Lei Complementar nº. 46/94.

PORTARIA 126-S, DE 28/04/2010 AUTORIZAR a Instauração de Processo Administrativo Disciplinar, por meio da 1ª Comissão Processante, em face do servidor público **SEBASTIÃO CINTRA**, médico, estatutário, nº. funcional 1529943, vínculo 53, lotado no Hospital Doutor Dório Silva à disposição do Hospital da Polícia Militar/ HPM, para apurar na forma do previsto no artigo 235 da Lei Complementar nº. 046/94.

Vitória, 28 de abril de 2010.

ANSELMO TOZI
Secretário de Estado da Saúde
Protocolo 24471

PORTARIA 054-R, 28/04/2010**CONSIDERANDO**

que o aleitamento materno pode não ser apropriado para as mães com certas infecções, tais como HIV ou que estejam tomando medicamentos que podem ter efeitos refratários sobre o lactente;

que aquelas crianças que no primeiro ano de vida não podem receber leite materno por alguma razão, devem receber fórmulas que procurem assemelhar-se ao máximo quanto as suas características nutricionais, uma vez que nenhuma fórmula poderá oferecer as características imunológicas e afetivas para o desenvolvimento das mesmas;

que pacientes com disfagia neurológica grave, portadores de neoplasias que causem obstrução do trato gastrointestinal, entre outras patologias, que fazem uso de sonda de longa permanência por via nasogástrica, nasointestinal, gastrostomia ou jejunostomia, se alimentam exclusivamente por nutrição enteral;

o compromisso do Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, de garantir assistência integral à saúde da população capixaba;

a necessidade de garantir o atendimento às reais necessidades dos pacientes, mas também o uso adequado dos recursos públicos, por meio da implantação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação do fornecimento de fórmulas infantis e dietas enterais de uso adulto e infantil;

que a Secretaria de Estado da Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica e pelo Núcleo Especial de Normalização, elaboraram e validaram os referidos critérios de uso;

RESOLVE**ARTIGO 1º** – Instituir e homologar os Critérios de Uso para Dispensação

de Fórmulas Infantis e Dietas Enterais de Uso Adulto e Infantil Clínico na rede pública estadual de saúde, conforme descrito nos Anexos I, II e III a esta Portaria.

ARTIGO 2º – Instituir uma perícia médica sempre que houver prescrição de dietas enterais de uso adulto e infantil, a ser realizada por perito indicado pela SESA.

ARTIGO 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 28 de abril de 2010.

ANSELMO TOZI
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I**CRITÉRIOS DE USO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS PEDIÁTRICAS PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS****1. INTRODUÇÃO**

O leite materno é um alimento completo e suficiente, proporcionando aporte nutricional para criança até pelo menos um ano de idade.^{1,2} A American Academy of Pediatrics (AAP), a Sociedade Brasileira de Pediatria, a American Dietetic Association (ADA) e a European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) apóiam a exclusiva amamentação do leite materno durante os primeiros 4 a 6 meses de vida e esta amamentação complementada por alimentos de transição (a partir dos 6 meses) pelo menos nos primeiros 12 meses.^{2,3,4,25}

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. Após 6 meses, além de leite materno, a criança necessita receber outros alimentos. A nutrição adequada nos primeiros anos de vida, de acordo com especialistas, é fundamental para que a criança desenvolva plenamente seu potencial humano, proporcionando a prevenção de doenças e possibilitando um crescimento físico e mental adequados.”

Entretanto, o aleitamento materno é contra-indicado para bebês de mães com HIV ou pode não ser apropriado para mães em uso de medicamentos que podem ter efeitos refratários sobre o lactente (substâncias psicotrópicas ou que são excretadas no leite materno).²

Assim, crianças que, no primeiro ano de vida, não possam receber leite materno por alguma razão, 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 das crianças.¹

As dietas para terapia nutricional enteral em pediatria podem ser classificadas em três grupos¹:

1. Dietas para pacientes sem problemas absorptivos que poderão receber nutrientes integros que necessitam de trabalho digestivo – fórmulas poliméricas;
2. Dietas para pacientes com problemas absorptivos, nas quais os nutrientes serão fornecidos com menor complexidade - fórmulas semi-elementares e elementares;
3. Dietas para pacientes que necessitem de dieta especializada – Intolerância à lactose e doenças metabólicas.²³

2. CLASSIFICAÇÃO CID 10

| Código | Descrição |
|--------|--|
| E 40 | Kwashiorkor |
| E 41 | Marasmo nutricional |
| E 42 | Kwashiorkor – marasmático |
| E 43 | Desnutrição protéico-calórica grave não especificada |
| E 44.0 | Desnutrição protéico-calórica moderada |
| E 44.1 | Desnutrição protéico-calórica leve |
| E 46 | Desnutrição protéico-calórica não especificada |
| E 73.9 | Intolerância à lactose, não especificada |
| E 84.0 | Fibrose Cística com manifestação pulmonar |
| E 84.1 | Fibrose Cística com manifestação intestinal |
| K 90.0 | Doença celíaca |
| K 90.3 | Esteatorréia pancreática |
| K 90.4 | Má absorção devido à intolerância* não classificada em outra parte |
| K 90.8 | Outras formas de má absorção intestinal |
| K 90.9 | Má absorção intestinal sem outra especificação |

* OBS: entende-se como intolerância como intolerância à lactose ou alergia ao leite de vaca

QUADRO 1 – Classificação CID 10

Fonte: CID 10, 1997.

3. OBJETIVO DO PROTOCOLO

Estabelecer critérios para a dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais pediátricas para situações especiais disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo.

4. SITUAÇÕES ESPECIAIS QUE UTILIZAM FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS (SONDA ENTERAL EXCLUSIVA)

O comprometimento do estado nutricional por doenças agudas ou crônicas necessita de suporte nutricional para a manutenção ou recuperação do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo realizado com o uso de fórmulas e dietas enterais infantis nutricionalmente completas.

As doenças agudas ou crônicas podem causar uma diminuição do consumo de alimentos, má absorção de nutrientes e/ou do aumento do gasto energético, levando a desnutrição.⁷ As cardiopatias, nefropatias, pneumopatias, hepatopatias, dentre outras são as doenças que mais causam desnutrição secundária, todavia neste protocolo não será padronizada nenhuma fórmula específica para doenças com comprometimento de um sistema orgânico, sendo ofertada nestes casos a fórmula polimérica padrão.

Segundo a OMS (apud DANTAS FILHO; MUNIZ, 2009, p. 287) a Desnutrição é definida como "um grupo de condições patológicas causadas pela falta concomitante de calorias e de proteínas em proporções variáveis, ocorrendo com maior frequência em lactentes e pré-escolares".

Existem diversas situações especiais que causam a má absorção intestinal, a qual se caracteriza por distúrbio de absorção de constituintes da dieta no trato gastrointestinal, com perda excessiva desse nas fezes. A má absorção pode ser consequência de inúmeras doenças do intestino delgado, do pâncreas, e do fígado, bem como intolerância à lactose e alergia ao leite de vaca. Essas situações podem ser visualizadas na tabela 1 8,9:

TABELA 1

Doenças gastrointestinais que causam má absorção

| Órgão | Doenças |
|-----------|--|
| Pâncreas | Fibrose cística Síndrome de Shwachman-Diamond Pancreatite aguda e crônica Desnutrição calórico-proteica |
| Fígado | Síndromes com colestase Doença ou cirurgia ileal Deficiência de enterocinase Desnutrição calórico-proteica Duplicação anatômica |
| Intestino | Síndrome de alça cega Síndrome do intestino curto Pseudoobstrução Doença celíaca Deficiência congênita de Lactase Deficiência secundária de Lactase Síndrome com lesão da mucosa: alergia à proteína do leite de vaca/soja |

Fonte: BAHÚ; GUEDES, 2003.

Nota: adaptado para o protocolo

4.1- Má Absorção

A má absorção ocorre quando existem quantidades insuficientes de enzimas e líquidos pancreáticos que são liberados no duodeno, fluxo inadequado de bile para emulsificar as gorduras ou falta das enzimas digestivas nas membranas e defeitos estruturais do intestino delgado ou quando há aumento da atividade peristáltica. Essa situação clínica resulta em diminuição na absorção de proteínas, lipídios e carboidratos, podendo ser primária ou secundária.^{8,9,11}

4.2 - Intolerância à lactose e Alergia à proteína do leite de vaca

As reações adversas alimentares são consideradas como qualquer resposta clínica anormal seguida à ingestão de um alimento ou aditivo alimentar^{3,12}, sendo comum na infância, apresentando-se com manifestações clínicas cutâneas, gastrointestinais ou respiratórias.¹³ Elas podem ser tóxicas e não-tóxicas¹²:

➤ Reações tóxicas: para provocar manifestações clínicas, esse tipo de reação depende mais da substância ingerida (toxina bacteriana presente em alimentos contaminados com toxina do *Staphylococcus aureus* ou bacilo cereus)^{3,14} ou das propriedades farmacológicas de determinadas substâncias presentes em alimentos (cafeína no café, tiramina em queijos maturados).³

➤ Reações não-tóxicas: dependem de suscetibilidade individual e podem ser classificadas em não imuno-mediadas (intolerância alimentar) ou imuno-mediadas (hipersensibilidade ou alergia alimentar).^{3,12}

Apesar de serem situações clínicas diferentes, a intolerância e alergia alimentar possuem dificuldades na sua definição, sendo frequentemente en-

tendidas como sinônimos tanto por familiares como por profissionais de saúde, por isso é importante determinar o diagnóstico preciso, em virtude da diferença na terapia nutricional destas duas condições.^{12,13,15}

4.2.1 - Intolerância alimentar

Situação clínica definida como sendo uma resposta fisiológica anormal a um alimento ingerido, de natureza não-imunológica e representada por reações metabólicas alteradas, ou por suscetibilidade incomum a substâncias farmacológicas presentes em determinados alimentos.¹³ Um tipo de intolerância alimentar é intolerância à lactose, a qual leva a um conjunto de sintomas decorrentes da má absorção desse dissacarídeo, presente no leite humano, no leite de vaca, no leite de cabra, entre outros.¹⁸ Este tipo de intolerância pode ser dividido em duas categorias:

▪ primária – ocorre devido a defeitos geneticamente determinados, de início precoce (alactasia congênita) ou tardio (hipolactasia do tipo adulto), que causam má absorção da lactose sem alterações morfológicas da mucosa. A alactasia congênita é rara, na qual ocorre ausência de lactase, manifestada por diarreia quando o recém-nascido inicia a alimentação com leite contendo lactose. Na hipolactasia do tipo adulto ocorre uma diminuição na produção da lactase em crianças geralmente na faixa etária de 2 a 5 anos, podendo ocorrer após essa idade, sendo na maioria das vezes assintomática mesmo nas situações de consumo de lactose como parte da dieta habitual.^{13,18}

▪ secundária – conseqüente a diminuição da atividade da lactase causada pela agressão da mucosa intestinal por diferentes mecanismos, tais como, diarreia aguda e persistente, desnutrição, doença celíaca, enteropatias alérgicas, radioterapia em regiões abdominal e pélvica.¹³

4.2.2 - Alergia alimentar

Situação clínica caracterizada por reações imunológicas alteradas que são desencadeadas por antígenos alimentares específicos, e mediadas ou não por anticorpos IgE, resultando em uma variedade de sinais e sintomas intestinais ou extraintestinais.¹³

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum no lactente, considerando que as fórmulas para lactentes com proteínas do leite de vaca e o leite de vaca integral são os principais substitutos quando este deixa de ser alimentado com leite materno.¹⁹

As manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas da APLV podem ser visualizadas no quadro 2:

| Quadro clínico | tipo de manifestação | Mecanismo | Sintomas |
|---|----------------------|--------------------------------------|--|
| Síndrome de alergia oral | digestiva | IgE | edema de lábios, língua e palato |
| Anafilaxia gastrointestinal | digestiva | IgE | reação rápida com vômitos, dor abdominal e diarreia |
| Refluxo gastroesofágico | digestiva | mediado por células | vômito, regurgitação, recusa alimentar, distensão abdominal, irritabilidade e déficit ponderal |
| Esofagite eosinofílica | digestiva | IgE mediado e/ou mediado por células | sintomas de DRGE, disfagia, vômitos e dor abdominal |
| Enterocolite alérgica | digestiva | mediado por células | Vômitos e diarreia de caráter persistente, distensão abdominal e déficit de crescimento |
| Enteropatia alérgica | digestiva | mediado por células | Diarreia crônica, distensão abdominal, náuseas, vômitos ocasionais, inapetência e déficit de crescimento |
| Proctocolite alérgica | digestiva | mediado por células | primeiros meses de vida, evacuações com estrias de sangue e muco |
| Constipação | digestiva | mediado por células | Constipação intestinal após o desmame, fissura anal e hiperemia perianal resistente ao tratamento |
| Urticária aguda ou angioedema | extra-digestiva | IgE | prurido, placas eritemato-maculares e edema |
| Urticária crônica | extra-digestiva | IgE | prurido, placas eritemato-maculares. Duração > 6 semanas |
| Dermatite atópica | extra-digestiva | IgE e mediado por células | prurido, lesões eczematosas e acometimento de dobras |
| Dermatite de contato | extra-digestiva | mediado por células | erupção eczematosa e prurido intenso |
| Asma brônquica | extra-digestiva | IgE e mediado por células | Tosse, chiado no peito e dispnéia |
| Rinoconjuntivite e hiperreatividade brônquica | extra-digestiva | IgE | prurido ocular, coriza nasal, espirros e tosse crônica |

QUADRO 2 – Manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas da APLV

Fonte: VIEIRA et al., 2004; KEMP et al., 2008

Nota: adaptado para o protocolo

Na alergia ao amendoim, a duração de exclusão deste alimento é habitualmente permanente, entretanto, nos pacientes com APLV, ocorre melhora dos sintomas na grande maioria dos casos dentro de 1 a 2 anos. Alguns estudos demonstraram remissão dos sintomas em cerca de 30 a 50% das

Vitória (ES), Quinta-feira, 29 de Abril de 2010

27

crianças com um ano, de 54 a 75% aos 2 anos e 70 a 90% aos 3 anos de idade.^{13,15}

Os mecanismos das manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas podem ocorrer da seguinte maneira^{12,20,21}:

a. quando mediado por IgE, o aparecimento dos sintomas ocorre em até 2 horas após a ingestão de leite de vaca e derivados.

b. quando não mediado por IgE, os sintomas ocorrem de 24 a 72 horas após a exposição ao leite de vaca e derivados.

5. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DAS SITUAÇÕES ESPECIAIS

5.1 - Má absorção

· Ausência, atresia e estenose congênitas ou ressecção cirúrgica de segmento do Trato Digestório²²;

· Redução funcional da absorção intestinal (enterites primárias ou secundárias às doenças sistêmicas, diarreia crônica, insuficiência pancreática exócrina, secreção reduzida de sais biliares).^{11,22}

· Sintomas gastrointestinais presentes em crianças com má absorção tais como, diarreia ou esteatorréia, anorexia, sudorese excessiva, sede, vômitos, astenia, distensão abdominal, gases, desconforto, dor abdominal em cólicas, febre, irritabilidade, perda de peso e retardo no crescimento.^{8,9,11}

· Investigação com exames complementares de acordo com a apresentação clínica, exame físico e repercussão da doença sobre o estado nutricional da criança.⁸

5.2 - Intolerância à lactose

· Ausência ou redução primária ou secundária da atividade da lactase¹.¹⁸

· Sintomatologia presente após a ingestão de alimentos contendo lactose: dor e distensão abdominal, borborigmos, flatulência excessiva, diarreia líquida e fermentativa, náuseas, vômitos, dermatite perianal. Os casos mais graves podem apresentar desidratação e acidose metabólica.^{13,18}

· O diagnóstico pode ser feito por meio da determinação do pH fecal e pesquisa de substância reductoras nas fezes.⁸

5.3 - Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)

A inespecificidade dos exames laboratoriais e das alterações da mucosa intestinal faz com que o diagnóstico à APLV seja baseado na história clínica sugestiva, melhora dos sintomas com a exclusão dietética da proteína alérgica e reaparecimento após a provocação oral, todavia o teste de provocação oral deve ser evitado nas manifestações alérgicas graves.¹³

Os testes laboratoriais para identificação das reações não mediadas por IgE não são específicos, bem como os testes cutâneos para alergia alimentar mediada por IgE não são confiáveis antes dos três anos de idade, visto que podem ser positivos em 5% das crianças saudáveis e em 10% das crianças atópicas sem evidência de APLV.¹³

No diagnóstico da APLV deve-se fazer:

· Anamnese detalhada, história alimentar com registro cronológico dos alimentos ingeridos (leite de vaca e derivados) e dos sintomas experimentados bem como exame físico são necessários para determinar se o paciente apresentou reação adversa ao alimento e se um mecanismo imunológico está envolvido.^{10,12,13,20}

· Avaliar a presença de manifestações clínicas digestivas e extra-digestivas (quadro 2) observadas após exposição aos alimentos contendo a proteína do leite de vaca.^{12,20}

· Observar a remissão dos sintomas após a remoção da proteína do leite de vaca e derivados.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DAS FÓRMULAS INFANTIS

6.1 – Fórmula Semi-Elementar Infantil

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula semi-elementar infantil (vide formulação no quadro 3) as crianças que preencherem os critérios descritos a seguir^{3,13,18,19,20,23}:

➤ Crianças menores de 6 meses, com contra-indicação para aleitamento materno, que não tenham conseguido leite humano pasteurizado nos bancos de leite humano, com história familiar em parentes de primeiro grau (pai, mãe e irmão) positiva para APLV. Deverá ser comprovado que foi ao banco de leite e não conseguiu o leite.

➤ Crianças menores de 6 meses que apresentem doenças (vide tabela 1) que cursem com desnutrição e/ou má absorção.

➤ Crianças até 6 meses com intolerância à lactose.

➤ Crianças menores de 6 meses com APLV IgE mediada.

➤ Crianças de 0 a 12 meses com APLV IgE não mediada, e alergia a proteína de soja.

6.2 – Fórmula Elementar Infantil

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula elementar infantil (vide formulação no quadro 3) as crianças que preencherem os critérios descritos a seguir^{3,20,23}:

➤ Crianças de 0 a 12 meses com APLV ou alergia a proteína de soja, ambas em situações graves (manifestações digestivas e extra-digestivas mediadas por IgE, má absorção, enterorragia e déficit nutricional).

➤ Crianças de 0 a 12 meses com alergia ou má absorção que não toleraram a fórmula semi-elementar.

Observações gerais

❖ **OBS₁**: crianças que forem candidatas a utilizarem as fórmulas infantis serão obrigatoriamente reavaliadas a partir dos 6 meses de vida a cada 3 meses, com a apresentação de laudo e prescrição médica e nutricional com validade máxima de 3 meses.

❖ **OBS₂**: As crianças de 1 a 10 anos, portadoras das DOENÇAS listadas na tabela 1, que necessitem das dietas enterais constantes no quadro 3, como componente terapêutico essencial para sua recuperação, serão encaminhadas para avaliação pericial, sendo as dietas somente liberadas se atenderem aos critérios definidos pela SESA descritos no item 7.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DAS DIETAS ENTERAIS PEDIÁTRICAS

7.1 – Dieta Enteral Polimérica Pediátrica padrão

São candidatos à inclusão para o uso de dieta enteral polimérica pediátrica padrão as crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com a seguinte condição clínica abaixo:

➤ Crianças de 1 a 10 anos, com desnutrição, que tenham o trato gastrointestinal funcionante e que não apresentem síndromes disabsortivas.

7.2 – Dieta Enteral Semi-elementar pediátrica

São candidatos à inclusão para o uso de dieta enteral semi-elementar pediátrica as crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo:

Crianças de 1 a 10 anos, que apresentem doenças (vide tabela 1) que cursem com má absorção.

➤ Crianças de 1 a 10 anos com APLV IgE mediada.

➤ Crianças de 1 a 10 anos com APLV IgE não mediada.

7.3 – Dieta Enteral elementar pediátrica

São candidatos à inclusão para o uso de dieta enteral elementar pediátrica as crianças em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo:

➤ Crianças de 1 a 10 anos com APLV ou alergia a proteína de soja, ambas em situações graves (manifestações digestivas e extra-digestivas mediadas por IgE, má absorção, enterorragia e déficit nutricional).

➤ Crianças de 1 a 10 anos com alergia ou má absorção que não toleraram a dieta semi-elementar.

Observações gerais

❖ **OBS₁**: crianças que forem candidatas a utilizarem as dietas enterais pediátricas serão obrigatoriamente reavaliadas a cada 6 meses, com a apresentação de laudo e prescrição médica e nutricional com validade máxima de 6 meses.

¹ enzima responsável pela hidrólise enzimática da lactose (dissacarídeo), formando glicose e galactose (mossacarídeo).¹³

² ruído produzido pelo movimento dos gases no intestino e audíveis à distância.¹⁷

❖ **OBS₂**: A partir de 12 meses o volume de leite da dieta enteral pediátrica para uso via oral, será limitado a 600 ml por dia, considerando que para a alimentação adequada nesta faixa etária a criança deverá receber outros tipos de alimentos não lácteos. 25

❖ **OBS₃**: Para pacientes com ostomias, em risco nutricional ou desnutridos, o volume de dieta enteral poderá ser pleno de acordo com a avaliação clínica individualizada.

❖ **OBS₄**: De acordo com a OMS são considerados adolescentes os pacientes na faixa etária de 10 a 19 anos, por isso a dispensação de dietas enterais para os mesmos seguirá o Protocolo de Dispensação de Dietas Enterias para Adolescentes e Adulto (Anexo II).

8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1 - Pacientes que não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos, por avaliações clínicas periódicas, nos intervalos determinados para a faixa etária.

9. CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO

1 - Não seguir as recomendações médicas e nutricionais, principalmente em relação à aderência às medidas dietéticas.

2 - Recuperação nutricional estabelecida e em condições clínicas de manter aporte nutricional adequado sem necessidade de suplementação com fórmulas e dietas enterais.

3 - Recuperação do comprometimento intestinal com restabelecimento da função absorptiva permitindo crescimento e desenvolvimento adequados com a alimentação habitual própria para a idade.

4 - Ausência de sintomas de APLV em resposta ao Teste de Provocação que deverá ser indicado e acompanhado pelo médico assistente.

10. FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS PEDIÁTRICAS A SEM-REM DISPONIBILIZADAS EM CASO DE EXCEPCIONALIDADE

| TIPO | DESCRIÇÃO | CÓDIGO |
|--|---|--------|
| Fórmula semi-elementar infantil | Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de proteína hidrolisada de soja, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses. | F1 |
| | Fórmula para alimentação infantil semi-elementar, a base de hidrolisado proteico, do soro do leite, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses. | F2 |
| Fórmula elementar infantil | Fórmula para alimentação infantil elementar, a base de aminoácidos livres, isenta de sacarose e glúten, adequada a crianças de 0 a 12 meses. | F3 |
| Dieta enteral polimérica pediátrica padrão | Dieta nutricionalmente completa, <u>Normocalórica</u> , <u>Normoproteica</u> , isenta de lactose, sacarose e glúten, adequada a crianças de 1 a 10 anos. | P1 |
| Dieta enteral semi-elementar pediátrica | Dieta nutricionalmente completa, <u>Normocalórica</u> , <u>Normoproteica</u> , semi-elementar, isenta de lactose e glúten, a base de peptídeos, adequada a crianças de 1 a 10 anos. | P8 |
| Dieta enteral elementar pediátrica | Dieta nutricionalmente completa, <u>Normocalórica</u> , <u>Normoproteica</u> , elementar, isenta de lactose, a base de aminoácidos livres, adequada a crianças de 1 a 10 anos. | P7 |

QUADRO 3 – FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS DE USO INFANTIL

11. REFERÊNCIAS

1 - VAN AANHOLT, D. P. J. et al.. Terapia Nutricional Domiciliar. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, Enteral e Parenteral na prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 1, cap. 68, p. 1109-1128.

2 - TRAHMS, C. M.. Nutrição durante a lactância. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 8, p. 202-221.

3 - CONSENSO BRASILEIRO DE ALERGIA ALIMENTAR, 2007. [Consenso...]. Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2007.

4 - AGOSTINI, C. et al.. Complementary Feeding: a Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.**, [S.l.], v. 46, n.1, p. 99-110, 2008.

5 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

6 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DA SAÚDE. Amamentação, 2003. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/>. Acesso em: 12 nov. 2009.

7 - SARNI, R. S.; MUNEKATA, R. V.. Terapia Nutricional na Desnutrição Energético-Proteica Grave. In: LOPEZ, F. A. et al. **Fundamentos da Terapia Nutricional em Pediatria**. São Paulo: Sarvier, 2002. cap. 8, p. 115-132.

8 - BAHÚ, M. G. S.; GUEDES, A. L.. Má absorção intestinal – Exploração diagnóstica. In: FERREIRA, C.T.; CARVALHO, E.; SILVA, L. R. **Gastroenterologia e Hepatologia em pediatria – Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Medsi, 2003. cap. 7, p. 133-143

9 - ANDERSON, L. et al.. Dieta na doença gastrointestinal. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap. 26, p. 393-412.

10 - _____. Câncer e outras Doenças. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap. 34, p. 523-534.

11 - CARLSON, T.H.. Dados laboratoriais na avaliação nutricional. In: MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 18, p. 419-436.

12 - VIEIRA, M.C. et al.. **Guia de diagnóstico e Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca**. 2004. p. 9.

13 - CARVALHO, S. D.; PENNA, F. J.. Intolerância alimentar. In: NETO, F.T. **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 8, p. 212-222.

14 - MORAIS, M. B.; SPERIDIÃO, P. G. L.. Alergia Alimentar. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, Enteral e Parenteral na prática clínica**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 2, cap. 87, p. 1389-1404.

15 - SEIDMAN, E. G.; SINGER, S.. Alergia Alimentar e Gastroenteropatia eosinofílica. In: FERREIRA, C.T.; CARVALHO, E.; SILVA, L.R. **Gastroenterologia e Hepatologia em pediatria – Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Medsi, 2003. cap. 9, p. 153-160.

16 - VIEIRA, M.C. et al.. **Guia de diagnóstico e Tratamento da Alergia à Proteína do Leite de Vaca**. [S.l.: s.n., 2004]. p.9,10,19,20.

17 - STEDMAN, Thomas. **Dicionário Médico**. 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 168.

18 - SCHIMAMOTO, A. T. H.; MORAIS, M. B.. Intolerância a lactose. In: PALMA, D.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; CERAGIOLI, F. L. **Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP – EPM: Nutrição Clínica na Infância e Adolescência**. São Paulo: Manole, 2009. cap. 28, p. 455-461.

19 - SPERIDIÃO, P. G. L.; MORAIS, M. B.. Alergia a proteína do leite de vaca. In: PALMA, D.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; CERAGIOLI, F. L. **Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP – EPM: Nutrição Clínica na Infância e Adolescência**. São Paulo: Manole, 2009. cap. 29, p. 463-475.

20 - KEMP, A. S. et al.. Guidelines for the use of infant formulas to treat cows milk protein allergy: an Australian consensus panel opinion. **MJA**, [S.l.], v.188, n.2, p. 109-112, 2008.

21 - SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS – 336, de 27 de novembro de 2007. Aprova Protocolo Clínico para Implantação da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia a proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo. **Diário Imprensa Oficial**, São Paulo, 28 de novembro de 2007.

22 - GOULET, O.. Malabsorptive Disorders and Short Bowel Syndrome. In: KOLETZKO, B. et al.. **Pediatric Nutrition in Practice**. Switzerland: Karger, 2008. cap. 3.9, p. 171-177.

23 - MATTOS, A. P. et al.. Características e Indicações das Fórmulas Infantis. In: LOPEZ, F.A.; JUNIOR, D.C. **Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Manole, 2006. cap. 10, p. 1576-1581.

24 - DANTAS FILHO, S.; MUNIZ, H. F.. Desnutrição Infantil. In: WELFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A.. **Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência**. São Paulo: Manole, 2009. cap. 6.1, p. 287-319.

25 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 2. ed.. São Paulo: SBP, 2008. p. 18, 24, 37.

ANEXO II

CRITÉRIOS DE USO DE DIETA ENTERAL
PARA ADOLESCENTES E ADULTOS

1. Introdução

A má nutrição é um estado no qual a deficiência de nutrientes (proteína, vitaminas e minerais) causam efeitos adversos mensuráveis sobre a composição, função ou resultados clínicos. ^{1,2} A má nutrição pode ser a causa bem como a consequência de uma doença, aumentando a vulnerabilidade do paciente a outras doenças. Os métodos para melhorar ou manter um estado nutricional são denominadas de suporte nutricional que incluem: suporte nutricional oral, nutrição enteral e nutrição parenteral. ¹

A terapia nutricional ou farmaconutrição deverá ser considerada para os seguintes casos: ^{1,3,4,5,6}

· Desnutrição definida como: IMC menor que 18,5 Kg/m²; perda de peso não intencional maior que 10% dentro de 2-3 meses; IMC menor que 20 Kg/m² e perda de peso não intencional maior que 5% dentro de um período de 3-6 meses.

· Estados de má nutrição definido como: se alimentam pouco ou não se alimentam por mais de 5 dias e/ou que têm impossibilidade para receber alimentação nos próximos 5 dias ou mais; têm baixa capacidade de absorção e/ou que apresentam perda elevada de nutrientes ou que possuem necessidades nutricionais aumentadas relacionadas ao catabolismo, por exemplo.

Observações: as recomendações dessa guia foram desenvolvidas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis sempre que possível, considerando que a maioria dos estudos são resultados de pequenos ensaios clínicos, com diferentes intervenções e medidas de resultados variáveis e com população proveniente de diferentes contextos, o que limita a possibilidade de emprego de revisões sistemáticas e meta-análises. Além disso, os estudos em sua maioria são provenientes de experiência realizadas em pacientes hospitalizados limitando em alguns casos fazer as mesmas recomendações para uso ambulatorial.

2. Classificação CID-10 2

| Código | Descrição |
|--------|---|
| F000 | Demência na doença de Alzheimer de início precoce |
| F001 | Demência na doença de Alzheimer de início tardio |
| F002 | Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista |
| F009 | Demência não especificada na doença de Alzheimer |
| F028 | Demência em outras doenças especificadas classificadas em outra parte |
| F021 | Demência na doença de Creutzfeldt-Jakob |
| F022 | Demência na doença de Huntington |
| F023 | Demência na doença de Parkinson |
| F024 | Demência na doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] |
| F03 | Demência não especificada |
| F011 | Demência por infartos múltiplos |
| F010 | Demência vascular de início agudo |
| F013 | Demência vascular mista, cortical e subcortical |
| F019 | Demência vascular não especificada |
| F012 | Demência vascular subcortical |
| F018 | Outra demência vascular |
| C024 | Neoplasia maligna da amígdala lingual |
| C01 | Neoplasia maligna da base da língua |
| C021 | Neoplasia maligna da borda da língua |
| C028 | Neoplasia maligna da língua com lesão invasiva |
| C029 | Neoplasia maligna da língua, não especificada |
| Q391 | Atresia de esôfago, com fistula traqueoesofágica |
| Q390 | Atresia de esôfago, sem fistula |
| D001 | Carcinoma <i>in situ</i> do esôfago |
| K229 | Doença do esôfago, sem outra especificação |
| Q393 | Estenose congênita e estreitamento congênito do esôfago |
| S112 | Ferimento envolvendo a faringe e o esôfago cervical |
| Q399 | Malformação congênita não especificada do esôfago |
| K231 | Megaesôfago na doença de Chagas |
| C152 | Neoplasia maligna da porção abdominal do esôfago (esôfago abdominal) |
| C150 | Neoplasia maligna da porção cervical do esôfago (esôfago cervical) |
| C151 | Neoplasia maligna da porção torácica do esôfago (esôfago torácico) |
| C158 | Neoplasia maligna do esôfago com lesão invasiva |
| C159 | Neoplasia maligna do esôfago, não especificado |
| C155 | Neoplasia maligna do terço inferior do esôfago |
| C154 | Neoplasia maligna do terço médio do esôfago |
| C153 | Neoplasia maligna do terço superior do esôfago |
| K222 | Obstrução do esôfago |
| T281 | Queimadura do esôfago |
| K238 | Transornos do esôfago em outras doenças classificadas em outra parte |
| K221 | Úlcera do esôfago |
| Z903 | Ausência adquirida de parte do estômago |
| D002 | Carcinoma <i>in situ</i> do estômago |
| K312 | Estenose e estreitamento em ampulheta do estômago |
| K316 | Fistula do estômago e do duodeno |

| | |
|------|---|
| D371 | Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do estômago |
| C166 | Neoplasia maligna da grande curvatura do estômago, não especificada |
| C165 | Neoplasia maligna da pequena curvatura do estômago, não especificada |
| C162 | Neoplasia maligna do corpo do estômago |
| C168 | Neoplasia maligna do estômago com lesão invasiva |
| C169 | Neoplasia maligna do estômago, não especificado |
| C161 | Neoplasia maligna do fundo do estômago |
| Z931 | Gastrostomia |
| E43 | Desnutrição protéico-calórica grave não especificada |
| E441 | Desnutrição protéico-calórica leve |
| E440 | Desnutrição protéico-calórica moderada |
| E46 | Desnutrição protéico-calórica não especificada |
| G122 | Doença do neurônio motor |
| I64 | Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico |
| G936 | Edema cerebral |
| P110 | Edema cerebral devido a traumatismo de parto |
| S061 | Edema cerebral traumático |
| P101 | Hemorragia cerebral devida a traumatismo de parto |
| P524 | Hemorragia intracerebral (não-traumática) do feto e do recém nascido |
| I614 | Hemorragia intracerebral cerebelar |
| I616 | Hemorragia intracerebral de múltiplas localizações |
| I613 | Hemorragia intracerebral do tronco cerebral |
| I611 | Hemorragia intracerebral hemisférica cortical |
| I612 | Hemorragia intracerebral hemisférica não especificada |
| I610 | Hemorragia intracerebral hemisférica subcortical |
| I615 | Hemorragia intracerebral intraventricular |
| I619 | Hemorragia intracerebral não especificada |
| I601 | Hemorragia subaracnóide proveniente da artéria cerebral média |
| I634 | Infarto cerebral devido à embolia de artérias cerebrais |
| I631 | Infarto cerebral devido à embolia de artérias pré-cerebrais |
| I635 | Infarto cerebral devido à oclusão ou estenose não especificadas de artérias cerebrais |
| I632 | Infarto cerebral devido à oclusão ou estenose não especificadas de artérias pré-cerebrais |
| I633 | Infarto cerebral devido à trombose de artérias cerebrais |
| I630 | Infarto cerebral devido à trombose de artérias pré-cerebrais |
| I636 | Infarto cerebral devido à trombose venosa cerebral não-piogênica |
| I639 | Infarto cerebral não especificado |
| G459 | Isquemia cerebral transitória não especificada |
| P112 | Lesão cerebral não especificada devida a traumatismo de parto |
| C717 | Neoplasia maligna do tronco cerebral |
| C715 | Neoplasia maligna do ventrículo cerebral |
| S062 | Traumatismo cerebral difuso |
| S063 | Traumatismo cerebral focal |
| K632 | Fistula do intestino |
| N822 | Fistula vagina-intestino delgado |
| D133 | Neoplasia benigna de outras partes e partes não especificadas do intestino delgado |
| | Neoplasia maligna do intestino delgado com lesão invasiva |
| C178 | Neoplasia maligna do intestino delgado, não especificado |
| C179 | Neoplasia maligna secundária do intestino delgado |
| C784 | Neoplasia maligna secundária do intestino grosso e do reto |
| C785 | Perfuração do intestino (não-traumática) |
| K631 | |
| G35 | Esclerose múltipla |
| M340 | Esclerose sistêmica progressiva |
| G319 | Doença degenerativa do sistema nervoso, não especificada |
| G239 | Doença degenerativa dos gânglios da base, não especificada |

Quadro 1 – Classificação do CID 10

3. Critérios de Inclusão

Serão incluídos os pacientes em uso exclusivo de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, combinada com pelo menos uma das seguintes condições clínicas abaixo:

- Pacientes portadores de neoplasias, que causem obstrução do trato gastrointestinal (definidas de acordo com os CIDs incluídos no item 2); 1,3,4,6
- Pacientes com disfagia neurológica grave, decorrente de: Acidente Vascular Encefálico (AVE); Traumatismo Crânio-Encefálico; doença de Alzheimer; Parkinson; demência vascular; esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica. 1,3,5,6

Observação: o diagnóstico isolado da doença não é critério exclusivo para uso de terapia nutricional, pois possivelmente poderão retornar a alimentação por via oral de forma a garantir a oferta necessária de macro e micro-nutrientes.

4. Documentos necessários para solicitação

Apresentação dos seguintes documentos emitidos por médico-nutrólogo, geriatra, gastroenterologista, oncologista, neurologista e/ ou nutricionista:

- Prescrição da dieta contendo dados relacionados: sexo, idade, doença de base e gasto energético.

· Formulário de solicitação de dieta enteral devidamente preenchido e assinado (anexo III);

· Laudo especificando a doença de base e justificativa para necessidade da dieta enteral por via artificial e da impossibilidade de retorno a via oral.

5. Critérios de Exclusão

· Pacientes que requerem regimes terapêuticos específico em longo prazo para o tratamento de doenças como erros inatos do metabolismo, doença cardíaca, hepática ou renal crônica; 1

· Desordens alimentares e obesidade; 1

· Uso concomitante de alguma forma de alimentação via oral. 1

6. Posologia e Modo de Usar

· Preconiza-se o mínimo de 25 calorias por Kg/dia e de acordo com as necessidades nutricionais, e máximo de 35 calorias Kg/dia;

· Necessidade protéica Kg/dia: 1,2 a 1,5 g de proteína;

7. Recomendações para Acompanhamento Nutricional

Pessoas que recebem terapia nutricional enteral em domicílio devem ser monitoradas por profissionais de saúde a cada três meses, para os seguintes parâmetros: necessidades nutricionais; volume e balanço eletrolítico; peso, IMC e circunferência do braço e prega cutânea; função gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, constipação ou distensão abdominal), tolerabilidade da sonda; condição da gastrostomia, ou da sonda de longa permanência, sinais de infecção e condições clínicas gerais do paciente. 1,3,5,6 Portanto, deve-se realizar avaliação trimestral, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

· Formulário de solicitação de prescrição de nutrição com dieta enteral (anexo III) contemplando as informações descritas anteriormente como parâmetros de monitoramento que justifiquem a sua manutenção;

· Laudo especificando a doença de base e justificativa para manutenção da terapia nutricional por via artificial e da impossibilidade de retorno a via oral.

8. Dietas enterais para adolescentes e adultos a serem disponibilizadas em caso de excepcionalidade

| DESCRIÇÃO | CÓDIGO |
|--|--------|
| Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose e glúten, fonte de proteína a base de caseinato em pó para reconstituição | A1 |
| Dieta enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoprotéica, polimérica, isenta de lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja em pó para reconstituição | A2 |

QUADRO 2 - DIETAS ENTERAIS PADRONIZADAS

9. Referências

1 - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (Reino Unido) (Ed.). **Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition**. 32. ed. London: Nice, 2006. 54 p. Disponível em: <www.nice.org.uk>. Acesso em: 01 dez. 2009. NICE

2 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.

3 - VOLKERT, D. et al. ESPEN. Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. **Clinical Nutrition**, London, n. 25, p.330-360, 2006. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Disponível em: <http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu>. Acesso em: 10 dez. 2009.

4 - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN PARENTERAL E ENTERAL (Espanha). **Protocolos para prescripción de nutrição parenteral e enteral**. Madrid, 1998. Disponível em: <www.senpe.org/>. Acesso em: 10 nov. 2009.

5 - ARENDS, J. et al. ESPEN. Guidelines on Enteral Nutrition: non-surgical oncology. **Clinical Nutrition**, London, n. 25, p.245-259, 2006. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. Disponível em: <http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu>. Acesso em: 10 dez. 2009.

6 - STRATTON, R.J.; GREEN, C. J.; ELIA, M.. **Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment**. Cambridge: Cab International, 2003. 289 p.

Protocolo 24397

| FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS E DIETAS ENTERAIS USO ADULTO E INFANTIL | | | | |
|--|---|--|--|--|
| ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | | |
| 1. Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante | | | 2. CNES | |
| PACIENTE | | | | |
| 3. Nome do Paciente | | 4. Data Nascimento __/__/__ | 5. Nome da Mãe ou Responsável | |
| 6. CPF | 7. Cartão Nacional do SUS-CNS | | 8. Telefone | 9. Sexo F M |
| 10. Raça/Cor | | | | |
| 11. Endereço (Rua, Nº, Bairro) | | | | |
| 12. Município de residência | | 13. UF | 14. CEP | |
| FÓRMULA(S) NUTRICIONAL(S) SOLICITADA(S) | | | | |
| A | 15. Característica da fórmula / Especificação | | | |
| B | 16. Característica da fórmula / Especificação | | | |
| C | 17. Característica da fórmula / Especificação | | | |
| DADOS COMPLEMENTARES | | | | |
| 18. Dados do Paciente | | 19. Base de cálculo nutricional | | 22. Quantidade (em g e mL) |
| Peso (Kg) _____ | | _____ Kcal/kg peso | | Diária |
| Altura (m) _____ | | _____ Ptn/kg peso | | Mensal |
| Indicação clínica: | | 20. Via de administração | | A _____ g e _____ mL |
| CID Principal: | | 21. Previsão de uso | | B _____ g e _____ mL |
| | | | | C _____ g e _____ mL |
| AVALIAÇÃO NUTRICIONAL | | | | |
| 23. Avaliação Subjetiva Global e Avaliação Direta (dados de exames bioquímicos, antropométricos) | | | | |
| 24. Número de consultas pré-natal com referência do serviço: | | | | |
| 25. Período de aleitamento materno exclusivo: | | | | |
| 26. Motivo da suspensão do aleitamento materno: | | | | |
| 27. História clínica resumida: | | | | |
| TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) | | | | |
| 28. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional | | 29. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional | | 30. Data ____/____/____ Fórmula Nutricional |
| SOLICITAÇÃO | | | | |
| 31. Nome do profissional solicitante | | | 32. Data da solicitação __/__/__ | 33. Documento CNS CPF |
| 34. Nº Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante | | | 35. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) | |

Protocolo 24418

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESP -

PORTARIA Nº 25-R, de 28 de Abril de 2010.

Aprova a 21ª alteração de Quadro de Detalhamento de Despesa da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL, no uso da atribuição que lhe confere o art. 98, inciso II da Constituição Estadual, e tendo em vista o art. 18 e seus incisos da Lei Nº 9.277, de 04 de agosto de 2009 e na Lei Nº 9.400, de 20 de janeiro de 2010;

R E S O L V E:

Art. 1º - Proceder na forma dos Anexos I e II a esta Portaria, a 21ª alteração do Quadro de Detalhamento de Despesa, publicado em conformi-