UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCol)
[MESTRADO PROFISSIONAL]

EDNARA SÁVIO CAETANO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES NO MUNICÍPIO DE TREVISO - SC

CRICIÚMA
2023

EDNARA SÁVIO CAETANO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES NO MUNICÍPIO DE TREVISO - SC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Dra. Cristiane Damiani Tomasi.

CRICIÚMA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C128p Caetano, Ednara Sávio.
Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para dispensação de fórmulas alimentares no município de Treviso -SC / Ednara Sávio Caetano. – Criciúma, SC : UNESC, 2023.
71 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.
Orientação: Cristiane Damiani Tomasi.

1. Protocolos clínicos - Nutrição - Treviso (SC). 2. Segurança alimentar e nutricional. 3. Alimentação enteral. 4. Terapia nutricional. 5. Atenção à saúde. 6. Saúde pública - Treviso (SC). 7. Direito à alimentação. 8. Sistema Único de Saúde (Brasil). - I. Título.

CDD – 23. ed. 615.854

Bibliotecária Elisângela Just Steiner – CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back – UNESC

EDNARA SÁVIO CAETANO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES NO MUNICÍPIO DE TREVISO - SC

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 18 de setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora — Orientadora
Presidente

Profa. Lara Canever
Doutora – UNESC
Membro externo

Prof. Antônio Augusto Schäfer
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Á Deus, minha família e meu companheiro.

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus pela vida, a minha Família por ser minha fortaleza em todos os momentos.

Ao meu companheiro de vida Eduardo, por estar sempre me apoiando.

Agradeço a Prefeitura Municipal de Treviso por conceder a realização desse estudo.

Em especial a Secretaria Municipal de Saúde de Treviso e a Secretária municipal de Saúde Vanessa Vieira Pescador por todo apoio e incentivo para realizar esse protocolo.

A nutricionista Nilcem Maria Losso por todo ensinamento tanto técnico quanto de vida, por toda palavra de motivação e de carinho. E por deixar o trabalho mais leve e iluminado.

Não posso deitar de citar aos demais setores: Enfermagem, Farmácia, Assistência Social e Compras que contribuíram com sugestões para que esse protocolo fosse realizado.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde de Treviso que são a base desse estudo.

RESUMO

Introdução: o Direito Humano à Alimentação Adequada é imprescindível para a sobrevivência. É um direito adquirido de forma constitucional a todas as pessoas ter acesso a alimentos saudáveis e seguros do ponto de vista microbiológico, suficientes para atender as necessidades diárias tanto em quantidade quanto em qualidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) atende usuários que apresentam necessidades dietéticas especiais, em virtude de patologias específicas, tais como estresse metabólico, intolerância à lactose, paciente oncológico, em pré e/ou pós-operatório, desnutridos, entre outros. Com essas necessidades a realização de protocolos clínicos contribui para uma saúde coletiva mais eficiente e de acordo com a realidade local. **Objetivos:** Construir protocolo e diretrizes terapêuticas para dispensação de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares do município de Treviso/SC. **Método:** trata-se da construção de um protocolo e diretrizes terapêuticas para a dispensação de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares. Tendo como com público-alvo inicial os profissionais da saúde de Treviso/SC que utilizaram o protocolo e os usuários da APS residentes do mesmo município, que necessitam de dieta enteral e/ou suplementos alimentares e que atendam os critérios de inclusão e exclusão. Também foi realizado reuniões de validação em conjunto com a equipe de saúde do município para melhor construção e adequação do protocolo. **Resultados:** o protocolo conta com critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral de crianças de 0 a 24 meses; crianças e adolescentes de 25 meses a 19 anos e maiores de 20 anos. Critérios clínicos e nutricionais para suplementos alimentares de crianças e adolescentes de 0 meses a 19 anos e maiores de 20 anos. Também possui o Fluxograma para recebimento de fórmula alimentar e/ou suplemento alimentar na APS, o passo a passo do protocolo, o Formulário para solicitação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar e o Termo de compromisso e recebimento de fórmula enteral e/ou suplementos alimentares. **Considerações finais:** a construção do protocolo marca um processo de melhoria na gestão de insumos na secretaria de saúde do município, estabelecendo critérios claros de dispensação de fórmulas alimentares e suplementos nutricionais, desse modo aperfeiçoando a gestão do cuidado das pessoas com necessidade dietética especial.

Palavras-chave: Alimentação. Segurança Alimentar. Saúde Coletiva. Sistema Único de Saúde. Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

Introduction: the Human Right to Adequate Food is essential for survival. It is a constitutionally acquired right for everyone to have access to healthy and microbiologically safe food, sufficient to meet daily needs in both quantity and quality. Primary Health Care (PHC) serves users who have special dietary needs, due to specific pathologies, such as metabolic stress, lactose intolerance, cancer patients, pre- and/or post-operative patients, malnourished patients, among others. With these needs, the implementation of clinical protocols contributes to more efficient collective health and in accordance with the local reality. **Objectives:** Build protocol and therapeutic guidelines for dispensing food formulas for enteral diets and/or food supplements in the municipality of Treviso/SC. **Method:** it involves the construction of a protocol and therapeutic guidelines for the dispensing of food formulas for enteral diets and/or food supplements. The initial target audience was health professionals from Treviso/SC who used the protocol and PHC users residing in the same municipality, who require enteral nutrition and/or dietary supplements and who meet the inclusion and exclusion criteria. Validation meetings were also held together with the municipality's health team to better construct and adapt the protocol. **Results:** the protocol includes clinical and nutritional criteria for enteral feeding of children aged 0 to 24 months; children and adolescents aged 25 months to 19 years and over 20 years of age. Clinical and nutritional criteria for dietary supplements for children and adolescents aged 0 months to 19 years and over 20 years. It also has the Flowchart for receiving food formula and/or food supplement at PHC, the step-by-step protocol, the Form for requesting enteral formula and/or food supplement and the Term of commitment and receipt of enteral formula and food supplements. **Final considerations**: the construction of the protocol marks a process of improvement in the management of inputs in the municipality's health department, establishing clear criteria for dispensing food formulas and nutritional supplements, thus improving the management of care for people with special dietary needs.

Key words: Diet. Food Security. Public Health. Unified Health System. Clinical Protocols.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Linha do tempo DHAA no Brasil 21

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Definições empregadas na Terapia Nutricional.....26
Quadro 2 – Classificações dos protocolos quanto a sua natureza 29
Quadro 3 – Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral de crianças de 0 a 24 meses.....38
Quadro 4 – Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral de crianças de > 25 meses e adolescentes de até 19 anos.....40
Quadro 5 – Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral para maiores de 20 anos.....42
Quadro 6 – Critérios clínicos e nutricionais para suplementos alimentares de crianças e adolescentes de 0 meses a 19 anos.....44
Quadro 7 – Critérios clínicos e nutricionais para suplementos alimentares para maiores de 20 anos.....45

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma – Recebimento de fórmula alimentar e/ou suplemento alimentar na APS.....48

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Descrição da aplicação do protocolo para dispensação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar.....63

LISTA DE ANEXOS

Anexo A –Termo de compromisso e recebimento de fórmula enteral e /ou suplementos alimentares.....67
Anexo B – Mini avaliação nutricional (MAN) para idosos.....68
Anexo C –Formulário para solicitação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar.69
Anexo D – Casos de Alergia à Proteínas do Leite de Vaca.....71
Anexo E – Carta de Aceite.....73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CF	Constituição Federal
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
FAO	Organização das Nações Unidades para a agricultura e alimentação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PROAST	Promoção e Assistência Social de Treviso
SC	Santa Catarina
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Público de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TN	Terapia Nutricional
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNIAFAM	Unidade de Assistência Farmacêutica de Treviso
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 JUSTIFICATIVA 16
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA 17
1.3 FINALIDADE DO PRODUTO 17
2 OBJETIVOS 18
2.1 OBJETIVO GERAL 18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
3 REVISÃO DE LITERATURA 19
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 19
3.1.1 Direito Humano a Alimentação Adequada 20
3.1.2 Segurança Alimentar e Nutricional 22
3.2 *Terapia Nutricional* 25
3.2.1 *Terapia Nutricional Domiciliar* 27
3.3 PROTOCOLOS EM SAÚDE 28
3.3.1 *Protocolos de cuidado a saúde: Protocolos Clínicos* 29
3.3.2 *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapeuticas* 30
4 MÉTODOS 32
4.1 TIPO DE PRODUTO 32
4.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO 32
4.3 PÚBLICO ALVO 33
4.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO 33
4.4.1 Etapa 1 Levantamento da demanda 33
4.4.2 Etapa 2 Recursos necessários para elaboração do produto 34
4.4.3 Etapa 3 Desenvolvimento das atividades 34
4.4.4 Etapa 4 Monitoramento e/ou avaliação 35
6 RESULTADOS 37
7 DISCUSSÃO 51
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 54
REFERÊNCIAS 55
APÊNDICES 62
ANEXOS 66

1 **INTRODUÇÃO**

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é imprescindível para a sobrevivência. O mesmo tem origem e conceito no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) adotado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 1966 que afirma:

> É um direito a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva (ONU, 1966).

O mesmo é assegurado como um direito social pela Emenda Constitucional nº 64, de 2010. No entanto, para contemplar todos estes atributos é necessária uma articulação das políticas intersetoriais, deve-se oferecer condições alimentares para cada indivíduo dentro de suas especificidades e de modo permanente e acontecer em todos os níveis federativos (ABRANDH, 2013).

Uma das maneiras de acontecer a articulação de políticas intersetoriais é por meio da Atenção Primária à Saúde, que atende usuários com necessidades dietéticas especiais e maior fragilidade clínica e nutricional devido a patologias específicas, tais como estresse metabólico, intolerância à lactose, paciente oncológico, em pré e/ou pós-operatório, desnutridos, entre outros. A terapia nutricional visa manter e /ou recuperar o estado nutricional através da alimentação.

Segundo Conitec (2022), os protocolos são documentos que visam melhorar o cuidado de saúde e dos recursos disponíveis no SUS. Esses documentos auxiliam os gestores sob a ótica administrativa, podem ser usados como materiais educativos aos profissionais de saúde e na conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS. Em suma, este protocolo preconiza a dispensação de fórmulas alimentares industrializadas aos usuários do Sistema Único de Saúde, baseados em critérios clínicos e nutricionais.

1.1 JUSTIFICATIVA

A utilização de protocolos é uma estratégia essencial no processo de gestão de serviços, já que são instrumentos elaborados para auxiliar no enfrentamento de inúmeros problemas.

Até o momento do desenvolvimento dessa proposta o município não possuía serviço de dispensação de fórmulas alimentares de dietas enterais e/ou suplementos alimentares. Os usuários que necessitam de fórmulas alimentares, dietas enterais e/ou suplementos alimentares são orientados a solicitar para o Estado, contudo, a chegada dos suprimentos pode demorar.

Diante da demanda no número de prescrições de fórmulas alimentares, dietas enterais e suplementos nutricionais é de suma importância ter uma padronização de normas e condutas na dispensação/fornecimento de fórmulas dietética especiais, visto que em alguns casos o uso de fórmulas alimentares é fundamental para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando no equilíbrio entre a ingestão e necessidades de nutrientes.

Outra necessidade do município, além do protocolo, é a elaboração de um fluxograma para atender os casos com indicações de fórmulas alimentares. Este fluxograma irá organizar e padronizar as etapas desde a entrada do usuário na APS até se necessário o fornecimento de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares. Isso facilitará o entendimento dos procedimentos, porque deixará claro para os profissionais da saúde o processo como um todo. Além disso, sempre que houver dúvida por parte de algum profissional é possível consultar o fluxograma, bem como, permitir que o processo seja constantemente revisado e aprimorado.

Diante disso, é essencial a elaboração de protocolos clínicos e fluxogramas para não comprometer a saúde, qualidade e a segurança do paciente. Uma vez que isso impacta na saúde coletiva e nos custos da saúde pública. Nessa perspectiva, o protocolo clínico e o fluxograma são ferramentas de gestão voltada para o controle financeiro e redução dos riscos assistenciais.

Assim, a construção de um protocolo representa um fortalecimento no atendimento aos usuários que possuem necessidades especiais pertinentes à

alimentação, cujo intuito é melhorar a situação de saúde e qualidade de vida dos mesmos.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Necessidade de orientar o processo de trabalho de profissionais que realizaram as dispensações de fórmulas alimentares, dietas enterais ou suplementos nutricionais e promover melhora no acesso aos usuários do serviço de saúde no município de Treviso.

1.3 FINALIDADE DO PRODUTO

O desígnio do presente estudo é auxiliar tanto profissionais quantos gestores na tomada de decisão referente a situações em que é necessário o uso de fórmulas alimentares, dietas enterais e suplementos, para assim diminuir incertezas, melhorar o acesso a estes produtos, ter mais eficácia e maior segurança na prática clínica.

Como os protocolos clínicos são baseados em evidências científicas que fornecem informações seguras, consequentemente os mesmos poderão auxiliar na redução de complicações clínicas. Outro propósito do produto é a otimização de recursos, economia de tempo para a dispensação de fórmulas alimentares, dietas enterais ou suplementos nutricionais e a qualificação do atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir protocolo e diretrizes terapêuticas para dispensação de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares pela Secretaria Municipal de Saúde de Treviso/SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer um protocolo para solicitação e dispensação de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Treviso/SC.
- Organizar o fluxo de pacientes com prescrição e indicação de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares a fim de otimizar a utilização das mesmas.
- Definir os critérios clínicos e nutricionais para o fornecimento das fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares do município de Treviso.
- Definir o fluxograma para o fornecimento de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares e a continuidade da mesma.
- Otimizar e proporcionar maior segurança ao usuário que utiliza dieta enteral e/ou suplementação alimentar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado em 1990 e uma grande conquista referente ao setor da saúde foi o Art. 196 da Constituição Federal (CF) que define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)” (BRASIL, 1990). Assim, por meio da Lei 8.080 de 1990 também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, o Sistema Único de Saúde é instituído e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Esta lei constitui entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990). Segundo Paim (2018), o SUS está implantado na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas, com valores de democracia, igualdade e emancipação.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, um dos únicos que atende toda a população de forma completamente gratuita e que inclui o tratamento dos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), de pacientes renais crônicos e pacientes com câncer. Todos esses atendimentos de forma integral (SOUZA, 2002). Para Coronel, et al (2016), o SUS mostrou-se audacioso já que estamos em um país com muitas desigualdades sociais, e que esse sistema em questão engloba princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade e o atendimento caracteriza-se de modo democrático, descentralizado, regionalizado e hierarquizado.

Desde a criação do SUS, o mesmo vem passando por diversas transformações. Uma das mudanças que merece destaque é sobre a sua universalização, que se destaca no processo de descentralização, atribuições recursos financeiros da esfera Federal para os Estados e Municípios (SOUZA, 2002). Essa descentralização foi um marco histórico, pois descentralizou também o sistema de financiamento, opondo-se ao modelo de sistema de saúde anterior (SOUZA, 2002).

Como o SUS é uma conquista da população brasileira, sua participação social se faz efetiva através de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. A finalidade dessa participação da população é avaliar a saúde, conferir e analisar os

gastos, propor diretrizes ou mudanças na formulação de políticas de saúde (SOUZA, 2002).

> Segundo Paim (2018), o Brasil possui um sistema de informação em saúde que está em constante desenvolvimento. Como exemplo desses avanços temos: os sistemas relacionados a mortalidade, notificações de agravos e internações hospitalares. E essas informações são importantes para analisar as políticas de saúde, programas e planos. No entanto, o SUS enfrenta muitas diversidades e a solução desses problemas é necessária uma variedade de ferramentas que passam pela administração pública, pelos gestores, pelos políticos, pelas escolas e universidades e pela sociedade em geral (CORONEL et alal,2016).

3.1.1 Direito Humano a Alimentação Adequada

O DHAA está em vários documentos internacionais (Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura – FAO –, por exemplo). No entanto, essa expressão tem origem no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Este pacto trata este direito de maneira mais abrangente (ABRANDH, 2013). Conforme o Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**,** sobre o artigo 11, os Estados reconhecem o direito a toda pessoa (si próprio e sua família) à alimentação, vestimenta e moradia adequadas, consentindo o direito fundamental de toda pessoa de estar protegida contra a fome, bem como, assegurar de forma equitativa os recursos alimentícios mundiais.

É de responsabilidade do Estado tanto nível nacional ou internacional, garantir a todos sem exceção, condições para o acesso a uma alimentação adequada em quantidade e qualidade, uma vez que a alimentação é uma necessidade básica do ser humano (SILVA; CAMARGO; MONTEIRO, 2017). O DHAA é imprescindível para a sobrevivência humana e as normas internacionais dizem que é direito de todos uma alimentação adequada, para assim, conseguir a realização de outros direitos humanos (ABRANDH, 2013).

O DHAA fundamenta-se na garantia ao alimento de qualidade e quantidade para satisfazer as demandas nutricionais do indivíduo e na garantia ininterrupta de acessibilidade ao alimento de forma sustentável (SILVA; CAMARGO; MONTEIRO, 2017). O DHAA não é apenas para as pessoas que não tem acesso aos alimentos, mas sim para todas as pessoas de qualquer parte do mundo. Quanto ao termo alimentação “adequada” existem várias dimensões como: diversidade, vigilância sanitária dos alimentos, adequação nutricional, alimentação livre de contaminantes

agrotóxicos e organismos geneticamente modificados, acesso a recursos financeiros ou recursos naturais, como terra e água, acesso à informação, respeito e valorização da cultura alimentar nacional e regional até mesmo a realização de outros direitos (ABRANDH, 2013).

A figura a seguir mostra alguns momentos marcantes na linha do tempo do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) no Brasil.

Figura 1: Linha do tempo do DHAA no Brasil

Fonte: Abrandh, 2013.

Esse direito no Brasil também é assegurado com a aprovação da Emenda Constitucional nº 64, de 2010, que altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. O Capítulo II – Dos Direitos Sociais, estabelece: “Art. 6° – São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 2010). Essa Emenda Constitucional foi consequência de uma grande mobilização social, que não aceitava a insegurança alimentar e a má qualidade da alimentação (que tem como efeitos: obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e alguns tipos de câncer) e a violação do direito a dignidade humana (ABRANDH, 2013).

Em suma, o DHAA é amplo e diversificado: trata do acesso físico, econômico e estável aos alimentos, da disponibilidade, da dignidade humana, da adequação, da garantia de prestação de contas, de políticas intersetoriais, acesso de

alimentos com qualidade e produzidos de modo sustentável e permanente, modelo de desenvolvimento rural voltado ao objetivo de alimentar a população que valorize os saberes ancestrais de cultivo e o(a) agricultor(a) (de acordo com cada cultura e região), garantindo a soberania alimentar (ABRANDH, 2013).

Desta forma, o DHAA no Brasil é um grande desafio, pois o país tem várias realidades, cada uma com sua singularidade e dificuldade. Isso aponta para a necessidade de políticas e programas públicos que apresentem intra e a intersetorialidade, que forneça mudanças culturais e reduzindo a violação dos direitos. Logo, o DHAA e a Segurança Nacional de Alimentar e Nutricional apresentam uma forte relação, especialmente nas políticas públicas de alimentação e nutrição (ABRANDH, 2013; CAISAN, 2017; SILVA; CAMARGO; MONTEIRO, 2017).

3.1.2 Segurança Alimentar e Nutricional

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), instituída na Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, entende-se por Segurança Alimentar e Nutricional:

> "A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis".

A LOSAN é uma lei federal aprovada pelo Poder Legislativo e é considerada o principal instrumento para o Direito Humano à Alimentação Adequada, ou seja, regulamenta o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para assegurar o DHAA e promover a Segurança Alimentar e Nutricional no país (ABRANDH, 2013).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) ganhou destaque no mundo todo nas últimas décadas, principalmente pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), na questão produção e estoque de alimentos, pois interfere diretamente na vida das pessoas e no sistema alimentar mundial (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

De forma nacional ou internacional a garantia de acesso aos alimentos e a superação da pobreza, são questões que sempre estão em pauta na segurança alimentar e nutricional, como forma de reduzir a fome (SILVA; PANELLI-MARTINS, 2020). Conforme Castro (2019), no Brasil a insegurança alimentar e nutricional é desigual na população e isso se torna uma situação complexa, que envolve vários fatores (econômicos, políticos, ambientais, educacionais, etc). E essa complexidade demanda políticas públicas articuladas.

Desta forma, as políticas públicas de SAN devem considerar tanto a desnutrição e a deficiência de nutrientes quanto o sobrepeso, a obesidade e consequentemente as doenças crônicas não transmissíveis (SILVA; PANELLI-MARTINS, 2020).

A SAN é um assunto com várias áreas de inserção como nutrição, ciências sociais, ciências políticas, direito, economia, entre outras. E por isso que a construção de políticas públicas relacionadas à SAN é muito complexa (SILVA; PANELLI-MARTINS, 2020). Segundo Vasconcellos e Moura (2018), a SAN no Brasil ainda encontra uma dificuldade a ser superada: a intersetorialidade. A mesma precisa ser de forma horizontal, para buscar o alinhamento dos programas sociais junto ao SISAN.

O SISAN tem como objetivo:

> Art. 7º – A consecução do direito humano à alimentação adequada e da segurança alimentar e nutricional da população far-se-á por meio do SISAN, integrado por um conjunto de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, afetas à segurança alimentar e nutricional e que manifestem interesse em integrar o Sistema, respeitada a legislação aplicável (BRASIL, 2006).

Este sistema contempla conselhos que permitem a participação e o controle social. Também visa respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos do povo brasileiro. E é o elemento fundamental da LOSAN, permitindo a estabilidade e a continuidade das ações e programas de SAN (ABRANDH, 2013).

O SISAN reúne diversos eixos temáticos que se organizam em departamentos distintos de governo, como as áreas de agricultura e acesso à terra, ambiente, assistência social, cultura, direitos humanos e saúde, incluindo temas transversais e relevantes da sociedade. Assim, vários representantes estão presentes na configuração do SISAN, como: ações de empoderamento das lideranças femininas, fortalecimento da produção de alimentos por populações remanescentes de quilombos e ações a favor da demarcação das terras e resgate da produção tradicional das etnias indígenas (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

O sistema SISAN é realizado de forma voluntária, não é obrigatório a sua implantação de forma municipal (BRASIL, 2010). Portanto, essa adesão é extremamente importante para fortalecer a SAN, promover pactos federativos, maior participação social nas políticas públicas, acompanhar os indicadores e programas de SAN, entre outros (SILVA; PANELLI-MARTINS, 2020).

No entanto, mesmo com os avanços na insegurança alimentar no país, as desigualdades regionais somadas as sociodemográficas refletem o agravamento das condições de acesso aos alimentos entre as diversas regiões e, também, no interior de cada uma delas (VIGISAN, 2021).

3.2 Terapia Nutricional

A terapia nutricional (TN) é recomendada em situações em que a ingestão oral não é suficiente para manter o estado nutricional do paciente. A mesma pode ser fornecida por meio de sonda ou ostomias, como forma de suprir as necessidades diárias de um paciente tanto de energia quanto de nutrientes em quantidade e qualidade conforme a doença (ALMIRANTE TAMANDARÉ, 2014).

Segundo a RDC n° 63, de julho de 2000, a terapia nutricional é um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição parenteral ou enteral.

Indica-se a terapia nutricional enteral em duas situações, quando tem risco de desnutrição, ou seja, quando a ingestão oral é impossível ou insuficiente às necessidades nutricionais diárias e a segunda quando o trato digestivo estiver total ou parcialmente disfuncional, ou 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, 2009).

Quadro 1 – Definições empregadas na Terapia Nutricional

DEFINIÇÕES	
Alimentos para fins especiais	São alimentos formulados ou processados, que contêm modificações no conteúdo de nutrientes adequados para à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, que atendem as necessidades de indivíduos em condições metabólicas e fisiológicas específicas (BRASIL, 2018).
Avaliação do estado nutricional	É a conclusão do diagnóstico de nutrição do indivíduo ou de uma população, por meio da análise de dados diretos (antropométricos, fisiológicos, clínicos, bioquímicos, doenças preexistentes e outros métodos) e indiretos (consumo alimentar, condições socioeconômicas e disponibilidade de alimentos, entre outros) (BRASIL, 2018).
Diagnóstico de nutrição	É a identificação do estado nutricional de uma pessoa com base na avaliação do estado nutricional individualizado (BRASIL, 2018).
Prescrição dietética da nutrição enteral	É a determinação de nutrientes da nutrição enteral conforme as necessidades específicas do paciente (BRASIL, 2000).
Terapia nutricional	São procedimentos terapêuticos para manter ou recuperar o estado nutricional por meio da nutrição parenteral ou enteral (BRASIL, 2000).
Risco nutricional	Condição do estado nutricional que se caracteriza pela vulnerabilidade de desenvolvimento de doenças relacionadas à nutrição (BRASIL, 2018).
Recomendações nutricionais	Quantidade de nutrientes necessários para satisfazer as necessidades de 97,5% dos indivíduos de uma população sadia (BRASIL, 2018).

Necessidades nutricionais específicas	Quantidade de energia e de nutrientes biodisponíveis nos alimentos que um indivíduo sadio ou enfermo deve ingerir para satisfazer suas necessidades fisiológicas e prevenir sintomas de deficiências, ou para recuperar um estado de saúde em que a nutrição se torna fator principal ou coadjuvante do tratamento (BRASIL, 2018).
Suplementos nutricionais	São os alimentos que complementam com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo, em casos onde sua ingestão seja insuficiente ou ainda quando a dieta requer suplementação, não sendo possível substituir os alimentos, nem ser utilizados como alimentação exclusiva (BRASIL, 2000, 2018).

Fonte: BRASIL, 2000, 2018.

3.2.1 Terapia Nutricional Domiciliar

A presença de doenças ou agravos à saúde podem acometer os indivíduos durante sua existência, sendo necessário o uso de alimentos especiais. Vias alternativas para nutrição são indicadas em situações em que a alimentação convencional por via oral é insuficiente ou incapaz de garantir o DHAA. Desta forma, a terapia nutricional enteral e a terapia nutricional domiciliar são modalidades da alimentação realizadas para atender as necessidades nutricionais, podendo ser por meio de suplementação oral, sondas e ostomias (VAN AANHOLT, et al, 2021).

A terapia nutricional enteral domiciliar refere-se à administração de nutrientes por meio da nutrição enteral em domicílio, com a finalidade de recuperar o estado nutricional ou não o deixar retroceder, além de melhoria da qualidade de vida do paciente por proporcionar maior vínculo familiar, evitar hospitalizações recorrentes ou prolongadas, com menores custos aos serviços de saúde. De forma sucinta, essa terapia nutricional é indicada para pessoas que apresentam redução na ingestão oral abaixo das necessidades para manter seu estado nutricional e de hidratação. Ou em que a nutrição oral e enteral está temporária ou definitivamente impossibilitadas ou em casos de distúrbios de absorção (BRASPEN, 2018).

Vale ressaltar que a prevalência de terapia nutricional enteral em domicílio aumenta anualmente e proporciona o DHAA aos indivíduos com necessidades especiais de alimentação e nutrição (CUTCHMA, et al., 2016).

3.3 PROTOCOLOS EM SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (2008), os protocolos são recomendações desenvolvidas para auxiliar no manejo de um problema de saúde, em uma situação clínica específica e baseados em evidência científica. Isto é, são orientações concisas na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Os protocolos são recomendações pautadas em informação científica que auxiliam no manejo clínico de um problema ou condição de saúde (BRASIL; SILVA; MOURA, 2018).

A finalidade dos protocolos clínicos são garantir o melhor cuidado de saúde no SUS, contendo recomendações de condutas de uma determinada condição, pautados em critérios de segurança, eficácia, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde (BRASIL, 2019).

No entanto, os mesmos precisam apresentar o cuidado com o sentido humanizador e ético, com o emprego de saberes e tecnologias e pela abrangência no processo de organização das ações e serviços. A necessidade desses protocolos aumentou com a descentralização, já que os municípios passaram a ter mais autonomia e começaram a elaborar seus próprios protocolos, em virtude das necessidades de saúde específicas de cada região (WERNECK; FARIAS, CAMPOS, 2009).

Por serem ferramentas direcionadas à saúde de seus usuários, os protocolos podem apresentar características voltadas à prevenção, promoção e educação em saúde. O seu uso pode trazer inúmeros benefícios como: evitar duplicidade de tarefas, economia de tempo, adaptação da evidência científica à realidade local, qualificação no atendimento e satisfação de usuários (BRASIL; SILVA; MOURA, 2018).

Vale salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do SUS, não são neutros e exercem influência na construção do modelo de atenção. Mesmo assim,

são fundamentais no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, na padronização das ações e no processo de trabalho. Em virtude disso, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNECK; FARIAS, CAMPOS, 2009).

3.3.1 Protocolos de Cuidado à Saúde: protocolos clínicos

Os protocolos clínicos são ferramentas voltadas para a clínica com ações preventivas, promocionais e educativas. Os mesmos auxiliam no enfrentamento de alguns problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias baseados nas evidências científicas (WERNECK; FARIAS, CAMPOS, 2009).

Os protocolos podem ser classificados quanto à sua natureza em clínicos e/ou de organização dos serviços.

Quadro 2 – Classificações dos protocolos quanto a sua natureza

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À SUA NATUREZA	
Protocolos clínicos	São instrumentos projetados para orientar a atenção à saúde dos usuários, com foco nas áreas clínicas e nas ações preventivas, promocionais e educativas.
Protocolos de organização dos serviços:	Esses instrumentos têm o propósito de auxiliar na gestão dos serviços de saúde, incluindo a organização do trabalho tanto em uma unidade específica como no território abrangido, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a criação do sistema de informação. Eles também estabelecem as conexões entre diferentes unidades de saúde, os níveis de atenção (agendamento de consultas, encaminhamentos e contra-referências) e outras instituições sociais ligadas à saúde.

Fonte adaptada de Werneck; Farias, Campos, 2009.

Segundo Behrmann e Lima (2019), o uso de protocolo clínico nutricional exerce um papel essencial na melhora da qualidade de vida, dos cuidados de prevenção e no tratamento da desnutrição na prática diária. O estabelecimento de protocolos clínicos nutricionais e o seu uso correto aprimora o atendimento e o monitoramento dos usuários que estão especialmente em terapia nutricional domiciliar (SILVA; FORTES, 2021).

A adoção de protocolos clínicos consegue melhorar a adequação nutricional em cerca de 10% (TOLEDO; CASTRO; HORIE, 2017). Vale destacar que, mesmo com variação do uso do protocolo nutricional, o mesmo assume um importante papel na evolução da melhora do paciente). A utilização de protocolos em nutrição é de extrema relevância, pois constitui uma ferramenta com eficácia e segurança, de forma a diminuir os custos e melhorar a qualidade da assistência nutricional (BEHRMANN; LIMA, 2019).

Diante disso, a segurança do paciente tem sido bastante debatida por parte dos gestores, profissionais e usuários, já que a ocorrência de eventos adversos tem aumentado. Desse modo, o uso correto de um protocolo clínico eficiente poderá proporcionar maior promoção da segurança e da melhoria da qualidade na assistência à saúde (SILVA et al., 2020). Portanto, este instrumento pode fazer parte do dia-a-dia do trabalho das equipes de saúde orientando nas ações de organização do serviço (WERNECK; FARIAS, CAMPOS, 2009).

3.3.2 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

O protocolo clínico e a diretriz terapêutica (PCDT) são documentos oficiais do SUS que constituem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; bem como o tratamento recomendado, o uso ou não de medicamentos; as posologias indicadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos (CONITE, 2022).

Segundo Conitec (2022), os PCDT são documentos que visam melhorar o cuidado de saúde e dos recursos disponíveis no SUS. Esses documentos auxiliam os gestores sob a ótica administrativa, podem ser usados como materiais educativos aos

profissionais de saúde e na conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS.

Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecem os produtos necessários durante as fases de uma doença ou do agravo da saúde que está sendo tratado. Os PCDTs também determinam em caso de eficácia e de surgimento de reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento ou produto. Assim como, avaliados quanto à sua segurança, efetividade e custo-efetividade (BRASIL, 2014).

5 MÉTODOS

5.1 TIPO DE PRODUTO

Foi produzido um Protocolo e Diretrizes Terapêuticas para dispensação de fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares do município de Treviso/SC. Este tipo de produto está de acordo com a Resolução n. 02/2019 do Colegiado Pleno do PPGScol, e também será utilizado pelos profissionais da saúde do município que se embasarão no protocolo em questão para a sua tomada de decisão.

5.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O município de Treviso localiza-se próximo às encostas da Serra Geral, entre as praias do litoral Sul e o planalto serrano. Pertence à Microrregião da AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera). É distante 220 km da capital Florianópolis, 35km da BR 101 e 25 km da cidade de Criciúma. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021, Treviso possui uma população estimada de 4.002 habitantes.

O município conta com uma Unidade Básica de Saúde que mantém duas Estratégias Saúde da Família, com uma Policlínica Municipal que mantém atendimento multiprofissional em cardiologia, pediatria, ginecologia, infectologia, ortopedia, dermatologia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social, além de Imunização e Vigilância em Saúde e Academia da Saúde. Além disso, tem a Academia ao Ar Livre, Grupos Sociais e de Geração de Emprego e Renda mantidos pela PROAST (Promoção e Assistência Social de Treviso) e CRAS (Centro de Referência da Assistência Social).

Conforme a Unidade de Assistência Farmacêutica de Treviso (UNIAFAM) houve uma crescente demanda nos últimos cinco anos de usuários que apresentam necessidades dietéticas especiais, em virtude de patologias específicas, tais como estresse metabólico, paciente oncológico, em pré e/ou pós-operatório, desnutridos ou

com alguma carência nutricional que os conduziram à necessidade de terapia nutricional e o uso de protocolos clínicos se torna indispensável.

Vale ressaltar que a construção do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para dispensação de fórmulas alimentares dietas enterais e/ou suplementos alimentares em questão, foi abordado na reunião de equipe técnica e houve consenso dos profissionais sobre a importância da realização e implantação do protocolo.

Portanto, o protocolo em questão é uma ferramenta que fortalece o processo de trabalho do município, assim como, poderá evitar ou minimizar o impacto de complicações relacionadas ao estado nutricional.

5.3 PÚBLICO ALVO

O público-alvo inicial são os profissionais da saúde de Treviso/SC e os usuários da APS residentes do mesmo município e que necessitam de dieta enteral e/ou suplementos alimentares. O usuário deve residir no município, atender os critérios nutricionais e clínicos e fornecer a documentação exigida para assim ter o deferimento.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

5.4.1 Etapa 1: Levantamento da demanda

A etapa 1 foi desenvolvida considerando os seguintes momentos:

a) Primeiro Momento: foi realizado uma revisão de literatura sobre protocolos clínicos e demais documentos publicados pelo Ministério da Saúde, como forma de desenvolver o protocolo o mais próximo possível da realidade do município.

b) Segundo Momento: levantamento da demanda de fórmulas alimentares para dieta enteral e/ou suplementos alimentares dos usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Treviso/SC.

c) Terceiro Momento: definir as indicações clínicas e nutricionais, para o fornecimento fórmulas alimentares para dieta enteral e/ou suplementos alimentares para os usuários da APS do município de Treviso/SC.

5.4.2 Etapa 2: Recursos necessários para elaboração e aplicação do produto

Os recursos necessários foram a estrutura física da Unidade Básica de Saúde Dilnei Zelindo Sonego e da Policlínica. Os profissionais envolvidos constituem em: Nutricionistas e/ou Médico para realizar a prescrição de fórmulas para dieta enteral e/ou suplementos alimentares; os Farmacêuticos para a dispensação de fórmulas para dieta enteral e/ou suplementos alimentares e se necessário demais profissionais que compõem a equipe de saúde.

As fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares serão custeadas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Treviso/SC (ANEXO E).

5.4.3 Etapa 3: Desenvolvimento das atividades

As ações referentes a construção do produto foram desenvolvidas considerando os momentos a seguir:

1) **Atendimento e análise dos critérios:** o usuário passa pela avaliação nutricional e/ou médica e a partir disso é verificado se atende ou não os critérios exigidos para o fornecimento de fórmulas alimentares para dieta enteral e/ou suplementos alimentares.

2) Documentação e liberação fórmula enteral e/ou suplemento alimentar: o usuário apresentará a documentação exigida para o setor da Farmácia. Após essa

etapa ocorrerá a liberação pela gestão municipal para o fornecimento das fórmulas alimentares para dieta enteral e/ou suplementos alimentares em uso domiciliar. Vale ressaltar que o fornecimento pela gestão municipal acontecerá até o momento do recebimento pelo Estado, após isso, o município suspenderá o fornecimento. Quanto ao fornecimento não haverá distinção de idade, sexo e doença, para assim assegurar os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

3) Dispensação fórmula enteral e/ou suplemento alimentar: A dispensação da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar acontecerá pela Farmácia na Unidade Básica de Saúde Dilnei Zelindo Sonego ou pela Farmácia da Policlínica. Vale ressaltar que o usuário irá realizar o uso de fórmulas alimentares enterais e/ou suplementos alimentares no seu domicílio, já que o município não possui Hospital e nem Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

4) Reavaliação Nutricional: Avaliação trimestral com relatório médico e/ou nutricional a cada 3 (três) meses. Se o usuário preenche os critérios clínicos e nutricionais haverá a renovação da dispensação da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares. Caso contrário, ocorrerá a suspensão da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares, no entanto, o usuário ficará em acompanhamento clínico e/ou nutricional para monitoramento do estado nutricional pela APS. Vale informar que essas etapas foram acordadas durante reuniões com a equipe de saúde do município.

5.4.4 Etapa 4: Monitoramento e/ou Avaliação

As ações são avaliadas a partir dos momentos a seguir:

a) Primeiro Momento: Acompanhamento da diretriz terapêutica nacional por meio do Ministério da Saúde, com frequência semestral.

b) Segundo Momento: Revisão do protocolo será bianual ou quando houver necessidade de acréscimo de informações relevantes no protocolo clínico para dispensação de fórmulas alimentares para dietas enterais

e/ou suplementos alimentares, como especificação técnica ou até mesmo quando for preciso retirar informações.

c) Terceiro Momento: Caso a quantidade fornecida de fórmulas alimentares para dieta enteral e/ou suplementos alimentares esteja insuficiente, o usuário passará por uma nova avaliação pelo profissional Nutricionista e/ou Médico. Se a quantidade dispensada estiver superior e/ou que não necessita mais das fórmulas alimentares, estas são realocadas para outro usuário com necessidade igual. Mas para que isso aconteça, as fórmulas alimentares e/ou suplementos precisarão estar dentro do prazo de validade e terem sido armazenadas de forma correta.

d) Quarto Momento: A suspensão de fornecimento pela gestão municipal de Treviso ocorrerá: mediante comunicação de óbito; a pedido do usuário e/ou do responsável; por solicitação do nutricionista e/ou médico, e/ou da equipe de referência após avaliação clínica e nutricional; não retirada da fórmula alimentar para dietas enterais e/ou suplementos alimentares na Unidade Básica de Saúde Dilnei Zelindo Sonego e/ou Policlínica em até 10 dias após a data estipulada da entrega; não comparecimento às reavaliações agendadas e monitoramento do estado nutricional para adequação das fórmulas alimentares para dietas enterais e/ou suplementos alimentares e após o fornecimento da mesma pelo Estado.

6 RESULTADOS

O protocolo é um instrumento que faz parte do dia a dia das equipes de saúde, mas para que o município consiga melhorar o atendimento referente a dispensação de fórmulas de dietas enterais e/ou suplementos alimentares é necessário o envolvimento responsável dos profissionais de saúde, para assim beneficiar a população adscrita.

Dessa forma, os resultados estão descritos em critérios nutricionais e clínicos para dieta enteral e critérios clínicos e nutricionais para suplementos alimentares, ambos conforme as faixas etárias. Também consta o Fluxograma para recebimento de fórmula alimentar e /ou suplemento alimentar na APS e a descrição da aplicação do protocolo.

Vale destacar que o protocolo foi apresentado e validado junto a Secretaria Municipal de Saúde de Treviso e que os principais apontamentos dessa reunião foram quais critérios clínicos e nutricionais seriam inseridos para atender a demanda municipal, a definição da documentação para o fornecimento, entre outros. Assim, o protocolo apresentado no Apêndice A já inclui as alterações sugeridas na reunião.

6.1 CRITÉRIOS CLÍNICOS E NUTRICIONAIS

6.1.1 Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral

Os critérios para dispensação para dieta enteral incluem aquelas contempladas por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia. A quantidade fornecida é de acordo com a prescrição do nutricionista e/ou médico. Abaixo foram elencados os critérios nutricionais e clínicos de acordo com as seguintes faixas etárias.

6.1.1.1 Crianças de 0 a 24 meses

Para cada definição dos critérios abaixo considera-se primordialmente as seguintes informações. O aleitamento materno exclusivo deverá ser sempre priorizado. Na impossibilidade do aleitamento materno exclusivo, tentar o aleitamento materno complementado com fórmula alimentar industrializada. Os estados nutricionais de IMC com classificação diferente dos citados abaixo (QUADRO 3), caberá ao nutricionista e/ou médico avaliar a necessidade ou não do fornecimento de fórmula alimentar a fim de garantir a oferta de macro e micronutrientes.

Para os demais casos não contemplados nos itens citados abaixo caberá ao nutricionista e/ou médico avaliar a necessidade ou não do fornecimento de fórmula alimentar a fim de garantir a oferta de macro e micronutrientes. E o fornecimento de fórmulas alimentares para essas dietas enterais e/ou suplementos alimentares será realizado pelo município até que as fórmulas sejam dispensadas pelo Estado.

Quadro 3 – Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral de crianças de 0 a 24 meses

CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES	
CRITÉRIOS NUTRICIONAIS	IMC/idade (kg/m²): **Magreza e Magreza Acentuada**
	Comprimento para idade (C/I): **Baixa e Muito Baixa Estatura por idade.**
CRITÉRIOS CLÍNICOS	- Prematuridade extrema (< 28 semanas) - Recém-nascido prematuro com cardiopatias, doença metabólica óssea, pneumopatia em uso de oxigênioterapia, refluxo gastroesofágico grave, síndrome do intestino curto; - Contraindicação para o aleitamento materno com justificativa clínica (infecção humana materna pelo vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV), infecção humana materna pelo vírus linfotrófico humano de células (HTLV 1 e 2); - Mãe em quimioterapia e/ou radioterapia; - Má formação labial e/ou de palato sem condições de receber o leite materno por sucção ou ordenha ou leite humano doado e apresentar desnutrição ou curva de crescimento decrescente;

	- Diagnóstico de alergia à proteína ao leite de vaca (APLV) e/ou alergia múltipla; - Diagnóstico de erros inatos do metabolismo e doenças disabsortivas; - Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal. Os casos de pré-operatório serão contemplados com dieta enteral, somente se o usuário já estiver em uso de via alternativa de alimentação; - Insuficiência renal crônica em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume; - Diarreia crônica (por mais de 20 dias) sem melhora com medidas clínicas e dietéticas, associada à desnutrição; - Paralisia cerebral e doenças neuromusculares (acidente vascular encefálico, trauma cranioencefálico, sequela neurológica).

Fonte: ALMIRANTE TAMANDARÉ 2014; CONTAGEM, 2018; RIO GRANDE DO SUL, 2018; PEDRO LEOPOLDO, 2018.

Para o fornecimento da fórmula alimentar apenas (1) um dos critérios acima já será considerado. Em casos de Alergia a Proteína ao Leite de Vaca (APLV), o próprio diagnóstico já é considerado critério para o provimento.

6.1.1.2 Crianças com mais de 25 meses e adolescentes de até 19 anos

Os critérios para dispensação para dieta enteral incluem aquelas contempladas por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia. A quantidade fornecida é de acordo com a prescrição do nutricionista e/ou médico. Abaixo foram elencados os critérios nutricionais e clínicos de acordo com as faixas etárias.

Quadro 4 – Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral de crianças coma mais de 25 meses e adolescentes de até 19 anos

CRIANÇAS COM MAIS DE 25 MESES E ADOLESCENTES DE ATÉ 19 ANOS	
CRITÉRIOS NUTRICIONAIS	IMC/idade (kg/m²): **Magreza e Magreza Acentuada**
	Estatura para idade (E/I): **Baixa e Muito Baixa Estatura por idade.**
CRITÉRIOS CLÍNICOS	- Alergia à proteína ao leite de vaca (APLV) e/ou alergia múltipla; - Diabetes Mellitus associado a hemoglobina glicada >10%. - Erros inatos do metabolismo; - Doenças disabsortivas (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas), sem quadro de desnutrição; - Pós-operatório imediato do trato gastrointestinal ou transplante. Os casos de pré-operatório serão contemplados com dieta enteral, somente se o usuário já estiver em uso de via alternativa de alimentação; - Diarreia crônica (por mais de 20 dias) sem melhora com medidas clínicas e dietéticas, associada à desnutrição; - Neoplasias; - Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós tratamento, - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); - Insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume; - Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência;

	- Sequela Neurológica (acidente vascular encefálico, trauma cranioencefálico, doenças neurodegenerativas e neuromusculares); - Sequelas ou politraumas secundários a Perfuração por Arma de Fogo (PAF), quedas e acidentes.

Fonte: ALMIRANTE TAMANDARÉ 2014; CONTAGEM, 2018; RIO GRANDE DO SUL, 2018; PEDRO LEOPOLDO, 2018.

Para o fornecimento da fórmula alimentar apenas (1) um dos critérios acima já será considerado. Em casos de Alergia a Proteína ao Leite de Vaca (APLV), o próprio diagnóstico já é considerado critério para o provimento.

6.1.1.3 Maiores de 20 anos

Os critérios para dispensação para dieta enteral incluem aquelas contempladas por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia. A quantidade fornecida é de acordo com a prescrição do nutricionista e/ou médico. Abaixo foram elencados os critérios nutricionais e clínicos de acordo com as faixas etárias.

Quadro 5 – Critérios clínicos e nutricionais para dieta enteral para maiores de 20 anos

MAIORES DE 20 ANOS	
CRITÉRIOS NUTRICIONAIS	20 a 59 anos: - IMC < 18,5 kg/m²; - Perda involuntária de peso maior ou igual a **10% em 3 meses;** - Classificação da Circunferência do Braço (CB): **< 80% (desnutrição moderada a grave).**
	Maior de 60 anos: - IMC < 22kg/m²; - Perda involuntária de peso maior ou igual a **10% em 3 meses;** - Escore de triagem *Mini Avaliação Nutricional (MAN)* para idosos: **Pontuação: 0 – 7** (ANEXO B).
CRITÉRIOS CLÍNICOS	- Diabetes Mellitus associado à hemoglobina glicada >10%; - Doenças disabsortivas (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas), sem quadro de desnutrição; - Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante. Os casos de pré-operatório serão contemplados com dieta enteral, somente se o usuário já estiver em uso de via alternativa de alimentação; - Diarreia crônica (por mais de 20 dias) sem melhora com medidas clínicas e dietéticas, associada à desnutrição; - Neoplasias; - Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós tratamento, - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);

	- Insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume; - Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência; - Sequela Neurológica (acidente vascular encefálico, trauma cranioencefálico, doenças neurodegenerativas e neuromusculares); - Sequelas ou politraumas secundários à perfuração por arma de fogo, quedas e acidentes; - Inapetência associada à desnutrição.

Para o fornecimento da fórmula alimentar apenas (1) um dos critérios acima já será considerado. Em casos de Alergia a Proteína ao Leite de Vaca (APLV), o próprio diagnóstico já é considerado critério para o provimento.

6.2 Critérios clínicos e nutricionais para Suplementos Alimentares

Suplementos alimentares são os alimentos que complementam com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo, em casos onde sua ingestão seja insuficiente ou ainda quando a dieta requer suplementação, não sendo possível substituir os alimentos, nem ser utilizados como alimentação exclusiva (BRASIL, 2000, 2018).

A quantidade fornecida é de acordo com a prescrição do nutricionista e/ou médico. Abaixo foram elencados os critérios nutricionais e clínicos de acordo com as faixas etárias.

6.2.1 Crianças e adolescentes de 0 meses a 19 anos

Para os demais casos não contemplados nos itens citados abaixo caberá ao nutricionista e/ou médico avaliar a necessidade ou não do fornecimento de suplemento nutricional a fim de garantir oferta de macro e micronutrientes.

E o fornecimento de fórmulas alimentares para essas dietas enterais e/ou suplementos alimentares será realizado pelo município até que as fórmulas sejam dispensadas pelo Estado.

Quadro 6 – Critérios clínicos e nutricionais para suplementos alimentares de crianças e adolescentes de 0 meses a 19 anos

CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 0 MESES A 19 ANOS	
CRITÉRIOS NUTRICIONAIS	- Não apresentar recuperação ou melhora do estado nutricional; - Desnutrição moderada ou grave; - Desnutrição leve associada a um dos critérios clínicos listado abaixo.
CRITÉRIOS CLÍNICOS	- Doenças disabsortivas (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas), sem quadro de desnutrição; - Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante; - Neoplasias; - Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós tratamento, - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); - Insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume;

	- Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência; - Sequela Neurológica (acidente vascular encefálico, trauma cranioencefálico, doenças neurodegenerativas e neuromusculares); - Sequelas ou politraumas secundários à perfuração por arma de fogo, quedas e acidentes; - Cardiopatia congênita.

Fonte: ALMIRANTE TAMANDARÉ 2014; CONTAGEM, 2018; RIO GRANDE DO SUL, 2018; PEDRO LEOPOLDO, 2018.

6.2.2 Maiores de 20 anos

Para os demais casos não contemplados nos itens citados abaixo caberá ao nutricionista e/ou médico avaliar a necessidade ou não do fornecimento de suplemento nutricional a fim de garantir oferta de macro e micronutrientes.

E o fornecimento de fórmulas alimentares para essas dietas enterais e/ou suplementos alimentares será realizado pelo município até que as fórmulas sejam dispensadas pelo Estado.

Quadro 7 – Critérios clínicos e nutricionais para suplementos alimentares para maiores de 20 anos

MAIORES DE 20 ANOS	
CRITÉRIOS NUTRICIONAIS	- Não apresentar recuperação ou melhora do estado nutricional; - Desnutrição moderada ou grave; - Desnutrição leve associada a um dos critérios clínicos listado abaixo.
CRITÉRIOS CLÍNICOS	-Doenças disabsortivas (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes

	intestinais desde que especificadas), sem quadro de desnutrição; -Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante; - Neoplasias; - Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós tratamento, - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); - Insuficiência renal crônica (IRC) em tratamento conservador ou dialítico, que exija restrição de íons e/ou de volume; - Úlceras de pressão grau III ou IV conforme avaliação prévia da equipe de referência; - Sequela Neurológica (acidente vascular encefálico, trauma cranioencefálico, doenças neurodegenerativas e neuromusculares); - Sequelas ou politraumas secundários à perfuração por arma de fogo, quedas e acidentes; - Idoso (polifarmácia, hiporexia grave, idoso acima de 80 anos).

Fonte: ALMIRANTE TAMANDARÉ 2014; CONTAGEM, 2018; RIO GRANDE DO SUL, 2018; PEDRO LEOPOLDO, 2018.

6.2.3 FLUXOGRAMA PARA RECEBIMENTO DE FÓRMULA ALIMENTAR E /OU SUPLEMENTO ALIMENTAR NA APS

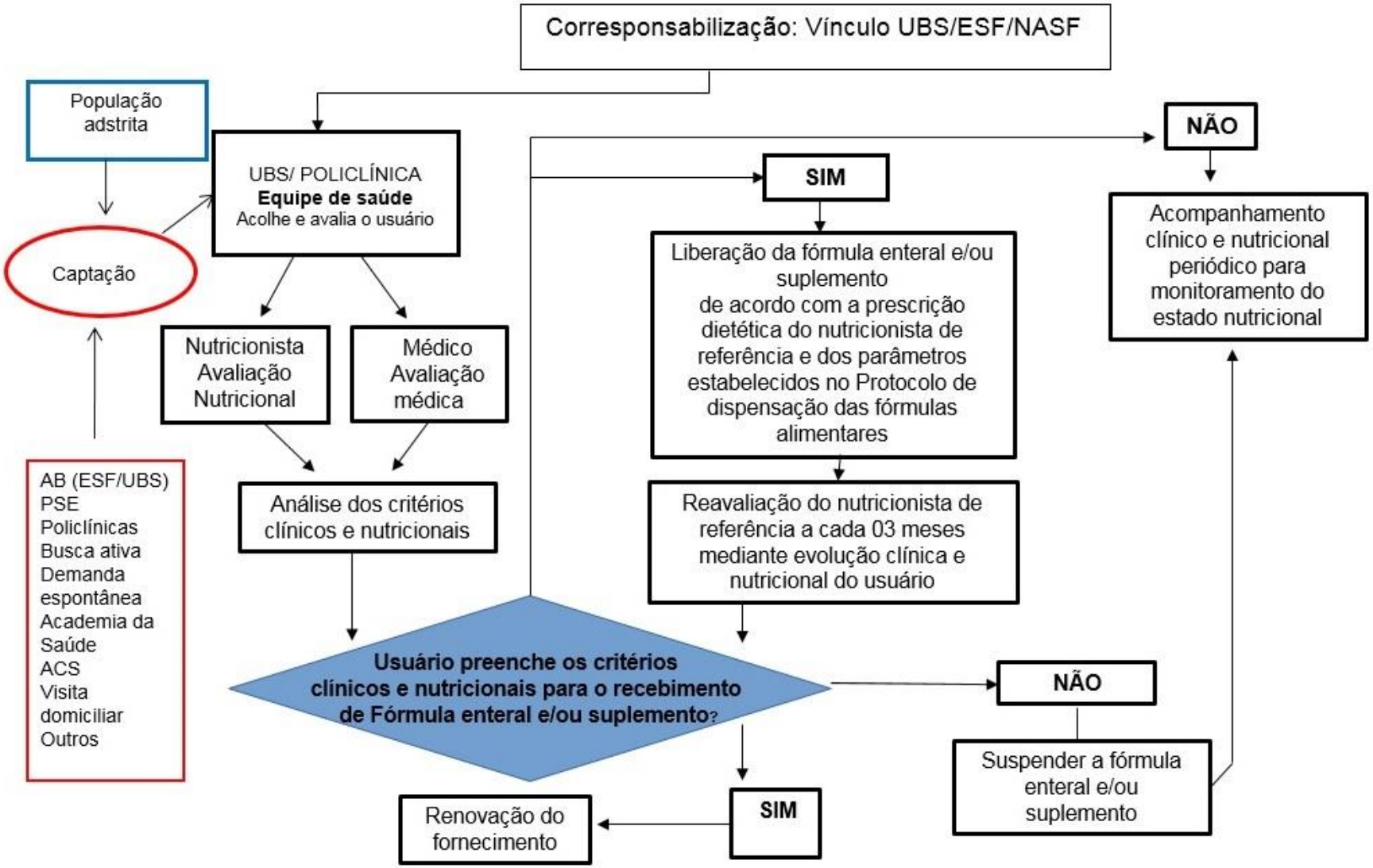
O fluxograma é uma ferramenta gráfica que utiliza símbolos, o que permite a descrição clara de um determinado fluxo ou de um processo. Nessa perspectiva, os fluxogramas são utilizados por possibilitarem uma visão objetiva sobre o curso dos fluxos na assistência à saúde e também por contribuírem de forma positiva com o processo administrativo organizacional. Assim, o fluxograma demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um trabalho, processo informação ou comunicação (TABILE et al., 2015).

Desta forma, o fluxograma abaixo ilustra o recebimento de fórmula alimentar e/ou suplemento alimentar na APS do município de Treviso/SC. A população adscrita está vinculada a UBS, ESF e o NASF e as formas de captação dos usuários podem ser através da Atenção Primária a Saúde, Programa Saúde na Escola, Policlínica, busca ativa, demanda espontânea, Academia da Saúde, Agente Comunitária de Saúde, visita domiciliar, entre outros.

Assim que o usuário entra na rede de atenção à saúde, o mesmo é acolhido e avaliado. O usuário pode passar tanto por uma avaliação nutricional quanto médica, em seguida é analisado os critérios nutricionais e clínicos, caso o usuário preenche os critérios clínicos e nutricionais para o recebimento de fórmula enteral e/ou suplemento, acontecerá a liberação da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar conforme a prescrição nutricional ou médica.

O setor da Farmácia realizará a dispensação e após três meses o usuário é reavaliado pelo nutricionista. Conforme a avaliação deste profissional poderá acontecer a renovação do fornecimento de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar por mais três meses ou a suspensão. Com a suspensão do fornecimento o usuário fica em acompanhamento clínico e nutricional pela equipe de saúde do município.

6.2.3.1 FLUXOGRAMA PARA RECEBIMENTO DE FÓRMULA ALIMENTAR E /OU SUPLEMENTO ALIMENTAR NA APS



6.2.4 DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR

Caso o usuário preencha os critérios do Protocolo (APÊNDICE A), as prescrições de dietas enterais e suplementos alimentares serão realizadas pelo profissional nutricionista e/ou médico e terão 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data de sua emissão.

O profissional nutricionista e/ou médico preencherá o formulário de solicitação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar (ANEXO C). E em casos de Alergia a Proteína ao Leite de Vaca (APLV) além do formulário de solicitação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar, também é necessário preencher o formulário em casos de alergia à proteínas do leite de vaca (ANEXO D).

Após essa etapa o usuário precisa providenciar a documentação completa, a mesma encontra-se na Farmácia da Unidade Básica de Saúde ou na Farmácia da Policlínica. Em seguida, entregar a documentação completa na farmácia da Unidade Dilnei Zelindo Sonego ou na Farmácia da Policlínica para análise dos documentos e cadastramento do paciente.

Após a realização dos passos citados acima, ocorrerá a validação pelo Nutricionista e/ou Farmacêutico para a inclusão do usuário no protocolo e a realização da dispensação da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar pela Farmácia na Unidade Básica de Saúde Dilnei Zelindo Sonego ou na Farmácia da Policlínica. Após a dispensação o usuário assina o Termo de Compromisso e Recibo da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares (ANEXO A).

O usuário passará por uma avaliação no período máximo de 3 (três) meses pelo profissional nutricionista e/ou médico. Se o usuário preenche os critérios clínicos e nutricionais haverá a renovação da dispensação da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares. Caso contrário, ocorrerá a suspensão da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares, no entanto, o usuário ficará em acompanhamento clínico e nutricional periódico para monitoramento do estado nutricional pela Atenção Primária a Saúde.

Vale ressaltar que serão vetados a dispensação/fornecimento de dietas enterais e suplementos alimentares com prescrições que contenham rasuras e que estejam com letra ilegível, com a finalidade de preservar a segurança do usuário.

7 DISCUSSÃO

Segundo Silveira (2020), as equipes de saúde da APS são a porta de entrada do SUS, portanto, atuam no processo saúde e doença, na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre outras necessidades e problemas da população adscrita. Entre as funções essenciais da APS, constam a resolução de 85% dos problemas de saúde da população, a realização de direcionar os fluxos e contra fluxos, acolher os usuários, entre outras funções. Assim, o uso de protocolos na APS é uma maneira de propiciar ordem, qualidade, uniformidade do atendimento e assegurar as medidas que serão utilizadas para o cuidado do usuário (ESTRELA, et al., 2021).

Conforme Campos et al (2016), a construção de protocolos implica em teorias científicas e práticas para os serviços de saúde, pois trata de diretrizes que estão relacionadas com a teoria e a realidade do sistema de saúde. Mas além de construir o protocolo é necessário aprimorar os protocolos frequentemente como forma de contribuir para a mudança da prática do cuidar em saúde. Nos dias atuais, a utilização de protocolos é o caminho mais seguro para a produtividade e gerenciamento moderno.

Outro fator importante com a utilização de protocolos na saúde é a segurança do paciente, que envolve medidas proativas em relação ao risco, sendo necessário ter uma avaliação permanente, que possibilite uma investigação das causas e estabeleça medidas para evitar ou minimizar suas recorrências. Todavia, isso é um desafio para a gestão promover uma cultura de segurança em todos os serviços de saúde, refletindo em uma consciência coletiva. Ou seja, as ações sobre segurança devem focar na identificação e redução de eventos adversos evitáveis (BRASIL, 2015; 2017).

Desta forma, a segurança do paciente na nutrição é essencial para uma cobertura universal de saúde, pois a segurança e a qualidade nutricional são indissociáveis (WHO, 2020).

Assim a utilização de protocolos tem se mostrado uma excelente estratégia para o cuidado, pela padronização de condutas dos profissionais e consequente

capacitação da equipe de saúde, prevenção de agravos, novas ações de saúde e facilita a elaboração e o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais factíveis (JESUS et al.,2019).

Segundo Pimenta et al (2015), algumas vantagens têm sido apontadas com o uso de protocolos tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis, estabelece limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. No entanto, vale informar que a existência de um protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas não anula a autonomia profissional, e que este é responsável pelo o que faz ao empregar ou não um protocolo.

Os impactos da utilização dos protocolos citados acima também são reforçados por Brasil (2018), que apresenta os seguintes benefícios: incorporação de novas tecnologias, maior transparência e controle dos custos, norteia o profissional para a tomada de decisão em relação às condutas, reduz a variabilidade do cuidado, dentre outras.

Mas para todo esse processo de elaboração do protocolo, ressalta-se a importância da comunicação entre as equipes e os profissionais de diversas categorias. Deste modo, o delineamento dos protocolos e dos fluxos demanda uma comunicação de caráter interprofissional e colaborativa entre os profissionais, para assim produzir um processo de trabalho compartilhado, dialógico e transformador (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Em relação aos fluxogramas, os mesmos são utilizados em protocolos como forma de estabelecer e ordenar os fluxos das ações dos profissionais, eles podem ser organizados de forma a repetir passos ou indicar decisões mais assertivas (ROSSETTO; TOSO; RODRIGUES, 2020).

Quanto aos impactos dos protocolos nutricionais de dispensação de fórmulas e/ou suplementos alimentares, estes podem influenciar no estado de saúde e na nutrição dos usuários, além de padronizar o atendimento e a rotina no serviço em Nutrição. O uso do protocolo nutricional é considerado altamente significante para um quadro evolutivo positivo do paciente, visto que, um dos maiores desafios é evitar a desnutrição em usuários de nutrição enteral, situação comum neste grupo (BEHRMANN; LIMA, 2019).

Os autores Carvalho et al (2016), indicam que o uso de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas nutricionais com início o mais precoce possível, impactam positivamente no estado nutricional dos pacientes e minimizam os custos em saúde pública.

Já a ausência de protocolo na área da nutrição, pode retardar a intervenção nutricional e aumentar a gravidade do estado das doenças, aumentar as complicações, dificultando o tratamento do paciente, reduzindo a imunidade, bem como elevando os custos (BEHRMANN; LIMA, 2019).

Com relação a escolha dos critérios clínicos e nutricionais para dispensação de formulas alimentares e/ou suplementos alimentares, foi levado em consideração as características e necessidades da população, isto é, os critérios clínicos foram escolhidos por meio de evidências científicas e os critérios nutricionais foram selecionados para atender as necessidades nutricionais mais prevalentes ou de maior demanda no município de Treviso/SC. Vale ressaltar que os critérios clínicos e nutricionais inseridos neste protocolo foram apresentados e validados juntos a Secretaria Municipal de Saúde de Treviso/SC, e que uma equipe multiprofissional escolheu e validou os critérios clínicos e nutricionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo aqui apresentado é um avanço no atendimento aos usuários residentes em Treviso/SC que possuem necessidades especiais pertinentes a alimentação e que necessitam de fórmulas alimentares dietas enterais e/ou suplementos alimentares.

A aplicação do protocolo poderá proporcionar mudanças como: melhorar a qualidade do atendimento ao usuário com necessidades nutricionais especiais, ser um instrumento de comunicação equipe de saúde e o usuário, garantir os recursos necessários para a distribuição das fórmulas nutricionais e fortalecer a comunicação entre os setores envolvidos e principalmente pela da equipe multiprofissional em questão.

Sabendo-se das dificuldades, em nível municipal, no que tange à promoção de assistência e à disponibilidade de recursos adequados, o produto construído é uma resposta a situação problema apresentada pelo município e que atende a sua finalidade de melhorar a situação de saúde e qualidade de vida, por meio de uma alimentação adequada às necessidades, em quantidade conforme as suas demandas nutricionais e com segurança.

Vale ressaltar que foi realizado reuniões de validação em conjunto com a equipe de saúde do município para melhor construção e adequação do protocolo e que sua implantação ocasionará impactos positivos para a organização de serviço e distribuição das fórmulas alimentares do município em questão.

REFERÊNCIAS

ABRANDH. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional / organizadora, Marília Leão. – Brasília: 2013. 263 p. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf>. Acesso em 01/02/22.

ALMIRANTE TAMANDARÉ, Protocolo do programa municipal de dietas especiais, julho, 2014. Disponível em:< https://www.tamandare.pr.gov.br/uploads/a70c0e199a3632bf5a599c4b276bc2a6.pdf > . Acesso 08/03/22.

BEHRMANN Gabriella; LIMA, Aline Maria Peixoto. Relevância do protocolo em nutrição na avaliação do estado nutricional do paciente hospitalizado: uma revisão integrativa. RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição. São Paulo, SP, Ano 10, n. 1, p. 134-141, Jan-Jun. 2019. Disponível em: < https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/1103/247>. Acesso em 15/05/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de 06 de julho de 2000**.** Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral. Distrito Federal, 07 de Julho de 2000.Disponível em: < https://www.crn3.org.br/uploads/Repositorio/2018_10_30/Resolucao-RDC-ANVISA-n-63-2000.pdf >. Acesso em 09/03/22.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos conselhos regionais. Brasília, COFEN, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em 23/07/23.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: < https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 23/09/22.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Disponível em: < https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm>. Acesso em 10/03/22.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 01/02/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília 2015. Disponível em: < https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude >. Acesso em 01/02/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: volume 3 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_v3.pdf>. Acesso em 12/07/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília 2015. Disponível em: < https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude >. Acesso em 23/07/23.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573. >Acesso em: 23/07/23

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2016. Brasília. 2017. Disponível em: < https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-15-incidentes-relacionados-a-assistencia-a-saude-2016?category_id=28>. Acesso em 25/07/20.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm>. Acesso em: 08/07/20.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm#:~:text=Bras%C3%ADlia%2C%2006%20de%20julho%20de,e%201

04%C2%B0%20da%20Rep%C3%BAblica.&text=1.,desenvolvimento%20econ%C3%B4mico%2C%20social%20e%20cultural>. Acesso em: 12/07/22.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de Fevereiro de 2010**.** Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm#:~:text=Emenda%20Constitucional%20n%C2%BA%2064&text=Altera%20o%20art.,a%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20como%20direito%20social.&text=2%C2%BA%20Esta%20Emenda%20Constitucional%20entra%20em%20vigor%20na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o. >. Acesso em: 20/07/20.

BRASIL. Lei nº 11.346, 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 e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.346%2C%20DE%2015%20DE%20SETEMBRO%20DE%202006.&text=Cria%20o%20Sistema%20Nacional%20de,adequada%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias >. Acesso em: 08/02/22.

BRASIL. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html >. Acesso em: 02/02/22.

BRASIL. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 20/07/20.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:< http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573. >Acesso em: 20/07/20.

BRASIL, Raquel Ferreira Gomes; SILVA, Maria Josefina; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira. Avaliação da qualidade de protocolo clínico para atendimento em planejamento familiar de pessoas vivendo com HIV/aids. Rev Esc Enferm USP · 2018. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XhvQWQSBD733LNmtq8cjKKq/?format=pdf&lang=pt >. Acessado em 13/05/22.

BRASIL. Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – 2. ed. – Brasília, 2019. Disponível em:<

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf>. Acessado em 13/05/22.

BRUSQUE. Prefeitura de Brusque. Secretaria de Saúde. Protocolo de dispensação de fórmulas infantis, suplementos alimentares e dietas enterais, 2019.

CASTRO, I. R. R. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, e00009919, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000200101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/02/22. https://doi.org/10.1590/0102-311x00009919.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CAISAN). A Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada, Ampliando a Democracia no SISAN. Brasília, DF: MDSA, 2017. Disponível em: < https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/seguranca_alimentar/caisan/Publicacao/Caisan_Nacional/exigibilidade_direito_humano_alimentacao_adequada.pdf>. Acesso em 12/05/2022.

CAMPOS, Francimary de Alencar et al. Terapia de nutrição enteral: construção e validação de protocolo. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(2):e11625. Disponível em:< https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11625/19415>. Acesso em 10/05/2023.

CARVALHO, Ana Paula Perillo Ferreira et al. Protocolo de atendimento nutricional do paciente. Goiânia: gráfica UFG, 2016. 171 p.: il. – (adulto / idoso; V. 2) ISBN: 978-85-495-0028-1. Disponível em:< https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/comunicacao/noticias/unidade-de-nutricao-clinica-do-hc-lanca-protocolo-de-atendimento-nutricional/nutricaoprotocolo_adulto.pdF>.Acesso em 23/07/2023.

CORONEL, A.L.C.et al. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar?. Interdisciplinary Journal of Health Education. 2016;1(2). Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/viewFile/107/14 >. Acesso em: 04/02/22. DOI:10.4322/ijhe.2016.016.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC). Protocolos e diretrizes. Disponível em: < http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em 12/07/2022.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. “Protocolo de Dispensação de Fórmulas Alimentares”. Contagem, 2018. 24p.

CUTCHUMA, G. et al. Formulas alimentares: influência no estado nutricional, condição clínica e complicações na terapia nutricional domiciliar. Nutr. clín. diet. hosp. 2016; 36(2):45-54. DOI: 10.12873/362cutchma. Disponível em:< https://revista.nutricion.org/PDF/cutchma.pdf>. Acesso em: 12/07/22.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Elaboração de um protocolo assistencial multiprofissional para pessoas com feridas complexas na atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Desenvolvimento, Curitiba, v.7, n.8, p. 83118-83139 aug. 2021. Disponível em:< https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34808/pdf >. Acesso em 11/05/23.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em:< https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/treviso.html?>. Acesso em 08/03/2022.

JESUS, Haroldo Gonçalves de et al. O processo de implantação do ambulatório de feridas do centro universitário do estado Pará. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, v. 1, p. e2093, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/2093/1020>. Acesso em: 12/05/23.
NESTLÉ NUTRITION INSTITUTE. **MNA®**. 2006. Disponível em: <https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf> Acesso em: 09/03/2023.

ONU. Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. ONU, New York, 1966. Disponível em:< https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>. Acesso em 07/10/22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em:< http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 04/02/22.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) por 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, junho de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de julho de 2020. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018 .

PIMENTA, Cibele A. de M. et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/ COREN, São Paulo, 2015. ISBN: 978-85-68720-02-8. Disponível em:< https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em 23/07/2023.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. suppl 2, p. 1535–1547, 2018. Doi: 10.1590/1807-57622017.0647

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no

Brasil, 2021. Disponível em: < http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf>. Acesso em 12/05/2022.

ROSSETTO V.; TOSO, B.R.V.O; R.M. RODRIGUES. Fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190310. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/reben/a/ZkpX6SQFhTTzhDBTMTySh4j/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 12/05/2023.

SILVA, J.R.A; CAMARGO, E.B.; MONTEIRO, R.A. A fome e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) em filmes documentários brasileiros. Com. Ciências Saúde. 2017; 28(2):205-215. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/fome_alimentacao_adequada.pdf>. Acesso: 06/07/20.

SILVA, D. A. DOS S.; PANELLI-MARTINS, B. E. O processo de adesão municipal ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 27, p. e020006, 26 nov. 2020. Disponível em:< https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8655377>. Acesso em 10/02/22. https://doi.org/10.20396/san.v27i0.8655377

SILVA, Raquel Souza Miranda; FORTES, Renata Costa. Protocolo Clínico: terapia nutricional enteral domiciliar. 1 edição. Brasília. Editora: JRG, 2021. Disponível em: < http://revistajrg.com/index.php/portaljrg/article/view/261/360>. Acesso em 15/05/22.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al. Avaliação da conformidade de utilização de um protocolo para identificação de pacientes. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 36, n. 2, jun. 2020. ISSN 1561-2961. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2792/593>. Acesso: 10/02/22.

SILVEIRA, Andreia. Fluxograma de acolhimento das situações de urgência e emergência na Atenção Primária a Saúde. Dissertação (mestrado), Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Disponível em:< http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/9369>. Acesso em: 11/05/23.

SOUZA, R.R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil, agosto, 2002. Disponível em:< http://bibliotecaatualiza.com.br/cursos/disc/sus/Destaque828.pdf>. Acesso em 25/07/20.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. Diretrizes Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar.
BRASPEN J. v. 33 (supl.1), p. 37-46, 2018. Disponível em:< https://www.braspen.org/_files/ugd/a8daef_695255f33d114cdfba48b437486232e7.pdf>. Acesso em: 15/05/22.

TABILE, Patrícia Micheli et al. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-SAÚDE. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, N°. 01, Ano 2015 p.680-90. Disponível em:< file:///C:/Users/User/Downloads/admin,+Gerente+da+revista,+43.pdf>. Acesso em 08/05/23.

TOLEDO, Diogo Oliveira; CASTRO, Melina Gouveia; HORIE, Lilian Mika. Avaliação do panorama atual da terapia nutricional dentro da unidade de terapia intensiva. BRASPEN J 2017; 32 (4): 297-301. Disponível em: < http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/01-Conhecimento-de-medicos.pdf >. Acesso em 15/05/22

VAN AANHOLT DPJ, Niwa LMS, Dias MB, Toleto D, Ciosak SI. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. REVISA. 2021; 10(1): 127-38. Disponível em:< http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/686/595>. Acesso em: 12/07/22. Doi: https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138.

VASCONCELLOS, A.B.P.A; MOURA, L.B.A. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. Cad. Saúde Pública 2018; 34(2):e00206816. Disponível em:< https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00206816.pdf >. Acesso em 10/02/22. doi: 10.1590/0102-311X00206816

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira; CAMPOS, Katia Ferreira Costa. Protocolos de cuidado a saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf >. Acesso em: 04/02/22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. Segurança do paciente: uma prioridade de saúde global. 2020. Disponível em:< https://www.who.int/patientsafety/policies/global-health-priority/en/>. Acesso em 04/02/22.

WAITZBERG DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 787-99.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR

Usuário preenche os critérios do Protocolo

As prescrições de dietas enterais e suplementos alimentares são realizadas pelo profissional nutricionista e/ou médico e terão 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data de sua emissão.

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

1º PASSO: PREENCHER OS FORMULÁRIOS DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR

O profissional nutricionista e/ou médico preencherá o formulário de solicitação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar (ANEXO C).

Em casos de Alergia a Proteína ao Leite de Vaca (APLV) além do formulário de solicitação de fórmula enteral e/ou suplemento alimentar, também é necessário preencher o formulário em casos de alergia à proteína do leite de vaca (ANEXO D).

2º PASSO: PROVIDENCIAR A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

Providenciar a documentação completa: a lista da documentação encontra-se na Farmácia da Unidade Básica de Saúde ou na Farmácia da Policlínica.

Documentos para cadastramento:

- **Documentos pessoais (RG e CPF)**
- **Cartão do SUS**
- **Comprovante de endereço atual**

- **Cadastro na Unidade de Saúde**
- **Relatório e prescrição médica (CID)**
- **Relatório e prescrição nutricional**

3º PASSO: **ENTREGAR A DOCUMENTAÇÃO COMPLETA E REALIZAR O CADASTRAMENTO**

Entregar a documentação completa na farmácia da Unidade Dilnei Zelindo Sonego ou na Farmácia da Policlínica para análise documental e cadastramento do paciente.

OBS: Caso o usuário/requerente ou responsável não apresente todos os critérios e documentos necessários para inclusão, o protocolo ficará em aberto para reavaliação até adequação do mesmo no prazo máximo de 30 dias, caso contrário haverá cancelamento do protocolo para a dispensação da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar.

4º PASSO: VALIDAÇÃO PARA RECEBIMENTO DA FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR PELO NUTRICIONISTA E/OU FARMACÊUTICO

Após a realização dos passos citados acima, ocorrerá a validação pelo Nutricionista e/ou Farmacêutico para a inclusão do usuário no protocolo. Em certos casos, dependendo da situação do usuário, essa validação poderá acontecer após visita domiciliar do nutricionista e/ou de outro profissional.

5º PASSO: DISPENSAÇÃO DA FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR PELA FARMÁCIA

Dispensação da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar pela Farmácia na Unidade Básica de Saúde Dilnei Zelindo Sonego ou na Farmácia da Policlínica.

6º PASSO: ASSINAR O TERMO DE COMPROMISSO E RECIBO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTOS ALIMENTAR

Após a dispensação o usuário assina o Termo de Compromisso e Recibo da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares (ANEXO A).

7º PASSO: AVALIAÇÃO TRIMESTRAL

Avaliação trimestral com relatório médico e/ou nutricional a cada 3 (três) meses, identificando alterações e justificativas do quantitativo de dieta que será liberada mediante avaliação do nutricionista e/ou médico.

Se o usuário preenche os critérios clínicos e nutricionais haverá a renovação da dispensação da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares. Caso contrário, ocorrerá a suspensão da fórmula enteral e/ou suplementos alimentares, no entanto, o usuário ficará em acompanhamento clínico e/ou nutricional para monitoramento do estado nutricional pela Atenção Primária à Saúde.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E RECEBIMENTO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Eu,_____declaro para os devidos fins, ter recebido na Secretaria Municipal da Saúde de Treviso a quantidade de _____ (_____) latas da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar descrita abaixo para uso do paciente _____.

Comprometo-me a fazer uso correto da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar que estou recebendo neste momento, respeitando as normas de não comercializar sob nenhuma circunstância a fórmula enteral e/ou suplemento alimentar fornecida.

No caso de interrupção do uso, da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar, estes deverão ser devolvidas para a Secretaria Municipal de Saúde de Treviso.

Outrossim, declaro ter ciência de que o descumprimento do compromisso acima resultará na perda do benefício que é a aquisição da fórmula enteral e/ou suplemento alimentar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço:_____Nº:_____Bairro:_____
Assinatura:_____

Treviso, _____ /_____ /_____

ANEXO B – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN) PARA IDOSOS

Mini Nutritional Assessment
MNA®

Apelido: Nome:

Sexo: Idade: Peso, kg: Altura, cm: Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
0 = diminuição grave da ingesta
1 = diminuição moderada da ingesta
2 = sem diminuição da ingesta ☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses
0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ☐

D Passou por algum *stress* psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?
0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos ☐

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐☐
12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido
Para uma avaliação mas detalhada,continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)
1 = sim 0 = não ☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
0 = sim 1 = não ☐

I Lesões de pele ou escaras?
0 = sim 1 = não ☐

J Quantas refeições faz por dia?
0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições ☐

K O doente consome:
- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim» ☐,☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?
0 = não 1 = sim ☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?
0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos ☐,☐

N Modo de se alimentar
0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade ☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?
0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional ☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?
0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor ☐,☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm
0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22 ☐,☐

R Perímetro da perna (PP) em cm
0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31 ☐

Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐☐,☐
Pontuação da triagem ☐☐,☐
Pontuação total (máximo 30 pontos) ☐☐,☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	☐	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	☐	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	☐	desnutrido

References
1. Vellas B, Villars H, Abellan G, *et al.* Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging.* 2006; **10**:456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront.* 2001; **56A**: M366-377
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging.* 2006; **10**:466-487.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Fonte: Nestlé Nutrition Institute, 2006.

ANEXO C – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR

SUS	PREFEITURA MUNICIPAL DE TREVISO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL E/OU SUPLEMENTO ALIMENTAR		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Nome completo:		
Sexo: ( ) M ( ) F		Data de nascimento: ____/____/____
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
Bairro:	N°:	Contato (s):
Nome da Mãe e/ou Responsável:		
Sexo: ( ) M ( ) F		Data de nascimento: ____/____/____
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
Bairro:	N°:	Contato (s):
INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA		
Doença principal:		CID:
Outro (s) Diagnóstico (s):		CID (s):
Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional: ( ) Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo ( ) Afagia / Disfagia por doença neurológica ( ) Síndrome de má absorção ( ) Desnutrição moderada a grave ( ) Transtorno de mobilidade intestinal ( ) Outro:_____		
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL		
Peso (kg):_____ ( )atual ( )estimado Comprimento (cm): _____ ( )atual ( ) estimado Estatura (cm):_____ ( )atual ( ) estimado IMC (kg/m2):_____ Diagnóstico nutricional: _____ Possui úlcera por pressão? ( ) Sim ( ) Não		

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL			
( ) VO	( ) TNE+VO	( )TNE EXCLUSIVA	( ) TNE+TPP
Via de acesso Sonda: ( ) Nasogástrica ( ) Nasoentérica ( ) Gastrostomia ( )Jejunostomia			
Descritivo da fórmula e/ou suplemento solicitado		Volume e fracionamento/dia	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
Nome do estabelecimento:		CNES:	
Nome do profissional:		CNS:	
Data: ___/___/____ _____e/ou _____ Assinatura e carimbo (Nutricionista) Assinatura e carimbo (Médico)			

Fonte adaptada: PEDRO LEOPOLDO, 2018.

* VO: VIA ORAL; **TNE+VO: TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL + VIA ORAL; ***TNE EXCLUSIVA: TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EXCLUSIVA; **** TNE + TPP: TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL + TRABALHO DE PARTO PREMATURO.

ANEXO D – CASOS DE ALERGIA À PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA - preencher também este formulário

PREFEITURA MUNICIPAL DE TREVISO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREENCHIMENTO EM CASO DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA (APLV)

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 ( ) diarreia ( ) 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 vivo* (PRICK TEST)
( )alfa-lactoalbumina ( ) beta-lactoglobulina ( )caseína ( )leite de vaca ( )soja
Data: ____/____/_____

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: ____/____/_____

Anatomopatológico: ( ) estômago ( ) esôfago ( )duodeno ( )reto Data: ____/____/_____
Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento ( ) Sim. Data: ___/___/_____ ( ) Não
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Data: ___/___/____ _____e/ou _____ Assinatura e carimbo (Nutricionista) Assinatura e carimbo (Médico)

Fonte adaptada: RIO GRANDE DO SUL, 2018.

ANEXO E – CARTA DE ACEITE

ESTADO DE SANTA CATARINA
Prefeitura Municipal de Treviso

CARTA DE ACEITE

DE: Secretaria Municipal de Saúde
PARA: Ednara Sávio Caetano

ASSUNTO: Solicitação de pesquisa na saúde

Data: 23/09/22

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em realizar a pesquisa intitulada "**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES DO MUNICÍPIO DE TREVISO – SC"** na instituição Policlínica de Treviso. A pesquisa estará sob a responsabilidade da professora doutora Cristiane Damiani Tomasi e da mestranda Ednara Sávio Caetano do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), pelo período de execução previsto no referido projeto.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TREVISO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TREVISO/SC
Vanessa Vieira Pescador
Secretária Municipal de Saúde

Nome e assinatura do responsável da Instituição

Carimbo da Instituição