
Fornecimento de Dieta Infantil Simples **Exclusivo para nutrição**

1) IDADE DE FORNECIMENTO:

Até os 6 meses de idade. No caso de prematuros deve se usar a idade corrigida

2) FÓRMULAS FORNECIDAS:

Fórmulas simples (Anexo E);

Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante.

3) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ser residente no município;
- Estar inscrito e ativo no programa de aleitamento materno, ou, no caso de inexistência do programa, ser acompanhada e avaliada pela equipe da saúde da família;
- Aceitar as condições do Protocolo de Dispensação;
- Assinar o Termo de Consentimento;
- Possuir contra-indicação de aleitamento materno.

A certificação da contra-indicação deverá ser feita pelo médico designado pelo programa de aleitamento materno ou pela Equipe Saúde da Família (ESF), mediante Ficha de Avaliação Médica (Anexo B) devidamente assinado e carimbado, que expresse no mínimo 1(um) dos critérios dos itens “a” e/ou “b” listados abaixo.

a) Relacionados à mãe:

- Doença psiquiátrica grave;

- Uso pela mãe de medicamentos antineoplásicos ou radiofármacos ;
- HIV e HTLV (Vírus Lintrofotrópico de células T), será fornecido até a liberação pelo Governo Federal;
- Produção insuficiente de Leite, mesmo depois de acompanhamento;
- Mastite e fissuras, até melhora do quadro.

b) Relacionados à criança:

- Fenda palatina, problemas labiais ou outras patologias que comprometam a sucção;
- Cardiopatia congênita Grave;
- Gemelaridade com insuficiência Nutricional;
- Mal de Simioto;
- Prematuridade com seqüelas e ou avaliação nutricional com diagnóstico de desnutrição, de acordo com a curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), até a melhora do estado nutricional;
- Doenças congênitas graves com avaliação nutricional sob diagnóstico de desnutrição, de acordo com IMC (Índice de Massa Corporal) proposto pela OMS: até a melhora do estado nutricional;
- Falhas em todas as tentativas de aleitamento, devidamente comprovadas.

4) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do RG dos pais ou responsável;
- Cópia do comprovante de residência;
- Cópia da Carteirainha da criança;
- Receita médica com data, emitida pelo médico da ESF ou médico referência do Programa de Aleitamento Materno (PAM);

- Termo de Consentimento (Anexo D);
- Ficha de Avaliação Médica que demonstre necessidade do paciente para a utilização da fórmula infantil ou dieta específica, devidamente preenchida e assinada. (Anexo B);
- Ficha de Avaliação Nutricional devidamente preenchida e assinada pelo Nutricionista (Anexo A);
- Folha de Resumo do Cadastro Único (CRAS).

5) FLUXO DE FORNECIMENTO

A Mãe deve estar inscrita no Programa de Aleitamento Materno (PAM) do Município ou estar tendo acompanhamento específico da Equipe Saúde da Família (ESF) > Recebido orientações quanto a amamentação por 05 dias, sem o fornecimento da fórmula infantil de leite, pela secretaria > o médico do PAM ou da ESF deve preencher a Ficha de Avaliação Médica, onde obrigatoriamente deverá constar a justificativa da necessidade da fórmula infantil, bem como elaborar a prescrição com as devidas observações > a criança deverá ser avaliada pela Nutricionista que deve preencher a Ficha de Avaliação Nutricional > a mãe portando todos os documentos necessários, faz o cadastro na Secretaria Municipal de Saúde > A Secretária da Saúde ou alguém por ela indicado deve avaliar e autorizar a solicitação > a Mãe retira mensalmente a fórmula até a interrupção.

- Casos de Hospitalização pós nascimento.

6) REAVALIAÇÕES:

A criança deve ser submetida a reavaliação com o médico e com a nutricionista, a fim de verificar a necessidade de continuidade, adequação ou suspensão do fornecimento.

A periodicidade dessas reavaliações deverá ser de no máximo 90 dias, onde deve ser fornecida nova receita e relatório para continuidade do tratamento.

7) CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO:

- A suspensão da dispensação de fórmulas e dietas está vinculada à idade limite e, nos casos dos desnutridos, à recuperação nutricional.
- A idade limite é de 06 meses, exceto nos casos de prematuros extremos.
- Uso indevido da fórmula ou dieta, bem como a troca ou venda do produto.

8) PROCEDIMENTOS E NORMAS DE DISPENSAÇÃO

1. A porta de entrada para solicitação será o Programa de Aleitamento Materno (PAM) ou, no caso de inexistência do programa, será a avaliação da Equipe da Saúde da Família (ESF);
2. Após análise e deferimento da documentação supracitada, as mesmas serão encaminhadas para a aquisição, e a entrega ocorrerá conforme disponibilidade de estoque;
3. As receitas médicas de fórmulas infantis deverão ser renovadas a cada 90 dias não será dispensada em hipótese alguma a fórmula ou dieta sem receituário médico atualizado;
4. As fórmulas e dietas serão dispensadas de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade, e sempre estarão adequadas à doença de base;
5. O tipo e a quantidade de fórmulas e dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente, após criteriosa avaliação médica ou nutricional, e do estoque disponível na Secretaria da Saúde;
6. Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;

7. No caso de não seguimento das orientações relacionadas ao preparo, diluição e número de mamadas/dia, cuidados com a alimentação e administração da dieta, repassadas pela Nutricionista, à mesma não poderá ser responsabilizada por qualquer problema decorrente disso;
8. Será realizada avaliação nutricional do paciente 01 (uma) vez a cada trimestre para acompanhamento da progressão do estado nutricional. Sendo utilizado para a determinação do estado nutricional, o peso, comprimento/estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), proposto pela OMS. O não comparecimento do paciente para avaliação nutricional (sem justificativa) na data agendada acarretará na suspensão da dispensação da fórmula ou dieta;
9. As crianças com baixo peso que não apresentarem progressão do estado nutricional no período de 90 dias receberão visita da Assistente Social juntamente com a Nutricionista com o intuito de analisar a situação familiar;
10. Não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas infantis concedidas. Caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do atendimento;
11. No caso de troca da fórmula infantil ou dieta prescrita, o responsável deverá devolver as latas que foram fornecidas e sobraram à Secretaria Municipal de Saúde;
12. Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar o fato à Secretaria Municipal de Saúde.

Fornecimento de Dieta Especial Infantil **Intolerância à Lactose**

1) IDADE DE FORNECIMENTO:

- Até 12 meses. No caso de prematuros extremos deve se usar a idade corrigida;
- O desaparecimento dos sinais e sintomas interromperá o fornecimento das Fórmulas Especiais antes da idade limite.

2) FÓRMULAS FORNECIDAS:

- De 0 a 6 meses: Fórmulas Especiais para intolerantes à Lactose, isentas de soja (Anexo E)
- De 0 a 12 meses de idade: Fórmulas Especiais para intolerantes à Lactose e fórmulas à base de soja (inserir listagem / especificações)
- Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;

3) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ser residente no município;
- Estar inscrito e ativo no programa de aleitamento materno, ou, no caso de inexistência do programa, ser acompanhada e avaliada pela equipe da saúde da família;
- Aceitar as condições do Protocolo de Dispensação;
- Assinar o Termo de Consentimento (Anexo D);
- Possuir intolerância à lactose.

A certificação da intolerância deverá ser feita pelo médico designado pelo Programa de Aleitamento Materno(PAM) ou pela Equipe Saúde da Família, com realização de teste de exclusão alimentar por 7 dias e mediante Ficha de Avaliação Médica para Dietas Especiais (Anexo C) devidamente assinada e carimbada.

4) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do RG dos pais ou responsável;
- Cópia do comprovante de residência;
- Cópia da Carteirinha da criança;
- Receita médica com data, emitida pelo médico da ESF ou médico referência do Programa de Aleitamento Materno (PAM);
- Termo de Consentimento (Anexo D);
- Ficha de Avaliação Médica que demonstre necessidade do paciente para a utilização da Fórmula Especial ou dieta específica, devidamente preenchida e assinada. (Anexo C);
- Ficha de Avaliação Nutricional devidamente preenchida e assinada pelo Nutricionista (Anexo A);
- Folha de Resumo do Cadastro Único (CRAS).

5) FLUXO DE FORNECIMENTO

A Mãe deve estar inscrita no Programa de Aleitamento Materno do Município ou estar tendo acompanhamento específico da Equipe Saúde da Família > Recebido orientações quanto a amamentação por 07 dias, sem o fornecimento da fórmula infantil de leite, pela secretaria > o médico do PAM ou da ESF deve preencher a Ficha de Avaliação Médica, onde obrigatoriamente deverá constar a justificativa da necessidade da fórmula infantil Especial, bem como elaborar a prescrição com as devidas observações > a criança deverá ser avaliada pela Nutricionista que deve preencher a Ficha de Avaliação Nutricional > a mãe portando todos os documentos necessários, faz o cadastro na Secretaria Municipal de Saúde > A Secretária da Saúde ou alguém por ela indicado deve avaliar e autorizar a solicitação > Mãe retira mensalmente a fórmula até a interrupção.

- Caso de Hospitalização pós nascimento:

6) REAVALIAÇÕES:

A criança deve ser submetida a reavaliação com o médico e nutricionista, a fim de verificar a necessidade de continuidade, adequação ou suspensão do fornecimento.

A periodicidade dessas reavaliações deverá ser de no máximo 90 dias, onde deverá ser fornecida nova receita para continuidade ao tratamento.

7) CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO:

- A idade limite para fornecimento é de 12 meses, salvo no caso de prematuros extremos;
- O desaparecimento dos sinais e sintomas interromperá o fornecimento das Fórmulas Especiais antes da idade limite;
- Uso indevido da fórmula ou dieta, bem como a troca ou venda do produto.

8) PROCEDIMENTOS E NORMAS DE DISPENSAÇÃO

1. A porta de entrada para solicitação será o Programa de Aleitamento Materno ou, no caso de inexistência do programa, será a avaliação da equipe da saúde da família.
2. Após análise e deferimento da documentação supracitada, as mesmas serão encaminhadas para a aquisição, e a entrega ocorrerá conforme disponibilidade de estoque.
3. As receitas médicas de fórmulas infantis deverão ser renovadas a cada 90 dias, não será dispensada a fórmula ou dieta sem receituário médico atualizado.
4. As fórmulas e dietas serão dispensadas de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém,

com garantia de similaridade, e sempre estarão adequadas à doença de base.

5. O tipo e a quantidade de fórmulas e dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente, após criteriosa avaliação médica ou nutricional, e do estoque disponível na Secretaria da Saúde.
6. Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;
7. No caso de não seguimento das orientações (relacionadas ao preparo, diluição e número de mamadas/dia, cuidados com a alimentação e administração da dieta) repassadas pela Nutricionista, a mesma não poderá ser responsabilizada por qualquer problema decorrente disso.
8. Será realizada avaliação nutricional do paciente 1 (uma) vez a cada trimestre para acompanhamento da progressão do estado nutricional. Sendo utilizado para a determinação do estado nutricional, o peso, comprimento/estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), proposto pela OMS. O não comparecimento do paciente para avaliação nutricional (sem justificativa) na data agendada acarretará na suspensão da dispensação da fórmula ou dieta.
9. As crianças com baixo peso que não apresentarem progressão do estado nutricional no período de 90 dias receberão visita da Assistente Social juntamente com a Nutricionista com o intuito de analisar a situação familiar.
10. Não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas infantis fornecidas. Caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do atendimento.

- 11.No caso de troca da fórmula infantil ou dieta prescrita, o responsável deverá devolver as latas que foram fornecidas e sobraram à Secretaria Municipal de Saúde.
- 12.Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar o fato à Secretaria Municipal de Saúde.

ornecimento de Dieta Especial Infantil
Refluxo

1) IDADE DE FORNECIMENTO:

- Até 12 meses. No caso de prematuros extremos deve se usar a idade corrigida;

- O desaparecimento dos sinais e sintomas interromperá o fornecimento das Fórmulas Especiais antes da idade limite.

2) FÓRMULAS FORNECIDAS:

- Fórmulas Especiais Anti-Refluxo (Anexo E)
- Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;

3) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ser residente no município
- Estar inscrito e ativo no programa de aleitamento materno, ou, no caso de inexistência do programa, ser acompanhada e avaliada pela Equipe da Saúde da Família;
- Aceitar as condições do Protocolo de Dispensação;
- Assinar o Termo de Consentimento (Anexo D);
- Possuir problemas de refluxo;

A certificação do refluxo deverá ser feita pelo médico designado pelo Programa de Aleitamento Materno ou pela Equipe Saúde da Família, com realização de teste de exclusão alimentar por 7 dias e mediante Ficha de Avaliação Médica para Dietas Especiais (Anexo C) devidamente assinado e carimbado.

4) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do RG dos pais ou responsável;
- Cópia do comprovante de residência;

-
- Cópia da Carteirinha da criança;
 - Receita médica com data, emitida pelo médico da ESF ou médico referência do Programa de Aleitamento Materno (PAM);
 - Termo de Consentimento (Anexo D);
 - Ficha de Avaliação Médica que demonstre necessidade do paciente para a utilização da Fórmula Especial ou dieta específica, devidamente preenchida e assinada. (Anexo C);
 - Ficha de Avaliação Nutricional devidamente preenchida e assinada pelo Nutricionista (Anexo A);
 - Folha de Resumo do Cadastro Único (CRAS).

5) FLUXO DE FORNECIMENTO

A Mãe deve estar inscrita no Programa de Aleitamento Materno do Município ou estar tendo acompanhamento específico da Equipe Saúde da Família > Recebido orientações quanto a amamentação por 07 dias, sem o fornecimento da fórmula infantil de leite, pela secretaria > o médico do PAM ou da ESF deve preencher a Ficha de Avaliação Médica, onde obrigatoriamente deverá constar a justificativa da necessidade da fórmula infantil Especial, bem como elaborar a prescrição com as devidas observações > a criança deverá ser avaliada pela Nutricionista que deve preencher a Ficha de Avaliação Nutricional > a mãe portando todos os documentos necessários, faz o cadastro na Secretaria Municipal de Saúde > A Secretária da Saúde ou alguém por ela indicado deve avaliar e autorizar a solicitação > Mãe retira mensalmente a fórmula até a interrupção.

- Caso de Hospitalização pós nascimento:

6) REAVALIAÇÕES:

A criança deve ser submetida a reavaliação com o médico e nutricionista, a fim de verificar a necessidade de continuidade, adequação ou suspensão do fornecimento.

A periodicidade dessas reavaliações deverá ser de no máximo 90 dias, onde deverá ser fornecida nova receita para continuidade ao tratamento.

7) CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO:

- A idade limite para fornecimento é de 12 meses, salvo no caso de prematuros extremos;
- O desaparecimento dos sinais e sintomas interromperá o fornecimento das Fórmulas Especiais antes da idade limite;
- Uso indevido da fórmula ou dieta, bem como a troca ou venda do produto.

8) PROCEDIMENTOS E NORMAS DE DISPENSAÇÃO

1. A porta de entrada para solicitação será o Programa de Aleitamento Materno ou, no caso de inexistência do programa, será a avaliação da equipe da saúde da família.
2. Após análise e deferimento da documentação supracitada, as mesmas serão encaminhadas para a aquisição, e a entrega ocorrerá conforme disponibilidade de estoque.
3. As receitas médicas de fórmulas infantis deverão ser renovadas a cada 90 dias, não será dispensada a fórmula ou dieta sem receituário médico atualizado.
4. As fórmulas e dietas serão dispensadas de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade, e sempre estarão adequadas à doença de base.
5. O tipo e a quantidade de fórmulas e dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente, após criteriosa

avaliação médica ou nutricional, e do estoque disponível na Secretaria da Saúde.

6. Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;
7. No caso de não seguimento das orientações (relacionadas ao preparo, diluição e número de mamadas/dia, cuidados com a alimentação e administração da dieta) repassadas pela Nutricionista, a mesma não poderá ser responsabilizada por qualquer problema decorrente disso.
8. Será realizada avaliação nutricional do paciente 1 (uma) vez a cada trimestre para acompanhamento da progressão do estado nutricional. Sendo utilizado para a determinação do estado nutricional, o peso, comprimento/estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), proposto pela OMS. O não comparecimento do paciente para avaliação nutricional (sem justificativa) na data agendada acarretará na suspensão da dispensação da fórmula ou dieta.
9. As crianças com baixo peso que não apresentarem progressão do estado nutricional no período de 90 dias receberão visita da Assistente Social juntamente com a Nutricionista com o intuito de analisar a situação familiar.
10. Não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas infantis fornecidas. Caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do atendimento.
11. No caso de troca da fórmula infantil ou dieta prescrita, o responsável deverá devolver as latas que foram fornecidas e sobraram à Secretaria Municipal de Saúde.
12. Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar o fato à Secretaria Municipal de Saúde.

Fornecimento de Dieta Especial Infantil **Alergia à Proteína do Leite**

1) IDADE DE FORNECIMENTO:

- Até 12 meses. No caso de prematuros extremos deve se usar a idade corrigida
- O desaparecimento dos sinais e sintomas interromperá o fornecimento das Fórmulas Especiais antes da idade limite.

2) FÓRMULAS FORNECIDAS:

- Fórmulas Especiais Parcialmente Hidrolisadas. . (Anexo E)
- Fórmulas Especiais Extensamente Hidrolisadas, que serão fornecidas apenas nos casos alérgicos mais graves com contra-indicação de uso das fórmulas parcialmente hidrolisadas. (Anexo E)
- Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;

3) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ser residente no município
- Estar inscrito e ativo no programa de aleitamento materno, ou, no caso de inexistência do programa, ser acompanhada e avaliada pela Equipe da Saúde da Família;
- Aceitar as condições do Protocolo de Dispensação;
- Assinar o Termo de Consentimento (Anexo D);
- Possuir alergia à proteína do Leite;

A certificação da alergia deverá ser feita pelo médico designado pelo Programa de Aleitamento Materno ou pela Equipe Saúde da Família, com realização de teste de exclusão alimentar por 7 dias e mediante Ficha de Avaliação Médica para Dietas Especiais (Anexo C) devidamente assinado e carimbado.

4) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO:

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia da certidão de nascimento;

- Cópia do RG dos pais ou responsável;
- Cópia do comprovante de residência;
- Cópia da Carteirinha da criança;
- Receita médica com data, emitida pelo médico da ESF ou médico referência do Programa de Aleitamento Materno (PAM);
- Termo de Consentimento (Anexo D);
- Ficha de Avaliação Médica que demonstre necessidade do paciente para a utilização da Fórmula Especial ou dieta específica, devidamente preenchida e assinada. (Anexo C);
- Ficha de Avaliação Nutricional devidamente preenchida e assinada pelo Nutricionista (Anexo A);
- Folha de Resumo do Cadastro Único (CRAS).

5) FLUXO DE FORNECIMENTO

A Mãe deve estar inscrita no Programa de Aleitamento Materno do Município ou estar tendo acompanhamento específico da Equipe Saúde da Família > Recebido orientações quanto a amamentação por 07 dias, sem o fornecimento da fórmula infantil de leite, pela secretaria > o médico do PAM ou da ESF deve preencher a Ficha de Avaliação Médica, onde obrigatoriamente deverá constar a justificativa da necessidade da fórmula infantil Especial, bem como elaborar a prescrição com as devidas observações > a criança deverá ser avaliada pela Nutricionista que deve preencher a Ficha de Avaliação Nutricional > a mãe portando todos os documentos necessários, faz o cadastro na Secretaria Municipal de Saúde > A Secretária da Saúde ou alguém por ela indicado deve avaliar e autorizar a solicitação > Mãe retira mensalmente a fórmula até a interrupção.

- Caso de Hospitalização pós nascimento:

6) REAVALIAÇÕES:

A criança deve ser submetida a reavaliação com o médico e nutricionista, a fim de verificar a necessidade de continuidade, adequação ou suspensão do fornecimento.

A periodicidade dessas reavaliações deverá ser de no máximo 90 dias, onde deverá ser fornecida nova receita para continuidade ao tratamento.

7) CRITÉRIOS DE INTERRUÇÃO:

- A idade limite para fornecimento é de até 12 meses, salvo no caso de prematuros extremos;
- O desaparecimento dos sinais e sintomas interromperá o fornecimento das Fórmulas Especiais antes da idade limite;
- Uso indevido da fórmula ou dieta, bem como a troca ou venda do produto.

8) PROCEDIMENTOS E NORMAS DE DISPENSAÇÃO

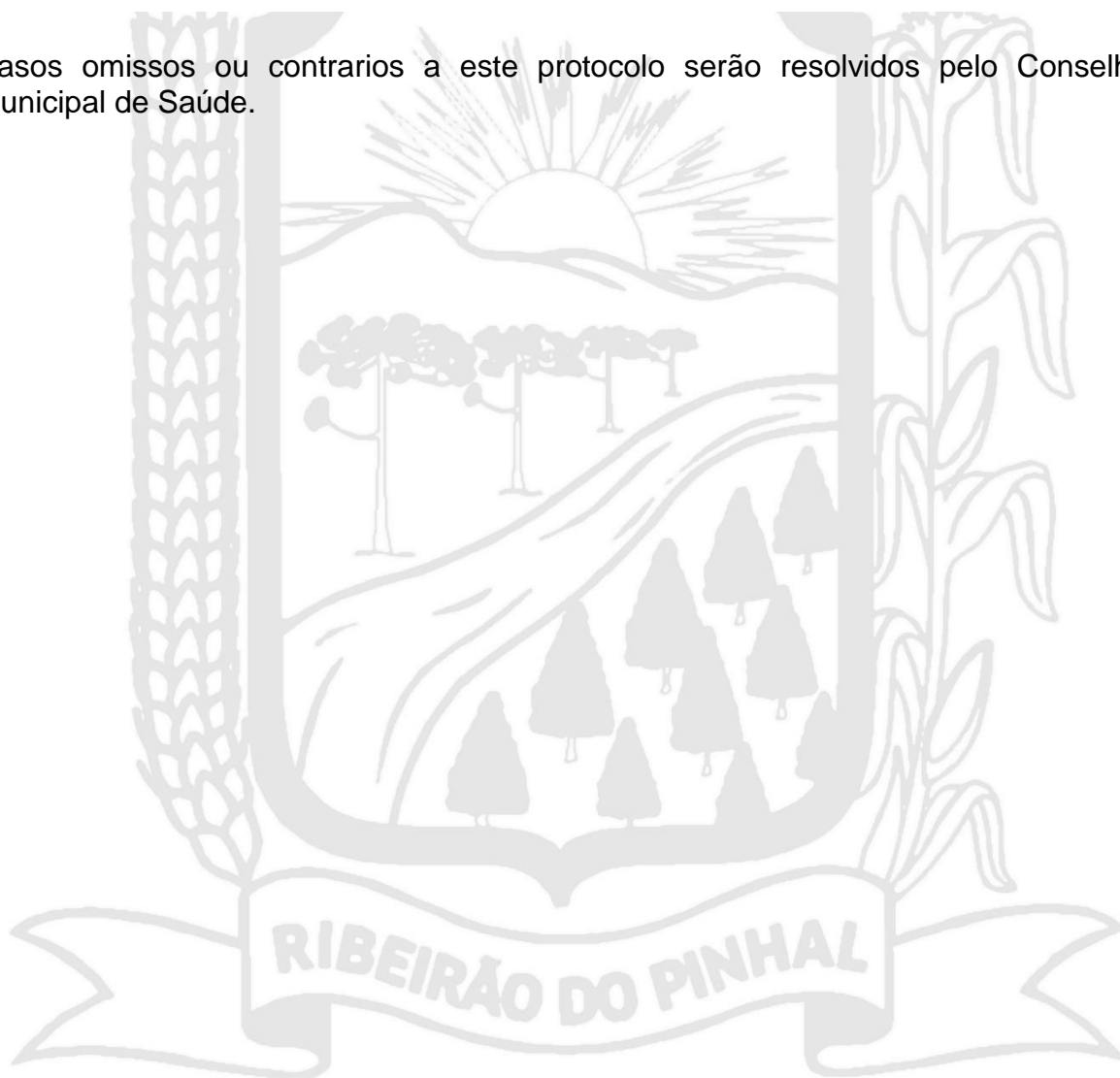
1. A porta de entrada para solicitação será o Programa de Aleitamento Materno ou, no caso de inexistência do programa, será a avaliação da equipe da saúde da família.
2. Após análise e deferimento da documentação supracitada, as mesmas serão encaminhadas para a aquisição, e a entrega ocorrerá conforme disponibilidade de estoque.
3. As receitas médicas de fórmulas infantis deverão ser renovadas a cada 90 dias, não será dispensada a fórmula ou dieta sem receituário médico atualizado.
4. As fórmulas e dietas serão dispensadas de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade, e sempre estarão adequadas à doença de base.

5. O tipo e a quantidade de fórmulas e dietas dispensadas poderão a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente, após criteriosa avaliação médica ou nutricional, e do estoque disponível na Secretaria da Saúde.
6. Para o cálculo da quantidade mensal de fórmula a ser dispensada, será considerada a necessidade diária de energia determinado pela Nutricionista que deverá seguir as instruções de uso da tabela nutricional do fabricante, caso haja divergências, o secretário deve seguir a tabela do fabricante;
7. No caso de não seguimento das orientações (relacionadas ao preparo, diluição e número de mamadas/dia, cuidados com a alimentação e administração da dieta) repassadas pela Nutricionista, a mesma não poderá ser responsabilizada por qualquer problema decorrente disso.
8. Será realizada avaliação nutricional do paciente 1 (uma) vez a cada trimestre para acompanhamento da progressão do estado nutricional. Sendo utilizado para a determinação do estado nutricional, o peso, comprimento/estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), proposto pela OMS. O não comparecimento do paciente para avaliação nutricional (sem justificativa) na data agendada acarretará na suspensão da dispensação da fórmula ou dieta.
9. As crianças com baixo peso que não apresentarem progressão do estado nutricional no período de 90 dias receberão visita da Assistente Social juntamente com a Nutricionista com o intuito de analisar a situação familiar.
10. Não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas infantis fornecidas. Caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do atendimento.

-
- 11.No caso de troca da fórmula infantil ou dieta prescrita, o responsável deverá devolver as latas que foram fornecidas e sobraram à Secretaria Municipal de Saúde.
 - 12.Quando houver necessidade de internamento hospitalar, o responsável pelo paciente deverá comunicar o fato à Secretaria Municipal de Saúde.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Casos omissos ou contrários a este protocolo serão resolvidos pelo Conselho Municipal de Saúde.



Anexo A

FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
Data da Avaliação: ___/___/___	
a) Identificação	
Paciente: _____	
Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino	
b) Avaliação do estado nutricional	
Peso Atual: _____ Kg Peso Usual: _____ Kg Peso Ideal: _____	
Peso Estimado: _____ Kg	
Comprimento / Estatura: _____ cm Estatura Estimada: _____ cm	
IMC: _____ Diagnóstico Nutricional: _____	
P/I: _____ Diagnóstico Nutricional: _____	
P/E: _____ Diagnóstico Nutricional: _____	
E/I : _____ Diagnóstico Nutricional: _____	
Circunferência da Panturrilha: _____ cm	
Altura do Joelho: _____ cm	
Circunferência Braquial: _____ cm	
Prega Cutânea Subescapular (PCSE): _____ cm	
Prega Cutânea Tricipital (PCT): _____ cm	
c) Parecer Nutricional	
() Criança apresenta estado nutricional satisfatório	
() Criança apresenta estado nutricional parcialmente satisfatório	
() Criança apresenta estado nutricional insatisfatório	

Assinatura e Carimbo do Nutricionista	

Anexo B

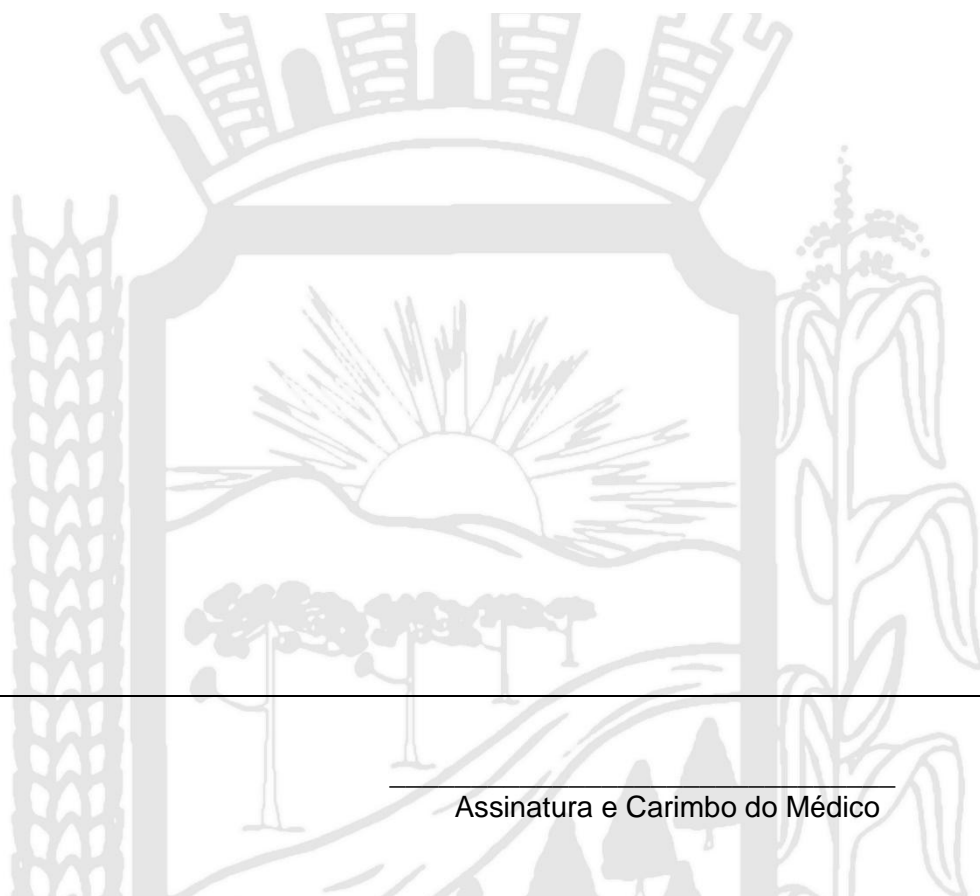
FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA – DIETA INFANTIL SIMPLES	
Data da Avaliação: ___/___/___	
a) Identificação	
Paciente: _____	
Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino	
b) Dados da Unidade de Referência	
Unidade Básica de Saúde: _____	
Médico Responsável: _____	
Enfermeiro Responsável: _____	
c) Critérios para justificativa da Necessidade de Fórmula Infantil	
Critérios relacionados à mãe:	
<input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica grave	
<input type="checkbox"/> Uso pela mãe de medicamentos antineoplásicos ou radiofármacos	
<input type="checkbox"/> HIV e HTLV (Vírus Lintrofotrópico de células T)	
<input type="checkbox"/> Produção insuficiente de Leite, mesmo depois de acompanhamento	
<input type="checkbox"/> Mastite e fissuras (até melhora do quadro)	
Critérios relacionadas à criança:	
<input type="checkbox"/> Fenda palatina, problemas labiais ou outras patologias que comprometam a sucção	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita Grave	
<input type="checkbox"/> Gemelaridade com insuficiência Nutricional	
<input type="checkbox"/> Prematuridade com seqüelas e ou avaliação nutricional com diagnóstico de desnutrição, de acordo com a curva de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS): até a melhora do estado nutricional.	
<input type="checkbox"/> Doenças congênitas graves com avaliação nutricional sob diagnóstico de desnutrição, de acordo com IMC (Índice de Massa Corporal) proposto pela OMS: até a melhora nutricional.	
<input type="checkbox"/> Falhas em todas as tentativas de aleitamento, devidamente comprovadas	



() Mal de Simioto.

() Outros.

ATENÇÃO: No caso de marcação no critério "outros" descreva e justifique no verso da folha para análise do caso!



Assinatura e Carimbo do Médico

Anexo C

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA DIETAS INFANTIS ESPECIAIS

Data da Avaliação: ___/___/___

a) Identificação

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino

b) Dados da Unidade de Referência

Unidade Básica de Saúde: _____

Médico Responsável: _____

Enfermeiro Responsável: _____

c) Período de Realização do teste de Exclusão Alimentar : _____

d) Detalhe os resultados obtidos no teste de exclusão alimentar:

e) Critérios para justificativa da Necessidade de Fórmula Infantil Especial

- () apresenta comprovada intolerância à Lactose
- () apresenta refluxo comprovado
- () apresenta alergia à proteína isolada da soja
- () apresenta alergia à proteína do leite de vaca necessitando de fórmulas parcialmente hidrolisadas
- () apresenta alergia à proteína do leite de vaca necessitando de fórmulas extensamente hidrolisadas

Descreva os sinais e sintomas presentes no quadro clínico da criança que embasaram o diagnóstico:

Caso haja: Anexar os exames laboratoriais que reforçam o diagnóstico

Assinatura e Carimbo do Médico

Anexo D

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador do CPF
_____ RG: _____, responsável pelo (a) paciente
_____, residente
_____, DECLARO que fui informado

(a) quanto aos critérios e procedimentos do Protocolo de Dispensação de Dietas Infantis e concordo com os termos presentes.

Portanto, me comprometo a comunicar de imediato a Secretaria Municipal de Saúde em caso de não haver mais necessidade do paciente fazer uso das fórmulas infantis, para que seja encerrado o fornecimento, estando ciente de que devo devolver o que não houver sido utilizado.

Declaro que tenho ciência de que o descumprimento do compromisso acima acarretará na exclusão do cadastro e dispensação de fórmulas e dietas.

Declaro também estar ciente de que devo repassar essas informações aos demais responsáveis pelo paciente.

Declaro ainda que estou ciente de que não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das fórmulas infantis concedidas e de que caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do programa.

_____ – PR, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Responsável

Anexo E

Descrição	Unidade	Marca
Fórmula Infantil para lactentes de 0 a 6 meses, com proteínas modificadas em sua relação caseína/proteína do soro do leite (30:70), enriquecida com Lc-Pufas DHA e ARA, nucleotídeos, zinco, selênio, Larginina, ferro e vitaminas, densidade calórica: 67Kcal/100ml, distribuição calórica: 7% proteína, 45% carboidratos, 48% gorduras, carboidratos: 100% lactose, osmolalidade: 275 mOsm/kg.	Lata	NAN COMFOR 1, APTAMIL 1
Fórmula Infantil para lactentes de 6 a 12 meses, com proteínas modificadas em sua relação caseína/proteína do soro do leite (60:40), enriquecida com o Lc-Pufa DHA, além de zinco, ferro e vitaminas, contém cepas probióticas de L. Rhamnosus e B. Longum, densidade calórica: 67Kcal/100ml, distribuição calórica: 12,5% proteína, 48% carboidratos, 39,5% gorduras, carboidratos: 100% lactose, osmolalidade: 278 mOsm/kg	Lata	APTAMIL PREMIUM 2 NAN 2
Fórmula Infantil para lactentes de 0 a 12 meses, à base de 100% proteína isolada de soja. Enriquecida com ferro, cálcio na forma de citrato de cálcio, vitaminas, L-metionina. Densidade calórica: 67Kcal/100ml. Distribuição Calórica: 11% proteína, 44% carboidratos, 45% Gorduras. Carboidratos: 100% Maltodextrina. Relação Ca/P: 1,7. Vitamina C 81mg. Osmolalidade: 169mOsm/kg.	Lata	APTAMIL SOJA 1 E 2
Fórmula infantil isenta de lactose, contendo vitaminas, minerais e oligoelementos necessários ao bom desenvolvimento e crescimento, com nucleotídeos e LCPUFAS, ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa.	Lata	APTAMIL SL
Fórmula Infantil para lactentes de 0 a 12 meses que apresentam regurgitação, com proteínas modificadas em sua relação caseína/proteína do soro do leite (70:30). Enriquecida com ferro e vitaminas. Densidade calórica: 67Kcal/100ml. Distribuição Calórica: 10,5% proteína, 47,5% carboidratos, 42% Gorduras. Carboidratos: 76% Lactose, 24% de Amido (5% Milho e 95% Batata) pré-gelatinizado como espessante. Osmolalidade: 250mOsm/kg. Apresentação: Lata e lacre interno em alumínio com tampa protetora.	Lata	NAN AR

<p>Fórmula Infantil para lactentes de 0 a 12 meses, com 100 % proteínas do soro do leite parcialmente hidrolisadas em peptídeos. Enriquecida com Lc-Pufas DHA e ARA, com ferro e vitaminas. Densidade calórica: 67Kcal/100ml. Distribuição calórica: 9% proteínas, 45% carboidratos, 46% gorduras. Carboidratos: 70% lactose e 30% de maltodextrina. Osmolalidade: 284mOsm/Kg.</p>	<p>Lata</p>	<p>NAN HA</p>
<p>Fórmula à base de proteína extensamente hidrolisada, com lactose e hipoalergênica, com 90% de eficácia em crianças com alergias às proteínas do leite de vaca sem sintomas de má absorção. Isento de sacarose e glúten. Contém Lactose.</p>	<p>Lata</p>	<p>APTAMIL PEPTI</p>
<p>Dieta semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro de leite, com restrição de lactose, com adição de LCPufas(DHA e ARA) e nucleotídeos, indicado para alergias a proteína do leite da vaca e da soja.</p>	<p>Lata</p>	<p>PREGOMIM PEPTI</p>
<p>Fórmula de aminoácidos em pó enriquecida com ácidos gordos polinsaturados de cadeia longa (DHA, AA) e nucleótidos à base de aminoácidos para a satisfação das necessidades nutricionais de pacientes com alergia ao leite de vaca, intolerância proteica múltipla e outras patologias em que seja indicado uma dieta à base de aminoácidos. Isenta de proteínas e peptídeos. Sem glúten e lactose</p>	<p>Lata</p>	<p>NEOCATE LCP</p>
<p>Alimento para situação metabólica especial para nutrição enteral ou oral formulada para portadores de alergias alimentares (proteína de leite de vaca, soja, hidrolisada) a base de aminoácidos sintéticos e não alergênicos com 1.0 kcal/ml, indicada para crianças.</p>	<p>Lata</p>	<p>NEO ADVANCE</p>



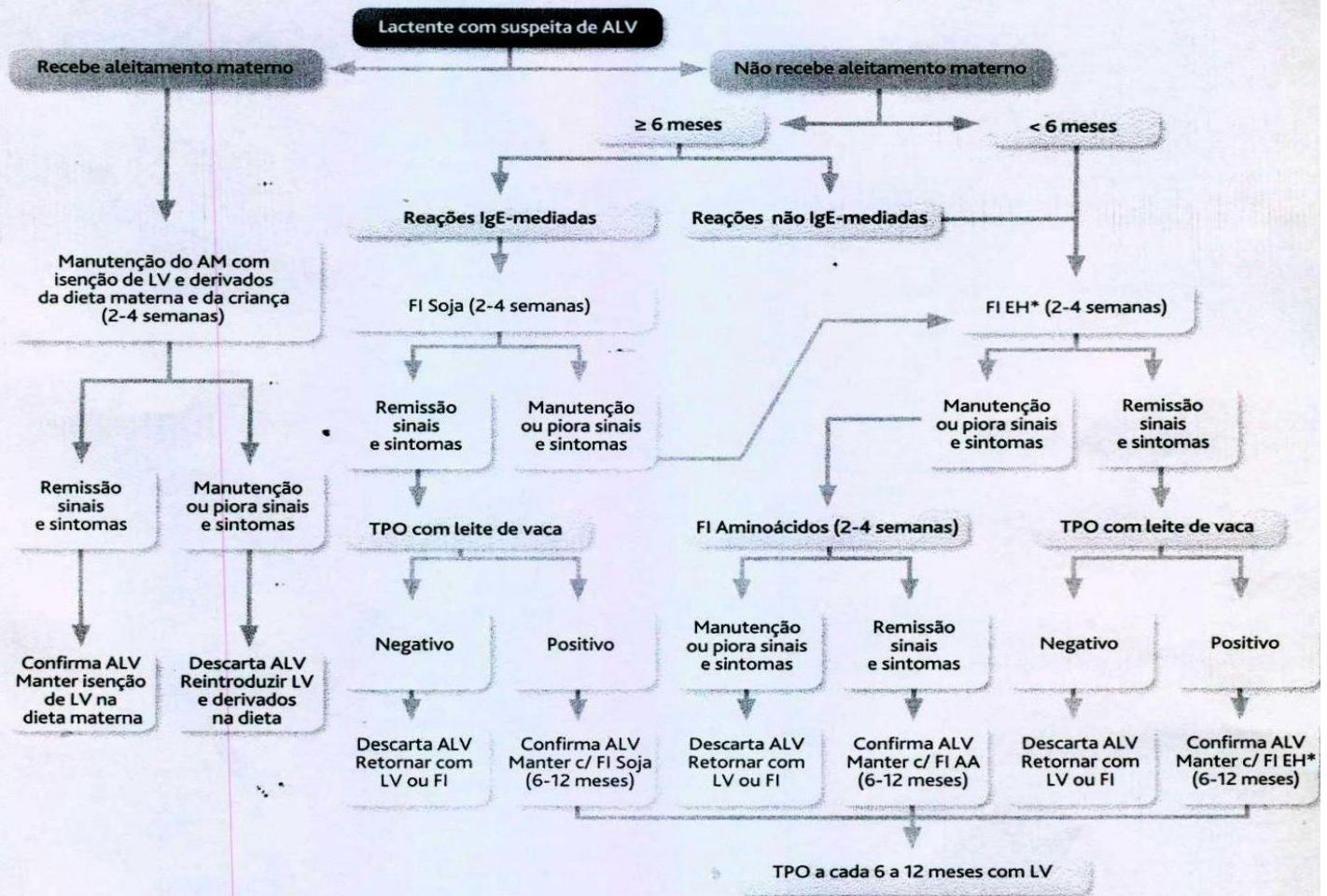
Material auxiliar

ITEM	PRODUTO (simplificado)	PRODUTO (completo)
SEM LACTOSE (Aptamil sem lactose ou Nan sem lactose)	Fórmula infantil isenta de lactose, contendo minerais, vitaminas e oligoelementos. E que atende a todas as recomendações do CODEZ Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.	Fórmula infantil isenta de lactose, contendo minerais, vitaminas e oligoelementos. Contém nucleotídeos, ácido docosahexaenoico, DHA e ácido araquidônico – ARA. Fonte de carboidrato 100% maltodextrina E que atende a todas as recomendações do CODEZ Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.
ACTIVE (Aptamil active ou Nestrogeno)	Formula infantil do seguimento em pó. Para lactentes até um ano de idade, que proporcione melhor digestibilidade, prevenindo constipação e cólica. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.	Formula infantil do seguimento em pó, com 100% de proteína parcialmente hidrolisada do soro do leite, adicionada de prebióticos. Para lactentes até um ano de idade, que proporcione melhor digestibilidade, prevenindo constipação e cólica. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.
HA (Aptamil HA ou Nan HA)	IDEM	Fórmula infantil hipoalergênica à base de proteína do soro do leite parcialmente hidrolisada. Para prevenção e redução dos riscos de alergias. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.
REGURGITAÇÃO (Aptamil AR ou Nan AR)	IDEM	Fórmula para lactentes desde o nascimento que apresentem regurgitação e/ou refluxo gastroesofágico. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.
SOJA (Aptamil soja 1 e 2 ou Nan Soy)	Fórmula para lactentes com intolerância a lactose à base de proteína isolada de soja (1 a 12 meses). E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.	Fórmula para lactentes com intolerância a lactose nos quais for indicada a retirar o leite de vaca. Fórmula infantil a base de proteína isolada de soja, isenta de sacarose e lactose. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.
Aptamil Pepti ou Althera ou Alfaré	IDEM	Fórmula infantil à base de proteína do soro do leite extensamente hidrolisada. Para alimentação de lactentes que apresentem alergia à proteína do leite de vaca ou soja sem quadro diarreico E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.
Pregomin Pepti ou Afamino	Fórmula infantil hipoalergênica e semi-elementar, para lactentes com alergia à proteína do leite de vaca e/ou soja e problemas de absorção. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.	Fórmula infantil hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite de vaca com TCM, sem adição de lactose. E que atende a todas as recomendações do CODEX Alimentarius FAO/OMS. Embalagem: 400gr; rotulagem: conforme a legislação vigente.





Fluxograma de diagnóstico e tratamento da alergia ao leite de vaca em lactentes.



Rev. Bras. Alerg. Imunopatol 35 (6): 229; 2012 (adaptado de Fiocchi A. et al e Koletzko S. et al)

*na ausência de intolerância à lactose, preferir as fórmulas infantis extensamente hidrolisadas com lactose; ALV = alergia ao leite de vaca; FI AA = fórmula infantil à base de aminoácidos; FI EH = fórmula infantil extensamente hidrolisada; FI soja = fórmula infantil de proteína de soja; LV = leite de vaca; TPO = teste de provocação oral; AM = aleitamento materno.

