PROTOCOLO DE NUTRIÇÃO ENTERAL, SUPLEMENTO ALIMENTAR, ESPESSANTE E FIBRAS.

Solicitação por paciente de Hospitais, Ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde.

Guarulhos

Janeiro/2021

1 - INTRODUÇÃO

A Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos atenderá mensalmente Munícipes com indicação de terapia nutricional enteral, complementação alimentar, necessidade de espessante e fibras, de acordo com os critérios, características e insumos estabelecidos neste protocolo.

A terapia nutricional enteral (TNE) surge como uma possibilidade terapêutica de manutenção ou recuperação do estado nutricional, naqueles indivíduos que apresentarem o trato gastrintestinal íntegro para o processo digestório, mas com a ingestão oral parcial ou totalmente comprometida. A TNE precoce pode ser um importante fator na promoção da saúde, diminuição do estresse fisiológico e manutenção da imunidade.

Há indicação de alimentação via enteral a qualquer indivíduo sem condições de atender ao menos 60% de suas necessidades nutricionais, voluntariamente, por meio da via oral desde que o trato gastrointestinal seja funcionante e tenha capacidade de digerir e absorver alimentos, mesmo que parcialmente.

A alta da terapia nutricional ocorrerá naquele indivíduo com restabelecimento clínico, recuperação do estado nutricional, associado à condição clínica, retorno à alimentação convencional via oral exclusiva.

1.1 - Definições:

- Complemento Nutricional: produto elaborado com a finalidade de complementar e/ou completar a dieta cotidiana insuficiente por via oral.

- Dieta enteral industrializada: alimento para fins especiais industrializado apto para uso por tubo, especialmente processado ou elaborado para ser utilizado de forma exclusiva na alimentação do paciente com capacidade limitada de ingerir, digerir, absorver ou metabolizar alimentos convencionais ou de pacientes que possuem necessidades nutricionais específicas por sua condição clínica. (complemento)

- Dieta enteral artesanal: São fórmulas nutricionais preparadas com alimentos (cereais, leguminosas, carnes, vegetais, frutas, laticínios, ovos, óleos e açúcares) de forma completa e equilibrada, conforme prescrição do nutricionista. Ela poderá ser utilizada para complementar o uso da dieta enteral industrializada. (caderno de atenção)

- Espessantes: módulo nutricional indicado para aumentar a viscosidade de um alimento, melhorando a textura e a consistência dos líquidos. São indicados para uso oral nos pacientes com disfagias. Líquidos mais viscosos podem promover uma deglutição mais segura, minimizando a possibilidade de aspiração.

- Fibras: Fibra alimentar refere-se aos componentes de plantas ou carboidratos análogos que são resistentes à digestão e absorção no intestino delgado humano. As fibras alimentares auxiliam o funcionamento do intestino. O termo fibra alimentar inclui polissacarídeos, lignina, oligossacarídeos e substâncias associadas de plantas promovendo benefícios fisiológicos.

2 - OBJETIVO

Organizar o fluxo de pacientes com prescrição de dieta enteral, suplemento alimentar, espessante e fibras residentes do Município de Guarulhos.

3 – INSUMOS PADRONIZADOS NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS

3.1 – Dieta enteral:

α) Infantil 1 a 10 anos:

Fórmula pediátrica nutricionalmente completa para nutrição enteral, indicada para criança de 01 a 10 anos. Normoglicídica, normocalórica e normoprotéica. Isenta de glúten. Apresentação em pó, lata de 400 g. Atende 100% das necessidades nutricionais do paciente. Não há necessidade

de utilizar o complemento nutricional. Seguir diluição conforme quadro 1.

QUADRO 1 - DILUIÇÃO DIETA ENTERAL INFANTIL			
DENSIDADE	**COLHER MEDIDA (9,8 g)**	**VOLUME DE ÁGUA**	**VOLUME FINAL**
1,0 Kcal/ml	5 medidas (49 g)	225 ml	250 ml
1,2 Kcal/ml	7 medidas (68,6 g)	225 ml	250 ml
1,4 Kcal/ml	8 medidas (78,4 g)	225 ml	250 ml
1,6 Kcal/ml	9 medidas (88 g)	225 ml	250 ml

β) Infantil 1 a 10 anos:

Fórmula pediátrica para nutrição enteral indicada para crianças de 01 a 10 anos. À base de peptídeos (100% soro do leite), normocalórica, normoproteíca e normolipídica. Isento de lactose, glúten. Indicada para problemas de má absorção, diarreia, desnutrição, sepse, doenças inflamatórias intestinais. Apresentação em pó, lata de 400g. Atende 100% das necessidades nutricionais do paciente. Não há necessidade de utilizar o complemento nutricional. Seguir diluição conforme quadro 2.

QUADRO 2 - DILUIÇÃO DIETA ENTERAL INFANTIL À BASE DE PEPTIDEOS			
DENSIDADE	**COLHER MEDIDA (7,9 g)**	**VOLUME DE ÁGUA**	**VOLUME FINAL**
1,0 Kcal/ml	7 medidas (55 g)	215 ml	250 ml

χ) Adolescentes (≥ 10 anos de idade), Adultos e Idosos:

Fórmula em pó enteral, polimérica, sem sacarose, isenta de lactose e glúten, hipossódica, normocalórica, normoproteíca, normolipídica, com proteína isolada de soja, com fibras solúveis e insolúveis. Apresentação em pó. Lata de 800g. Seguir diluição conforme quadro 3.

QUADRO 3 - DILUIÇÃO ENTERAL ADULTO			
DENSIDADE	**COLHER MEDIDA (5 g)**	**VOLUME DE ÁGUA**	**VOLUME FINAL**
1,0 Kcal/ml	9 medidas (45 g)	100ml	200 ml
1,2 Kcal/ml	11 medidas (55 g)	100 ml	200 ml
1,5 Kcal/ml	13 – 14 medidas (65 g – 70 g)	100 ml	200 – 250ml

3.2 – Complemento Nutricional:

α) **Crianças de 1 a 10 anos:**

Fórmula pediátrica nutricionalmente completa para nutrição enteral, indicada para criança de 01 a 10 anos. Normoglicídica, normocalórica e normoprotéica. Isenta de glúten. Apresentação em pó, lata de 400 g. Atende 75% das necessidades nutricionais do paciente.

QUADRO 1 - DILUIÇÃO DIETA ENTERAL INFANTIL			
DENSIDADE	**COLHER MEDIDA (9,8 g)**	**VOLUME DE ÁGUA**	**VOLUME FINAL**
1,0 Kcal/ml	6 medidas (58,8 g)	225 ml	250 ml

β) **Adolescentes (≥ 10 anos de idade), adultos e idosos:**

Complemento nutricional oral, indicado para maiores de 10 anos, normocalórico, hiperproteico (quando adicionado leite), isento de sabor e glúten. Apresentação em pó. Lata de 370g. Seguir diluição conforme quadro 5.

QUADRO 5 - DILUIÇÃO COMPLEMENTO NUTRICIONAL (A PARTIR 10 ANOS)		
DENSIDADE	**COLHER MEDIDA (9,1 g)**	**VOLUME FINAL**
1,0 Kcal/ml	3 colheres (sopa) (27,5 g)	180 ml água ou leite

3.3 – Espessante

Espessante a base de goma xantana, indicado para uso oral em maiores de 3 anos. Pacientes entre 1 e 2 anos poderão utilizar este produto mediante avaliação médica e/ou nutricional e/ou fonoaudiólogo. Não altera a coloração da água. **Será indicado para espessar água.** Apresentação em pó, lata de 125 g.

*- Compete ao **fonoaudiólogo** a avaliação da biomecânica da deglutição, ou seja, risco de disfagia, a prescrição do volume seguro por oferta, da consistência dos alimentos e dos líquidos espessados para administração via oral segura, até restabelecer o mecanismo fisiológico normal da deglutição ou limite terapêutico de acordo com a patologia de base e condições clínicas individuais.*

*- Compete ao **nutricionista** diante dos pacientes disfágicos, a avaliação do risco nutricional e diagnóstico nutricional, a prescrição de suplementos nutricionais e a prescrição dietética. Deverá considerar que a prescrição dietética de suplementos nutricionais não poderá ser realizada de forma isolada, devendo fazer parte da correção do padrão alimentar, considerando as possíveis interações entre estes e os alimentos e fármacos, bem como para o melhor aproveitamento biológico da dieta prescrita.*

Referência: *Parecer da BRASPEN sobre prescrição de volume, consistência e suplemento nutricional no paciente disfágico. BRASPEN J 2019; 34 (4): 418-20.*

3.4 – Fibra

Mix de fibras solúveis, isento de sabor, não altera a textura dos alimentos. Indicada para maiores de 4 anos, ou conforme critério médico e/ou nutricional. Poderá ser utilizado para uso oral ou enteral (administrado com a seringa). Apresentação em sachê.

4 –QUANTITATIVO PADRONIZADO DE INSUMOS

QUADRO 6 – QUANTITATIVO MENSAL PARA DISPENSAÇÃO	
INSUMOS	**QUANTIDADE MENSAL**
Dieta enteral infantil	Conforme necessidade nutricional da criança
Dieta enteral infantil à base de peptídeos	Conforme necessidade nutricional da criança
Dieta enteral adulto	10 a 15 latas
Equipo de dieta enteral	Máx. 30 unidades
Frasco de dieta enteral	Máx. 60 unidades
Seringa de 20 ml	Máx. 30 unidades
Suplemento nutricional infantil (oral)	Máx. 06 latas
Suplemento nutricional adulto (oral)	Máx. 06 latas
Espessante	Máx. 02 latas
Fibras	Máx. 30 sachês

5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS INSUMOS

O paciente deverá:

- Residir no Município de Guarulhos;
- Possuir cadastro definitivo na Unidade de Saúde de referência pertencente a Guarulhos e caso não tenha, realizar o cadastro;
- Possuir **Anexo 1** completamente preenchido, legível e com assinatura do Médico ou Nutricionista, e no caso de espessante, o fonoaudiólogo deverá prescrever após avaliação;
- NÃO informar MARCA COMERCIAL;
- Estar de acordo com os critérios relacionados nos subitens abaixo:

5.1 – Dietas enterais industrializada

- Serão dispensadas aos pacientes em terapia nutricional **enteral;**
- Para crianças de 1 a 10 anos serão atendido 100% das necessidades calóricas do paciente;
- Pacientes acima de 10 anos, adultos e idosos, em caso de necessidade de complementação do aporte nutricional, o nutricionista deverá prescrever dieta enteral artesanal.
- As *reavaliações* nutricionais deverão ocorrer a **cada 3 meses**, mesmo para aqueles pacientes que aguardam serem contemplados com a dieta, uma vez que podem ocorrer mudanças no estado nutricional, necessitando de readequação.

5.2 **– Complementos Nutricionais**

- Serão dispensados exclusivamente para **uso oral, conforme quadro 7;**
- As *reavaliações* nutricionais deverão ocorrer a **cada 3 meses**, mesmo para aqueles pacientes que aguardam serem contemplados com a complementação, uma vez que podem ocorrer mudanças no estado nutricional, necessitando de readequação.
-

QUADRO 7 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS COMPLEMENTOS NUTRICIONAIS	
Crianças a partir de 1 ano a Adolescentes	**-** IMC/idade ≤ percentil 3 **OU** - Paralisia cerebral: IMC/Idade ≤ percentil 5
Adultos e Idosos	**- IMC ≤ 18,5kg/m² para adultos COM comorbidades (listadas abaixo)** **- IMC ≤22kg/m² para idosos COM comorbidades (listadas abaixo)** • Cardiopatia • Câncer • Caquexia • Tuberculose • Síndrome de Má Absorção • Anorexia / Bulimia • Cirurgia de grande porte, no trato digestivo nos últimos 12 meses • Hepatopatia avançada • Nefropatia avançada • Sequela neurológica • Disfagia neurológica • Doença de Parkinson • Alzheimer • Presença de lesão por pressão estágio III e IV • Histórico de perda de peso maior que 5% nos últimos 3 meses

A complementação será fornecida por 3 meses, sendo necessária a reavaliação do estado nutricional do paciente a cada 3 meses para continuidade da dispensação.

5.3 – Espessante:

- Pacientes com diagnóstico de disfagia avaliado pelo fonoaudiólogo e/ou médico;
- Uso exclusivo oral;
- Indicado para crianças a partir de 3 anos, podendo ser prescritos para crianças de 1 a 2 anos, conforme avaliação médica ou fonoaudióloga;
- Utilizar exclusivamente para espessamento da água.

5.4 - Fibras:

- Pacientes com diagnóstico de constipação intestinal

6- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Casos que não apresentarem o **Anexo 1** completamente preenchido não serão aceitos.
- Paciente não residente de Guarulhos.
- Paciente não cadastrado na Unidade Básica de Saúde de Guarulhos.
- Anexos preenchidos com MARCA COMERCIAL não serão aceitos.
- Pacientes que estão recebendo insumos e estão sem reavaliação periódica de 3 meses do estado nutricional serão excluídos.
- O paciente/ responsável que não retirar os insumos por mais de 30 dias sem justificativa terão os insumos excluídos.

7 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS, SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS, ESPESSANTES E FIBRAS

- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência do paciente;
- Cópia dos documentos: carteira de identidade, CPF, cartão SUS e comprovante de residência do responsável legal;

- Formulário de Solicitação de Nutrição Enteral, Suplemento alimentar, Espessante e Fibras, **completamente preenchido**, legível e com assinatura do paciente ou responsável, Médico e Nutricionista, e no caso do espessante este deve ser solicitado pelo fonoaudiólogo (**Anexo 1**). Caso não esteja completamente preenchido, o anexo será devolvido para a unidade de referência.

8 - FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL, SUPLEMENTO ALIMENTAR, ESPESSANTE E FIBRAS

8.1 - PRIMEIRA SOLICITAÇÃO (ANEXOS 1, 2 E 3):

1° passo:

- Os prescritores deverão preencher o Formulário de avaliação de solicitação de nutrição enteral, suplemento alimentar, espessante e fibras (**Anexo 1**), observar os critérios de dispensação do município de Guarulhos. As prescrições para dietas enterais, suplementos nutricionais, espessantes e fibras (**Anexo 1**) deverão ser realizadas por nutricionista e médico, e no caso dos espessantes pelo fonoaudiólogo. As prescrições terão 30 (trinta) dias para efeito de dispensação na rede municipal, a partir da data de sua emissão. As prescrições devem estar com letra legível e sem rasuras.

2° passo:

- O paciente/ responsável/cuidador deverá entregar o **Anexo 1** na UBS de referência, completamente preenchido, assinado, carimbado e datado.

3° passo:

- A unidade de referência deverá realizar o cadastramento do usuário com a abertura de prontuário. Solicitar os documentos do usuário/responsável citados no item 7 e o **Anexo 1.** A unidade deverá realizar visita domiciliar preenchendo os **Anexos 2 e 3.**
- Os **Anexos 1, 2 e 3** deverão ser encaminhados à Região de Saúde (técnica da Rede de

Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – RDC) digitalizados e via e-mail. A técnica da Região verificará se todos os dados foram preenchidos corretamente para prosseguir com a solicitação.

- A Região de Saúde encaminhará os **Anexos 1 e 3** para o email do coordenador da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – RDC da Secretaria da Saúde.

8.1.1 - CONSIDERAÇÃO DA INCLUSÃO

- Caso a equipe de saúde da UBS não possua nutricionista, a equipe deverá articular com a Região de Saúde (técnica da RDC) para que a nutricionista da UBS mais próxima realize a visita de avaliação, para verificar o estado nutricional do paciente, o valor calórico da dieta, volume e fracionamento. A cópia desta avaliação deverá ser enviada (técnica da Rede de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - RDC). A avaliação original deverá ser arquivada no prontuário do paciente.

- No acompanhamento posterior, a equipe de saúde da UBS deverá realizar acompanhamento do paciente conforme plano terapêutico e preenchendo o **Anexo 4**, caso na unidade não haja nutricionista.

8.2 - REAVALIAÇÃO DO PACIENTE (ANEXOS 3, 4 OU 5)

- A avaliação nutricional será realizada a cada 3 meses na Unidade que apresentar nutricionista, devendo ser preenchido o **Anexo 5.**
- Nas Unidades sem nutricionista, a equipe de saúde deverá avaliar o paciente trimestralmente, preenchendo o **Anexo 4** (enfermeiro) e conforme necessidade matriciar o caso com a equipe NASF, para possível compartilhamento de visita domiciliar com equipe multiprofissional.
- A reavaliação trimestral (**Anexo 4 ou 5**) deverá ser enviado via email as técnicas da Rede de Atenção às Doenças Crônicas (RDC) da Região de Saúde que após análise do atendimento aos critérios deste protocolo, será enviado aos coordenadores da RDC no DAIS para que o paciente

não seja descadastrado no recebimento do insumo. Essa avaliação será a renovação da cota de insumos de nutrição, uma vez não efetuado será cancelado e perderá tais insumos.

8.3 - ALTERAÇÕES DE COTA, EXCLUSÕES E TRANSFERÊNCIAS (ANEXO 3)

Em casos de óbitos, mudanças da via de administração da dieta, transferência de unidade por mudança de endereço e internação deverão ser informados com o preenchimento do **ANEXO 3** pelo responsável pela dispensação da unidade de saúde às técnicas da Região de Saúde (técnica da RDC). Posteriormente, este anexo será encaminhado a coordenador da RDC do DAIS, que fará a alteração em planilha e sistema.

9 – CADASTROS DOS INSUMOS

A Região de Saúde (técnica da RDC) deverá encaminhar por email os anexos recebidos das unidades aos coordenadores da RDC. Os coordenadores condensarão as cotas cadastradas que solicitará autorização para cadastro à Divisão Técnica de Gestão e Planejamento de Medicamentos e Insumos, conforme saldos existentes em estoque e atas/contratos.

Após autorizo, os coordenadores farão a inclusão dos pacientes na planilha de cadastros de nutrição. A Divisão Técnica de Gestão e Planejamento de Medicamentos e Insumos fará a alteração no sistema J Saúde.

A planilha de cadastro de nutrição será encaminhada por email mensalmente às técnicas da RDC na Região de Saúde, que por sua vez, dispararão para as Unidades de Saúde.

Cabe ao responsável pela dispensação dos insumos na Unidade manter a última versão da planilha salva atualizada.

10 – DISPENSAÇÃO E RETIRADA DE INSUMOS

A dispensação dos insumos ocorrerá na Unidade de Saúde, mediante cadastrado autorizado previamente pelo DAIS, conforme planilha de cadastros de nutrição.

Cada unidade de saúde deverá ter um responsável pelo controle do cadastro, dispensação dos insumos, nomeando outro responsável na sua ausência na unidade.

A dispensação do insumo ocorrerá na unidade de saúde a qual o paciente está cadastro, devendo ser realizada via sistema de gerenciamento. Além disso, ela ocorrerá de forma nominal, conforme dados da planilha de cadastro.

No momento da dispensação, serão emitidas 2 vias de recibo para assinatura do paciente e/ou responsável e inclusão do RG. Uma via ficará em poder do paciente/responsável e outra arquivada em prontuário.

Cabe ao responsável pela dispensação da unidade informar para o email da Região de Saúde, os casos de abandono, transferência e óbito, preenchendo e enviando o Anexo 3.

11 - OBSERVAÇÕES

Na visita domiciliar realizada, o nutricionista deverá entregar orientações, quando necessário, da dieta caseira/artesanal (**Anexo 6**) e a prescrição nutricional para o cuidador (**Anexo 7**).

PROCEDIMENTO GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL/ SUPLEMENTO ALIMENTAR / ESPESSANTE / FIBRAS

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO:

- Pacientes residentes no município de Guarulhos.
- O tipo e quantidade de fórmula enteral e suplemento serão atendidos de acordo com o previsto em Protocolo Municipal, conforme item 4. Itens não preconizados em protocolo não serão atendidos.
- **Atender os critérios do item 5 do Protocolo.**
- **NÃO SERÃO ACEITOS SOLICITAÇÕES POR MARCA.**
- Anexo 1 preenchido totalmente pelo solicitante.
- Cadastro na unidade básica de saúde de referência do paciente em Guarulhos.
- Cópias do CPF, RG, CNS e comprovante de residência do paciente e cuidador.
- É obrigatório o preenchimento de todos os campos do Anexo 1.

<u>Orientação ao paciente:</u>

Entregar Anexo 1 e cópias dos documentos (CPF, RG, CNS e comprovante de residência) na Unidade Básica de Saúde de referência do paciente no município de Guarulhos.

ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE DIETA ENTERAL, SUPLEMENTO ALIMENTAR, ESPESSANTE E FIBRAS.

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE UBS _____ PRONTUÁRIO _____

Nome completo:-_____

Sexo: ( ) M ( ) F Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____

CNS: _____ CPF: _____ RG:_____

Nome completo da mãe ou responsável _____

Sexo: ( ) M ( ) F Data de nascimento: ___/___/_____ CNS: _____

CPF: _____ RG:_____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: _____/_____/_____

2- INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença Principal: _____ CID: _____

Outro(s) Diagnóstico(s): _____CID:_____

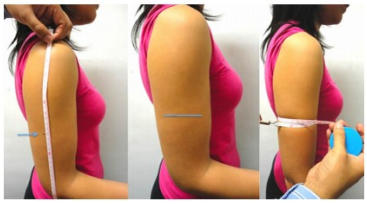
3- JUSTIFICATIVA DA INDICAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

( ) Afagia/ Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito intestinal

( ) Afagia / Disfagia por doença neurológica ( ) Transtorno de motilidade intestinal

( ) Síndrome de má absorção ( ) Desnutrição moderada à grave ( ) outras: _____

4- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL



Circunferência do braço: _____cm (ponto médio entre o ombro e o cotovelo, realiza-se a aferição da circunferência do braço).

Peso: _____kg Altura: _____m IMC: _____kg/m² Peso há 6 meses: _____kg

Altura do Joelho: _____ cm Circunferência da Panturrilha: _____ cm (para idoso)

Para crianças (curva): E/I: _____ IMC/I :_____kg/m²

Diagnóstico Nutricional: _____

5- ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

Tipos de vias de administração da alimentação:

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

Vias de acesso:

Por sonda: ( ) Nasogástrica ( ) Nasoduodenal ( ) Nasojejunal

Por ostomias: ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia

6 – NECESSIDADES NUTRICIONAIS DA DIETA/SUPLEMENTO

Necessidades nutricionais diárias: _____kcal/dia

7- TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA

A – Dieta padrão para crianças (1 -10 anos):

( ) Polimérica, Normocalórica, Nomoprotéica, sem glúten, sem lactose. Apresentação em pó. Lata de 400g (poderá atingir 1.5kcal/ml).

B – Dieta hidrolisada para crianças (1 -10 anos):

( ) Hidrolisada a base de peptídios, sem glúten e sem lactose. Apresentação em pó, lata de 400g

C - Dieta padrão para adolescentes (≥ 10 anos de idade), adultos e idosos

( ) Polimérica, Normocalórica, Nomoprotéica, Normolipídica, Hipossódica, sem sacarose, sem glúten, sem lactose, com proteína isolada de soja. Poderá atingir 1.5kcal/ml. Apresentação em pó – lata de 800g.

D – Suplemento alimentar (0-10 anos)

( ) Normocalórica, Nomoprotéica, sem glúten, sem lactose. Apresentação em pó. Lata de 400g

E – Suplemento alimentar (a partir dos 10 anos):

( ) Normocalórica, Hiperproteíco, sem sacarose, com maltodextrina. Apresentação em pó. Lata de 370g

8 – PRESCRIÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL INDUSTRIALIZADA.

Dieta solicitada (informar a letra correspondente no item 7)	Dieta enteral			Água	
	Volume/horário	Fracionamento da dieta/dia	Horários	Volume de água nos intervalos	Horários

- Quantidade de latas/mês: _____

Modo de Preparo:

- Dissolver ____ colheres medidas niveladas em 50ml de água filtrada e fervida, misturando até obter perfeita homogeneização.

- Adicionar o restante da água até completar o volume final (_____ml);

- Misturar até obter completa homogeneização.

9 – PRESCRIÇÃO DE COMPLEMENTO NUTRICIONAL

Complemento solicitado (informar a letra correspondente no item 7	Complemento nutricional		
	Volume/horário	Fracionamento do complemento/dia	Horários

- ____ colheres medida do suplemento em pó. **- Quantidade de latas/mês: _____**

- ____ ml de água filtrada e fervida.

10 – PRESCRIÇÃO DE ESPESSANTE

- Dissolver ____ colheres medidas para ____ml de líquido. **- Quantidade de latas/mês: _____**

11- FIBRAS

- Dissolver ____ unidade de sachê para ____ml de líquido. **- Quantidade/mês: _____**

12- ASSINALAR OS INSUMOS NECESSÁRIOS:

( ) Equipo

( ) Frascos

( ) Seringa de 20 ml

13 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE E PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Estabelecimento:_____ CNES:_____

Endereço: _____n°_____CEP:_____

Bairro: _____Telefone:_____

Prescritor: _____Conselho de classe:_____

Data:_____/____/_____

PRESCRITOR:

_____ _____ _____

Médico (assinatura e carimbo) Nutricionista (assinatura e carimbo) Fonoaudiólogo* (assinatura e carimbo)

*** Assinatura da fonoaudióloga no caso de prescrição do espessante.**

ANEXO 2 - CADASTRO DO USUÁRIO NA UBS DE REFERÊNCIA/VISITA DOMICILIAR

UBS: _____Região de saúde: _____ Prontuário: _____

Data de entrada:____/____/___ Protocolo: _____/_____

1 – IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE:_____ DN ____/____/_____ IDADE: _____

Cartão SUS nº_____ Sexo ( ) M ( ) F

RG nº_____ CPF nº_____

NOME DA MÃE/ RESPONSÁVEL_____

ENDEREÇO:_____ COMPL._____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____CEP:_____

FONE:_____

DIAGNÓSTICO: _____ C.I.D. _____

DOENÇAS DE BASE/COMORBIDADES: _____

2 – CONDIÇÕES DE MORADIA

SUA RESIDÊNCIA PODERÁ RECEBER O SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR? ( ) SIM ( ) NÃO

OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL QUANTO A QUESTÕES DE:

HIGIENIZAÇÃO: _____

ESTRUTURA: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____

3 - EXAME FÍSICO

PA: _____ mmHg PULSO:_____ bat / min FC: _____bat / min

TEMP:_____ºC FR_____ mov/min Peso _____kg altura_____ m

	SEM ALTERAÇÕES	COM ALTERAÇÕES	TIPO DE ALTERAÇÃO (QUANDO HOUVER)
CRÂNIO			
OLHOS			
OUVIDO			
NARIZ			
BOCA			
PESCOÇO			
TÓRAX			

MAMAS			

Ausculta pulmonar:

( ) normal ( ) murmúrios vesiculares diminuídos ( ) roncos ( ) estertores ( ) ilos_____

Oxigenação:

( ) ar ambiente ( ) usa oxigênio ( ) faz parte do Programa de Oxigenoterapia

Abdômen: ( ) indolor ( ) plano ( ) globoso ( ) flácido a palpação ( ) presença de ruídos hidroaéreos ( ) colostomia ( ) dor _____

Geniturinário: ( ) sem alteração anatômica ( ) alterações_____

Eliminação urinária:

( ) normal ( ) incontinência urinária ( ) nictúria ( ) outros _____ ( ) SVD ( ) outros dispositivos _____ Uso de Fraldas ( ) N ( ) S - Frequência: _____dia.

Eliminação intestinais:

( ) normal ( ) obstipação ( ) diarreia - Frequência: _____dia.

Estado nutricional: ( ) Eutrofia ( ) obeso ( ) desnutrido ( ) relato de perda ponderal

Nível de consciência: ( ) lúcido ( ) desorientado/confuso ( ) torporoso ( ) comatoso

Movimentação: ( ) deambula ( ) deambula com auxílio ( ) restrito ao lar ( ) acamado

Pele / tecidos:

( ) sem alterações ( ) anasarca ( ) cianose ( ) icterícia ( ) descorado

( ) reações alérgicas ( ) lesões cutâneas (escaras):_____

Membros superiores:

( ) sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades ( ) pulsos periféricos palpáveis ( ) paresia ( ) plegia ( ) edema ( ) dispositivo venoso ( ) lesões

Membros inferiores:

( ) sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades( ) pulsos periféricos palpáveis ( ) paresia ( ) plegia ( ) edema ( ) dispositivo venoso ( ) lesões

Se Lesões Cutâneas (escaras), preencher abaixo:

Tipo:

( ) Lesão Venosa _____ (meses/anos) ( ) Lesão Varicosa _____ (meses/anos)

( ) Lesão por pressão _____ (meses/anos) ( ) Pé diabético _____ (meses/anos)

( ) Erisepela _____ (meses/anos)

( ) Incisão cirúrgica, data do procedimento _____

( ) Amputações – data_____ - MMII( ) e/ou MMSS ( ) outros_____

( ) Enxerto, data_____, MMII( ) e/ou MMSS ( ), outros_____

( ) Cirurgia ortopédica, se sim especifique _____(hastes/prótese)

Classificação:

( ) Hiperemia

( ) Ruptura de epiderme e derme: tamanho da lesão _____ cm (Diâmetro, profundidade),

Bolha ( ) Sim ( )Não

( ) Maior profundidade por perda total de tecido cutâneo:

Necrose ( ) Sim ( ) Não, Odor ( ) Sim ( )Não

( ) Ferida em cavitação, profunda que atinge músculos, tendões e ossos, com necrose e odor característico.

( ) Exsudato: Quantidade ( ) Pouco ( ) Moderado ( ) Grande importância

Desenho da Lesão:

Observações do Profissional:

_____

_____

_____

Enfermeiro(a):_____ COREN:_____ DATA___/____/_____ (assinatura c/ carimbo)

Observação: O preenchimento de todos os campos são obrigatórios, em caso do não preenchimento implicará na não concessão do(s) insumo(s).

ANEXO 3

SOLICITAÇÃO/ALTERAÇÃO/RENOVAÇÃO/TRANSFERÊNCIA E EXCLUSÃO DE COTA DA UBS

UBS: _____**REGIÃO DE SAÚDE:** _____

( ) Solicitação

( ) Renovação de cota

( ) Alteração de cota

( )Transferência Da UBS: _____ Para UBS: _____

( ) Exclusão

Nome: **D.N. ___/___/____** **Idade:**	
Prontuário nº	**Data entrada: _____/____/____**
Contato:	
Cuidador:	

Código	Descrição do Item para Cadastrar/Alterar Cota	Quantidade	Observação

Justificativa:_____

_____

_____

_____

DATA _____/_____/_____

ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL, SUPLEMENTO ALIMENTAR, ESPESSANTE E FIBRAS.

* ***Preenchimento pela equipe de saúde***

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

CNS: _____ Prontuário: _____

Responsável:_____

Endereço: _____n°_____

CEP: _____Complemento: _____ Bairro: _____

Telefone: _____/_____/_____

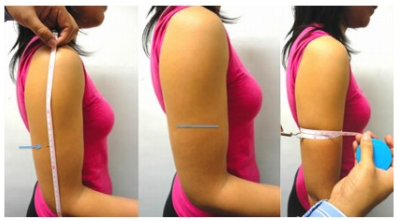
2- INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença Principal: _____ CID: _____

Outro(s) Diagnóstico(s): _____CID:_____

3- NÚMERO DE INTERNAÇÕES NOS ÚLTIMOS 12 MESES _____

4- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL



Circunferência do braço: _____cm (ponto médio entre o ombro e o cotovelo, realiza-se a aferição da circunferência do braço).

Peso: _____kg Altura: _____m IMC: _____kg/m^2 Peso há 6 meses: _____kg

Para crianças (curva): E/I: _____ IMC/I: _____kg/m^2

Diagnóstico Nutricional: _____

5- ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

Tipo de vias de administração da alimentação

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

Vias de acesso

Por sonda: ( ) Nasogástrica ( ) Nasoduodenal ( ) Nasojejunal

Por estomias: ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia

6 - SINTOMAS GASTROINTESTINAIS:

( ) Vômito ( ) Diarreia ( ) Distensão abdominal

7- PRESENÇA DE FERIDA

( ) Sim ( ) Não

Data da visita:_____/____/_____ _____

ANEXO 5 - FORMULÁRIO DE REAVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO USUÁRIO EM USO DE NUTRIÇÃO ENTERAL, SUPLEMENTO ALIMENTAR, ESPESSANTE E FIBRAS.

Preenchimento pelo Nutricionista

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - UBS _____ PRONTUÁRIO _____

Nome completo: _____

Sexo: ( ) M ( ) F Data de nascimento: ___/___/_____Idade:_____

CNS: _____CPF: _____ RG:_____

Nome Mãe ou Responsável: _____

Sexo: ( ) M ( ) F Data de nascimento: ___/___/_____ CNS: _____

CPF: _____ RG:_____

Endereço: _____ Complemento_____

CEP: _____ Bairro: _____

Telefone: _____/_____/_____

2- INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença Principal: _____ CID: _____

Outro(s) Diagnóstico(s): _____CID:_____

3- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Data da avaliação	Peso	Altura	IMC	CB	CP	E/I (percentil)	IMC/I (percentil)

Peso há 6 meses:_____kg Diagnóstico Nutricional: _____

Sintomas Gastrointestinais:

( ) Vômito ( ) Diarréia ( ) Distensão abdominal

4 – NECESSIDADES NUTRICIONAIS DA DIETA/SUPLEMENTO: _____kcal/dia

5- TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA

A – Dieta padrão para crianças (1 -10 anos):

( ) Polimérica, Normocalórica, Nomoprotéica, sem glúten, sem lactose (poderá atingir 1.5kcal/ml). Apresentação em pó - Lata de 400g - (vide diluição no item 3)

B – Dieta hidrolisada para crianças (1 -10 anos):

( ) Hidrolisada a base de peptídios, sem glúten e sem lactose. Apresentação em pó – lata de 400g - (vide diluição no item 3)

C - Dieta padrão para adolescentes (≥ 10 anos de idade), adultos e idosos

( ) Polimérica, Normocalórica, Nomoprotéica, Normolipídica, Hipossódica, sem sacarose, sem glúten, sem lactose, com proteína isolada de soja. Poderá atingir 1.5kcal/ml. Apresentação em pó – lata de 800g - (vide diluição no item 3)

D – Suplemento alimentar (0-10 anos)

( ) Normocalórica, Nomoprotéica, sem glúten, sem lactose (poderá atingir 1.5kcal/ml). Apresentação em pó - Lata de 400g - (vide diluição no item 3)

E – Suplemento alimentar (a partir dos 10 anos):

( ) Normocalórica, Hiperproteíco, sem sacarose, com maltodextrina. Apresentação em pó. Lata de 370g - (vide diluição no item 3)

6 – ALTERAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DIETÉTICAS

( ) sim Qual alteração? _____

( ) manutenção da prescrição dietética anterior

6.1 – DIETA ENTERAL

Dieta solicitada (informar a letra correspondente no item 5)	Dieta enteral			Água	
	Volume final /horário	Fracionamento da dieta/dia	Horários	Volume de água nos intervalos	Horários

- Quantidade de latas/mês: _____

Modo de Preparo: Dissolver ____ **colheres medidas niveladas em 50ml** de água filtrada e fervida, misturando até obter perfeita homogeneização. Adicionar o restante da água até completar o **volume final** (_____ml) e misturar até obter completa homogeneização.

6.2 – COMPLEMENTO NUTRICIONAL

Complemento solicitado (informar a letra correspondente no item 5)	Complemento nutricional		
	Volume/horário	Fracionamento do complemento/dia	Horários

- ____ colheres medida do suplemento em pó. **Quantidade de latas/mês: _____**

- ____ ml de água filtrada e fervida.

6.3 – ESPESSANTE

- Dissolver ____ colheres medidas para ____ml de líquido. **Quantidade de latas/mês: _____**

6.4 - FIBRAS

- Dissolver ____ unidade de sachê para ____ml de líquido. **Quantidade/mês: _____**

_____ _____/_____/_____

Nutricionista (carimbo/ assinatura) **DATA**

Exemplo de Dieta enteral caseira ou artesanal

Receita da dieta enteral caseira ou artesanal padrão

Ingredientes	1200 kcal	1500 kcal	1800 kcal	2000 kcal
Arroz cru	1 c.s	1 c.s	1,5 c.s	2 c.s
Feijão cozido	2,5 c.s	3 c.s	3,5 c.s	4 c.s
Carne moída	2,5 c.s	3 c.s	3,5 c.s	4 c.s
Cenoura crua	3,5 c.s	4,5 c.s	5,5 c.s	7 c.s
Cebola picada	1,5 c.s	2 c.s	2,5 c.s	3 c.s
Leite semi desnatado	5 C.a	6 C.a	7,5 C.a	9 C.a
Açúcar refinado	3 c.s	3,5 c.s	4 c.s	5 c.s
Óleo de soja	1,5 c.s	2 c.s	3 c.s	4 c.s
Óleo de canola	1 c.s	1 c.s	1,5 c.s	2 c.s
Suplemento alimentar	2 c.s	2 c.s	2 c.s	2 c.s
Extrato de soja	0,5 c.s	1 c.s	1 c.s	1,5 c.s
Suco de laranja	200 ml	200 ml	200 ml	200 ml
c.s = colher de sopa C.a = copo americano				

- Fonte: Projeto de mestrado intitulado "Elaboração de dietas enterais manipuladas, análise de sua composição nutricional e qualidade microbiológica" de autoria de Ana Paula Lança Bento, orientação Prof Dr. Alceu Afonso Jordão Junior e Co-orientação Prof Dra Rosa Wanda Diez Garcia.

Receita da dieta enteral caseira ou artesanal Diabetes

Ingredientes	1200 kcal	1500 kcal	1800 kcal	2000 kcal
Arroz cru	1 c.s	1,5 c.s	2 c.s	2,5 c.s
Feijão cozido	3,5 c.s	4 c.s	5 c.s	5,5 c.s
Carne moída	2,5 c.s	3 c.s	4 c.s	4,5 c.s
Cenoura crua	5 c.s	6 c.s	7 c.s	7,5 c.s
Cebola picada	1,5 c.s	2 c.s	3 c.s	3 c.s
Leite semi desnatado	6 C.a	7,5 C.a	9 C.a	9,5 C.a
Maltodextrina	3 c.s	4 c.s	5 c.s	5,5 c.s
Óleo de soja	2,5 c.s	3 c.s	4 c.s	4,5 c.s
Óleo de canola	2 c.s	2,5 c.s	3 c.s	3,5 c.s
Suplemento alimentar	2 c.s	2,5 c.s	3 c.s	3 c.s
Suco de laranja	300 ml	300 ml	300 ml	300 ml
c.s = colher de sopa - C.a = copo americano				

– *Fonte: Projeto de mestrado intitulado "Elaboração de dietas enterais manipuladas, análise de sua composição nutricional e qualidade microbiológica" de autoria de Ana Paula Lança Bento, orientação Prof Dr. Alceu Afonso Jordão Junior e Co-orientação Prof Dra Rosa Wanda Diez Garcia.*

–

Substituições para os ingredientes da receita

Alimento (quantidade)	Alimentos substitutos (quantidade)
Arroz cru (1 colher de sopa cheia)	- Macarrão pequeno para sopa cru (2 colheres de sopa cheia)
Carne moída (1 colher de sopa cheia)	- Peito de frango picado (1 colher de sopa cheia) - Ovo de galinha cozido (1/2 unidade)
Leite de vaca (1 copo americano)	- Extrato de soja pronto para beber com cálcio (1 copo americano) - Extrato de sopa pó (1 colher de sopa cheia) - Leite de soja em pó suplemento (1 colher de sopa) - Leite de vaca com baixo teor de lactose (1 copo americano)
Cenoura crua (1 colher de sopa cheia)	- Chuchu cru picado (2 colheres de sopa) - Abóbora moranga crua picada (1 colher sopa cheia) - Beterraba cozida picada (1 colher de sopa cheia) - Vagem grua picada (1 colher de sopa rasa)

- Fonte: Projeto de mestrado intitulado "Elaboração de dietas enterais manipuladas, análise de sua composição nutricional e qualidade microbiológica" de autoria de Ana Paula Lança Bento, orientação Prof Dr. Alceu Afonso Jordão Junior e Co-orientação Prof Dra Rosa Wanda Diez Garcia.

Modo de Preparo:

1. Cozinhar em uma mesma panela os alimentos crus (arroz, carne moída, cebola, cenoura ou alimentos substitutos) juntamente com o feijão previamente cozido.
2. Colocar os alimentos cozidos no liquidicador, juntar ½ da porção de leite e todos os demais ingredientes da receita e bater por 4 minutos.
3. Colocar a outra metade do leite e bater por mais 3 minutos.
4. Coar em peneira fina 3 vezes.
5. Acondicionar na porção superior da geladeira.
6. O suco deverá ser ofertado em horários alternativos com a dieta, sendo fracionado pelo menos em 2 refeições.

Exemplo: Horários de dieta: 6,9,12,15,18,21.

Horários de suco: 10:30, 16:30.

ANEXO 6

PRESCRIÇÃO DA DIETA CASEIRA OU ARTESANAL

*Impresso a ser entregue ao cuidador/responsável

Necessidades nutricionais diárias: _____kcal/dia.

Suco: _____ ml (Horários: ____,____,____,____).

Dieta: _____ml (Horários: ____, _____, _____,_____,_____,_____,_____,_____).

Água: ____ml (Horários: ____, _____, _____,_____,_____,_____,_____,_____).

A dieta enteral caseira ou artesanal deve ser preparada com os seguintes ingredientes e quantidade:

- Arroz cru (___ colheres de sopa)
- Feijão cozido (___ colheres de sopa)
- Carne moída (___colheres de sopa)
- Cenoura crua (____ colheres de sopa)
- Cebola picada (____ colheres de sopa)
- Leite semi desnatado (____ copos/____ml)
- Açúcar refinado (____ colheres de sopa)
- Maltodextrina (____ colheres de sopa)
- Óleo de soja (____ colheres de sopa)
- Óleo de canola (____ colheres de sopa)
- Suplemento alimentar (____ colheres de sopa)
- Extrato de soja (____ colheres de sopa)

Modo de Preparo:

1. Cozinhar em uma mesma panela os alimentos crus (arroz, carne moída, cebola, cenoura ou alimentos substitutos) juntamente com o feijão previamente cozido.
2. Colocar os alimentos cozidos no liquidicador, juntar ½ da porção de leite e todos os demais ingredientes da receita e bater por 4 minutos.
3. Colocar a outra metade do leite e bater por mais 3 minutos.
4. Coar em peneira fina 3 vezes.
5. Acondicionar na porção superior da geladeira.
6. O suco de laranja deverá ser ofertado em horários alternativos com a dieta, sendo fracionado pelo menos em 2 refeições.

_____ _____

Assinatura do Nutricionista Responsável/Cuidador

ANEXO 7 - PRESCRIÇÃO DA DIETA ENTERAL INDUSTRIALIZADA, SUPLEMENTO ALIMENTAR, ESPESSANTE E FIBRAS.

*Impresso a ser entregue ao cuidador/responsável * Preenchimento pelo Nutricionista

UBS _____

NOME DO PACIENTE: _____

1 – PRESCRIÇÃO DA NUTRIÇÃO ENTERAL INDUSTRIALIZADA.

	Dieta enteral			Água	
Descrição da fórmula solicitada	**Volume/horário**	**Número de dietas/dia**	**Horários**	**Volume de água**	**Horários**

- Quantidade de latas/mês: _____

Modo de Preparo:

- Dissolver ____ colheres medidas niveladas em 50ml de água filtrada e fervida, misturando até obter perfeita homogeneização.
- Adicionar o restante da água até completar o volume final (_____ml);
- Misturar até obter completa homogeneização.

2 – PRESCRIÇÃO DE SUPLEMENTO ALIMENTAR

Descrição do suplemento solicitado	Dieta enteral		
	Volume/horário	**Número de suplementos/dia**	**Horários**

- ____ colheres medida do suplemento em pó.
- ____ ml de água filtrada e fervida.

3 – PRESCRIÇÃO DE ESPESSANTE

- Dissolver ____ colheres medidas para ____ml de líquido.
- Consistência de: _____

4- FIBRAS

- Dissolver ____ unidade de sachê para ____ml de líquido.

_____ _____

Assinatura do Nutricionista Responsável/Cuidador