

PREFEITURA DE CRICIÚMA/SC  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE/VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL  
ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO  
ATENÇÃO À SAÚDE

PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES

Criciúma, 2022.

## **PREFEITURA DE CRICIÚMA**

**Clésio Salvaro**

Prefeito

**Ricardo Fabris**

Vice-Prefeito

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Acélio Casagrande**

Secretário Municipal de Saúde

## **COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO**

Gerência da Assistência Farmacêutica

Gerência de Alimentação e Nutrição

Gerência de Atenção Básica

## **ORGANIZAÇÃO**

Ana Paula Aguiar Milanez

Quéli Cristina Bitencourt Sostisso Seifert

Liz Corrêa Fabre

Renata Amancio Teixeira de Jesus

Caroline Inácio Spilere

**1ª versão**

**2022**

## Sumário

<b>1 AMPARO LEGAL</b> .....	4
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
<b>3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b> .....	7
<b>4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b> .....	7
<b>5 ESPESSANTE ALIMENTAR</b> .....	8
5.1 Introdução .....	8
5.2 Critério clínico para prescrição de espessante alimentar .....	9
5.3 Fluxo de atendimento para dispensação de espessante alimentar .....	10
<b>6 MÓDULO DE FIBRAS</b> .....	11
6.1 Introdução .....	11
6.2 Critério clínico para prescrição de módulo de fibras .....	12
6.3 Fluxo de atendimento para dispensação de módulo de fibras .....	14
<b>7 MÓDULO DE PROTEÍNA E SUPLEMENTO HIPERPROTEÍCO PARA CICATRIZAÇÃO</b> 15	
7.1 Introdução .....	15
7.2 Critério Clínico para prescrição de módulo proteico .....	17
7.3 Critério Clínico para prescrição de suplemento hiperproteico para cicatrização .....	18
7.4 Fluxo de atendimento para dispensação de módulo proteico e suplemento hiperproteico para cicatrização.....	19
<b>8 SUPLEMENTO HIPERCALÓRICO</b> .....	20
8.1 Introdução .....	20
8.2 Critério Clínico para prescrição de suplemento hipercalórico.....	21
8.3 Fluxo de atendimento para dispensação de suplemento hipercalórico .....	24
<b>9 COMPETÊNCIAS DOS SETORES ENVOLVIDOS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b> .....	25
9.1 Competência do Enfermeiro AB/Melhor em Casa/Especialidades.....	25
9.2 Competência do profissional Nutricionista da AB/Melhor em Casa/Especialidades .....	25
9.3 Competência do profissional Fonoaudiólogo AB/Melhor em Casa/Especialidade - Espessante Alimentar .....	26
9.4 Competência da Farmácia Central .....	27
<b>10 PRESCRIÇÃO INICIAL, ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO</b> .....	27
<b>11 ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS</b> .....	27
<b>Referências</b> .....	28
<b>ANEXOS</b> .....	29
<b>APÊNDICES</b> .....	53

## 1 AMPARO LEGAL

- Lei Federal 8080/90 – elucida a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput) e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) como atribuições específicas do SUS. Sendo assim, ao Estado (gênero) cabe formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição, e em casos nos quais a alimentação apresenta status de fármaco, como na situação das dietas enterais, este deve fornecê-la de acordo com os princípios e normas do SUS.
- Lei Federal 8142/90 – dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- O artigo 196, da Constituição Federal (1990) preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- Nota Técnica n.º 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, cita que: O Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazo.
- O departamento especializado em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde reconhece a: Nota Técnica n.º 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, Necessidade de organização de serviços estruturados baseados em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas nos estados e municípios, como passo inicial para consolidação de um fluxo de triagem, diagnósticos, tratamento, dispensação de produtos e acompanhamento destes pacientes na rede pública de saúde, como exemplo do que já ocorre em alguns municípios como Aracaju e Curitiba.
- Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010: altera o artigo 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito constitucional.
- Lei Federal nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos

farmacêuticos e dá outras providências, em seu Art. 3º diz que: "As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI)".

- Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Em seu Art. 8º traz que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Implantar e implementar protocolo específico para acesso aos produtos de uso nutricional na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma/SC no âmbito do SUS.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Estabelecer um fluxo organizado de assistência ao público-alvo deste protocolo, respeitando a visão multidisciplinar e dos níveis de complexidade e as Redes de Atenção à Saúde;
- Determinar os critérios para a dispensação dos produtos padronizados pela Secretaria de Saúde do município de Criciúma;
- Estabelecer as competências e responsabilidades da equipe multidisciplinar envolvida na assistência aos usuários sujeitos deste protocolo;
- Orientar todos os serviços de atenção à saúde do município em relação aos critérios e fluxos para dispensação dos produtos de que trata este protocolo;
- Racionalizar o acesso e otimizar os recursos públicos em saúde demandados com a aquisição dos produtos considerados neste protocolo.

### **3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- Possuir Cartão Nacional de Saúde atualizado;
- Estar com cadastro atualizado na Unidade Básica de Saúde de referência com registro de visita do Agente Comunitário de Saúde no semestre;
- Estar em acompanhamento com a equipe multiprofissional do SUS do município (no exercício regular de suas funções);
- Possuir todos os critérios descritos conforme a fórmula a ser dispensada.

### **4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Não ser residente em Criciúma;
- Não se enquadrar em nenhum dos critérios clínicos;
- Receber alta pela equipe;
- Não renovação da receita nutricional;
- Óbito do paciente.

## **5 ESPESSANTE ALIMENTAR**

### **5.1 Introdução**

A disfagia orofaríngea é um distúrbio de deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais. As principais complicações que podem ser ocasionadas pela disfagia são: o aumento das chances de pneumonia aspirativa, a ampliação do tempo de internações devido à desnutrição e à desidratação, o desinteresse por alimentos, a debilitação da saúde de modo geral, e a conseqüente perda da qualidade de vida. O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para avaliar e reabilitar a disfagia. Uma vez que a disfagia é diagnosticada, deve ser traçado um programa terapêutico visando deglutição eficiente sem riscos de complicações pulmonares, nutricionais e psicológicas. Prover uma deglutição segura para indivíduos disfágicos é um desafio que pode ser facilitado com uso de recursos terapêuticos como a adaptação das dietas, com mudanças na consistência, volume, temperatura e sabor. Essas estratégias utilizadas pelos fonoaudiólogos fazem parte da reabilitação da deglutição, pois elas interferem no desempenho sensorio motor oral e no trânsito orofaríngeo, minimizando os riscos de aspiração laringotraqueal. Mudança na consistência dos alimentos é uma importante ferramenta no tratamento da disfagia e deve ser modificada de acordo com o grau da disfagia, estado nutricional, aceitação alimentar e morbidade do paciente. O uso de espessante alimentício é um recurso utilizado para o espessamento de líquidos, conduta comum na prática fonoaudiológica, pois a deglutição de alimentos líquidos exige maior controle oral do que outras. A chance de escape precoce do alimento é um dos maiores riscos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Com este protocolo visamos complementar os cuidados aos pacientes com disfagia no município de Criciúma lembrando que a nutrição e a hidratação adequada é parte fundamental para recuperação deste paciente.

## 5.2 Critério clínico para prescrição de espessante alimentar

<b>DISFAGIA</b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>Fonoaudiológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter diagnóstico fonoaudiológico da fisiopatologia da deglutição com indicação de uso de espessante alimentar;</li> <li>- Registro em prontuário eletrônico da prescrição do volume, ritmo de oferta e, da consistência alimentar. De acordo com a padronização da National Dysphagia Diet (NDD) os líquidos podem ser espessados em três consistências: néctar, mel e pudim (<b>Anexo 1</b>).</li> </ul>	Fonoaudiólogo
<b>DISFAGIA</b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>Nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possuir classificação do Estado Nutricional segundo IMC (OMS) para adultos (<b>Anexo 2</b>).</li> <li>- Se idoso, deve possuir o Estado Nutricional avaliado pelo IMC conforme Lipschitz (1994) (<b>Anexo 2</b>).</li> <li><b>Obs.: casos de pacientes acamados, impossibilitados de aferição de peso e estatura, proceder com a estimativa de acordo com fórmulas validadas (Anexo 3).</b></li> <li>- Possuir recordatório alimentar de 24 horas registrado no prontuário eletrônico;</li> <li>- Possuir Cálculos das necessidades nutricionais e hídricas diárias (<b>Anexo 4</b>).</li> <li>- Cálculo da dose do suplemento.</li> </ul>	Nutricionista

**O profissional Nutricionista deverá registrar em prontuário eletrônico o cálculo da dose do espessante alimentar mediante a prescrição fonoaudiológica (néctar, mel ou pudim). A quantidade/dose do espessante alimentar deve ser de no máximo 1620g/mês – equivalente 13 latas de 125g/mês. Diluição conforme fabricante.**

### 5.3 Fluxo de atendimento para dispensação de espessante alimentar

**Figura 1 – Fluxo para dispensação de espessante alimentar**



## 6 MÓDULO DE FIBRAS

### 6.1 Introdução

A fibra alimentar, também denominada fibra dietética, é resistente à ação das enzimas digestivas humanas e é constituída de polímeros de carboidratos, com três ou mais unidades monoméricas, e mais a lignina – um polímero de fenilpropano. Os componentes da fibra alimentar dividem-se nos grupos: polissacarídeos, oligossacarídeos, carboidratos análogos (amido resistente e maltodextrinas resistentes), lignina, compostos associados à fibra alimentar (compostos fenólicos, proteína de parede celular, oxalatos, fitatos, ceras, cutina e suberina) e fibras de origem animal (quitina, quitosana, colágeno e condroitina). De forma simplificada, as fibras são classificadas como fibras solúveis, viscosas ou facilmente fermentáveis no cólon, como a pectina, ou como fibras insolúveis como o farelo de trigo que tem ação no aumento de volume do bolo fecal, mas com limitada fermentação no cólon. Os efeitos positivos da fibra alimentar estão relacionados, em parte, ao fato de que uma parcela da fermentação de seus componentes ocorre no intestino grosso, o que produz impacto sobre a velocidade do trânsito intestinal, sobre o pH do cólon e sobre a produção de subprodutos com importante função fisiológica. As recomendações atuais de ingestão de fibra alimentar na dieta variam de acordo com a idade, o sexo e o consumo energético, sendo a recomendação adequada em torno de 14 g de fibra para cada 1.000 kcal ingeridas. A constipação intestinal é provocada principalmente pelo consumo insuficiente de fibras, porém a outras causas envolvidas como aporte hídrico incorreto, doenças do trato gastrointestinal, por exemplo. O bom funcionamento intestinal depende de três elementos inseparáveis. São eles: a ingestão de água, o consumo de fibras e a prática de atividade física. A regularidade da atividade intestinal só é adequada quando estes três fatores são atendidos. As fibras auxiliam na formação do bolo fecal e, em parceria com a quantidade de água ingerida e a atividade física, são responsáveis por estimular a atividade muscular intestinal. Para melhor entendimento, foram estabelecidos critérios que facilitam seu diagnóstico, que incluem: ritmo intestinal com menos de três evacuações por semana, sensação de dificuldade para evacuar, fezes pequenas e endurecidas e sensação de evacuação incompleta. Embora usualmente não represente risco à vida, a Constipação Intestinal Funcional (CIF) pode provocar grande desconforto nos portadores e repercutir negativamente na sua qualidade de vida e no seu desempenho pessoal.

Dentre as complicações decorrentes dessa síndrome, cita-se distensão abdominal, vômitos, agitação, obstrução e perfuração intestinal, dentre outras.

De acordo com um estudo brasileiro realizado pela instituição Ganep Nutrição Humana e publicada na revista Nutrition in Clinical Practice, em 2012, a constipação foi o distúrbio de motilidade intestinal mais comum nos pacientes com Terapia Nutricional Enteral (TNE) exclusiva.

Com este protocolo visamos complementar os cuidados aos pacientes com constipação em uso de nutrição enteral no município de Criciúma, lembrando que a nutrição e a hidratação adequada é parte fundamental para recuperação deste paciente.

## 6.2 Critério clínico para prescrição de módulo de fibras

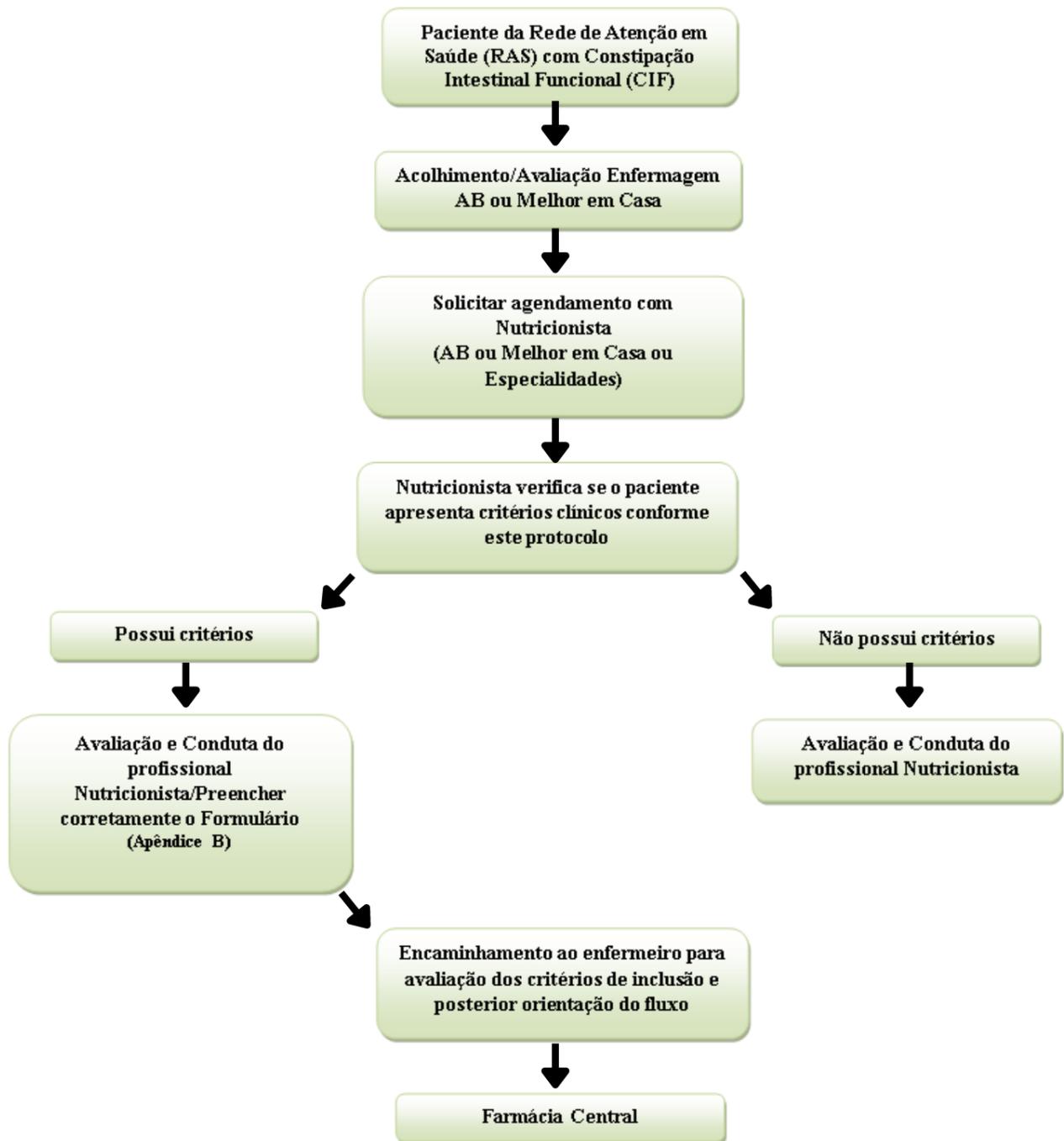
<b>CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL</b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>Constipação Intestinal Funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criança a partir de 10 anos com constipação em uso de Nutrição enteral;</li> <li>- Adultos e idosos constipados com distúrbios de deglutição que impeçam/impossibilitam a adição de fibras por alimentos;</li> <li>- Constipação intestinal mesmo com aumento de hidratação, averiguação do volume e velocidade de infusão da dieta enteral;</li> <li>- Diabético descompensado em uso de nutrição enteral exclusiva;</li> <li>- Possuir recordatório alimentar de 24 horas registrado no prontuário eletrônico;</li> <li>- Cálculos das Necessidades de fibras e hidratação diárias (<b>Anexo 4</b>);</li> <li>- Cálculo da dose do suplemento.</li> </ul>	Nutricionista
	<p><b>Constipação funcional</b></p> <p>Os critérios ROMA III diagnósticos devem incluir:</p> <p>1. Dois ou mais dos seguintes:</p> <p>a. Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;</p> <p>b. Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações – Escala de Bristol (<b>Anexo 5</b>);</p>	

	<p>c. Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;</p> <p>d. Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações;</p> <p>e. Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico);</p> <p>f. Menos de três evacuações por semana;</p> <p>g. Fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes.</p> <p>* Critérios preenchidos nos últimos 3 meses.</p>	
--	--	--

**O profissional Nutricionista deverá registrar em prontuário eletrônico o cálculo da dose do suplemento mediante as condições clínicas encontradas. A quantidade/dose do módulo de fibras deve ser de no máximo 5 medidas (1 medida = 4,8g do produto) /dia equivalente a 20 g de fibra/dia fracionados em no mínimo 2x ao dia. Diluição conforme fabricante.**

### 6.3 Fluxo de atendimento para dispensação de módulo de fibras

Figura 2 – Fluxo para dispensação de módulo de fibras



## 7 MÓDULO DE PROTEÍNA E SUPLEMENTO HIPERPROTEÍCO PARA CICATRIZAÇÃO

### 7.1 Introdução

Desnutrição proteico-calórica comporta quadros clínicos bastante diversos que, no entanto, possuem uma mesma etiologia básica: a carência de proteínas e calorias. A diversidade de sintomas clínicos que a desnutrição proteico-calórica apresenta depende do tipo, da gravidade, da duração e da época em que se registra o agravo nutricional.

A lesão por pressão (LP) é definida como um dano localizado na pele ou tecidos moles subjacentes, como resultado de pressão, ou pressão em combinação com cisalhamento, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionado ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Consideradas entre os eventos iatrogênicos mais comuns associados aos cuidados de saúde, as lesões por pressão são frequentemente difíceis de curar, dolorosas e impactam negativamente na qualidade de vida do indivíduo, com aumento do risco de infecção, agravamento do quadro clínico, aumento da demanda de cuidados, aumento da mortalidade. As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações quanto às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar.

Na atenção domiciliar as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%. Deste modo, a LP compromete os indicadores de segurança e de qualidade assistencial, além do tratamento e manejo das complicações dela decorrentes serem muito dispendiosos para os serviços de saúde. A classificação da LP é fundamental para o estabelecimento da abordagem terapêutica. A LP pode ser classificada de acordo com a sua etiologia, comprometimento tecidual, tempo de cicatrização, nível de carga microbiológica, características teciduais, entre outros fatores. Existem diversos instrumentos para avaliação e categorização das lesões de pressão. Utilizaremos a terminologia do Sistema Internacional de Classificação de Lesões por Pressão (EPUAP/NPIAP/PPPIA), o qual é utilizado para descrever a categoria/estágio da LP (**Anexo 6**). Desde 2016 foi proposta a substituição do termo úlcera para lesão, por se entender que lesão descreve melhor esse tipo de dano, pois é referenciado tanto para a pele ainda intacta como na pele já ulcerada.

Alguns micronutrientes têm propriedades antioxidantes, promovem a síntese de colágeno e melhoram a resposta imunológica. Vale lembrar que, no tecido isquêmico da LP, grandes quantidades de radicais livres são formadas. Alguns micronutrientes, como selênio e vitaminas A, C e E, podem reduzir a produção de radicais livres e potencialmente acelerar a cicatrização de feridas. Está indicada dieta hiperproteica para os pacientes com risco de LP. Hiperproteica, rica em nutrientes específicos, como

arginina, prolina, zinco, vitamina C e antioxidantes, para LP instalada. Essa dieta pode ser ofertada pela via oral, na forma de suplemento nutricional oral, ou por meio da dieta enteral; Em uma revisão sistemática de sete estudos randomizados, Vélez-Díaz-Pallarés et al., com o estudo ONTOP (Optimal Evidence-Based Non-Drug Therapies in Older People) descreveram que a terapia nutricional enriquecida com proteína poderia levar a uma redução da ocorrência de LP em idosos quando comparado ao grupo que recebeu nutrição padrão normoproteica.

Com este protocolo visamos complementar os cuidados aos pacientes com lesão por pressão no município de Criciúma, que já conta com um Ambulatório de Feridas, lembrando que a nutrição adequada é parte fundamental para acelerar o processo de cicatrização diminuindo os custos para recuperação deste paciente.

7.2 Critério Clínico para prescrição de módulo proteico

<b>DEVIDO À DESNUTRIÇÃO, SEM LESÃO POR PRESSÃO (LP)</b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>Desnutrição energética/protéica (DEP)</b>	<p>1) Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Criança e adolescente:</b> Classificação de magreza/magreza acentuada ou baixo/muito baixo peso segundo SISVAN 2008 (<b>Anexo 2</b>);</li> <li>• <b>Adulto:</b> IMC baixo peso classificado pela OMS (<b>Anexo 2</b>) e/ou perda ponderal importante e/ou CB classificada como desnutrição (<b>Anexo 7</b>);</li> <li>• <b>Idoso:</b> Classificação de IMC baixo peso por Lipschitz (1994) (<b>Anexo 2</b>) e/ou pontuação da escala SARC-F +CP &gt; 11 (<b>Anexo 8</b>) e/ou perda ponderal importante e/ou CB classificada como desnutrição (<b>Anexo 7</b>);</li> </ul> <p>2) Possuir recordatório alimentar 24 horas em prontuário eletrônico;</p> <p>3) Possuir cálculos das Necessidades Nutricionais individualizados em prontuário eletrônico (<b>Anexo 9</b>).</p>	Nutricionista
<b>DEVIDO À LESÃO POR PRESSÃO OU DE PELE (Estágio 1 e 2)</b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>B.1</b>	LP classificada nos Estágios 1 ou 2 através do Sistema Internacional de Classificação de Lesões por Pressão (EPUAP/NPIAP/PPPIA) ( <b>Anexo 1</b> ).	Enfermeiro
<b>B.2</b>	<p>- Possuir classificação do Estado Nutricional avaliado pelo IMC (OMS) (<b>Anexo 2</b>);</p> <p>- Se idoso, deve possuir o Estado Nutricional avaliado pelo IMC conforme Lipschitz (1994) (<b>Anexo 2</b>);</p> <p>- Possuir recordatório alimentar de 24 horas registrado no prontuário eletrônico;</p>	Nutricionista

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possuir Cálculos das necessidades nutricionais diárias (<b>Anexo 9</b>);</li> <li>- Cálculo da dose do suplemento.</li> </ul>	
--	--	--

**O profissional Nutricionista deverá deixar registrado no prontuário do paciente o cálculo da dose do Suplemento mediante as condições clínicas encontradas. A quantidade/dose do módulo proteico deve ser de no máximo 30 g/dia fracionados em no mínimo 2x ao dia (máximo 1 kg mês). Diluição conforme fabricante.**

7.3 Critério Clínico para prescrição de suplemento hiperproteico para cicatrização - enriquecido com nutrientes específicos: no mínimo 15% de arginina, prolina, zinco, vitamina C

<b><i>DEVIDO À LESÃO POR PRESSÃO OU DE PELE (Estágio 3, 4 e não classificável)</i></b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>C.1</b>	LP classificada nos Estágios 3, 4 ou não classificável através do Sistema Internacional de Classificação de Lesões por Pressão (EPUAP/NPIAP/PPPIA) ( <b>Anexo 1</b> );	Enfermeiro
<b>C.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possuir classificação do Estado Nutricional avaliado pelo IMC (OMS) (<b>Anexo 2</b>);</li> <li>- Se idoso, deve possuir o Estado Nutricional avaliado pelo IMC conforme Lipschitz (1994) (<b>Anexo 2</b>);</li> <li>- Possuir recordatório alimentar de 24 horas registrado no prontuário eletrônico;</li> <li>- Possuir Cálculos das necessidades nutricionais diárias (<b>Anexo 9</b>);</li> <li>- Cálculo da dose do suplemento.</li> </ul>	Nutricionista

**O profissional Nutricionista deverá registrar no prontuário do paciente o cálculo da dose do suplemento mediante as condições clínicas encontradas. A quantidade/dose do suplemento proteico para lesão de pressão ou de pele para cicatrização deve ser avaliada conforme o grau da lesão expostos abaixo:**

✓ GRAU II – 1 MEDIDA AO DIA

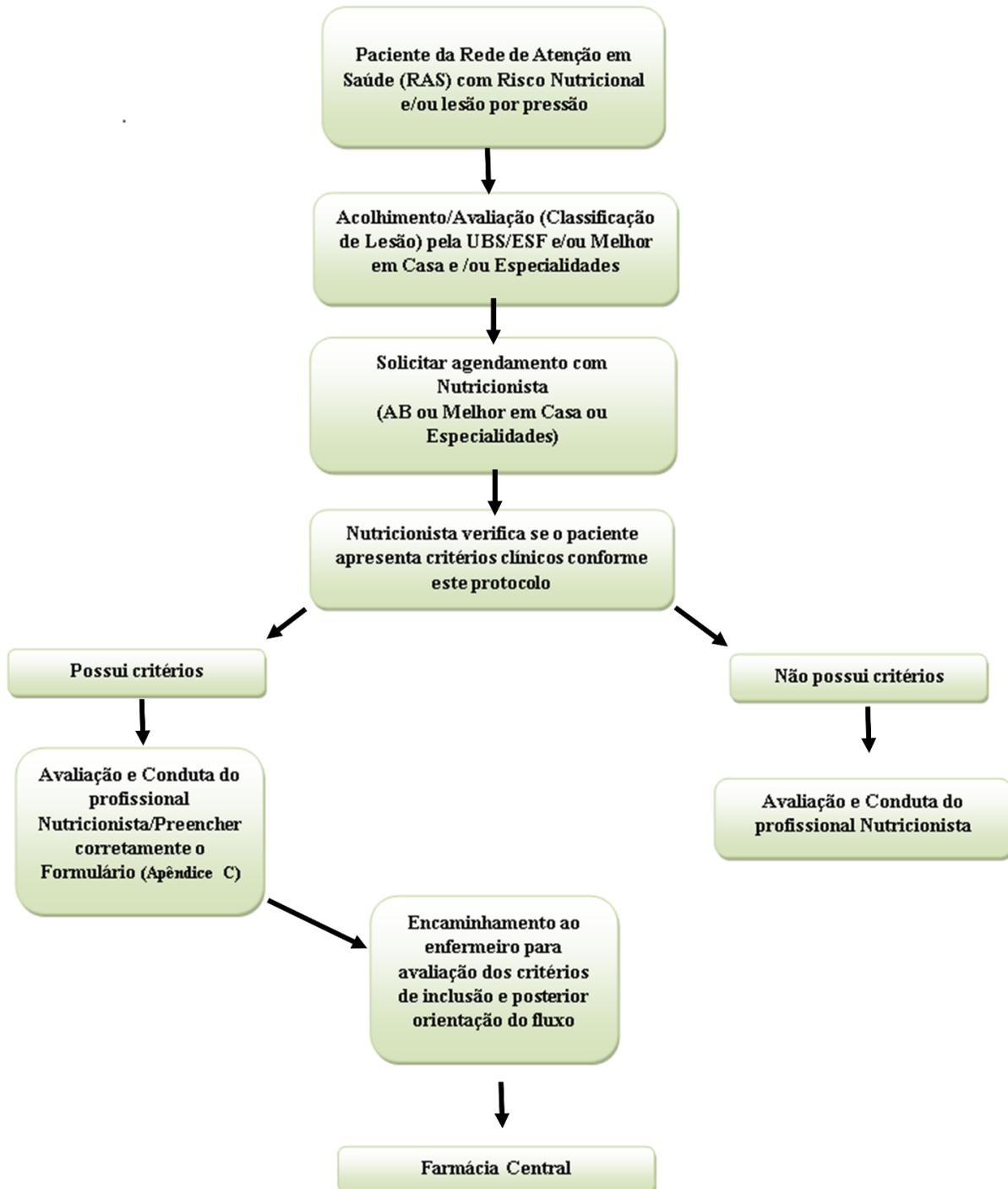
✓ GRAU III – 2 MEDIDAS AO DIA

✓ GRAU IV E NÃO CLASSIFICÁVEL – ATÉ 03 MEDIDAS

A prescrição máxima por usuário será de até 2,500 Kg/mês. A diluição conforme fabricante.

7.4 Fluxo de atendimento para dispensação de módulo proteico e suplemento hiperproteico para cicatrização

Figura 3 – Fluxo para dispensação de módulo de proteína e suplemento hiperproteico enriquecido com nutrientes específicos.



## 8 SUPLEMENTO HIPERCALÓRICO

### 8.1 Introdução

Desnutrição protéico-calórica comporta quadros clínicos bastante diversos que, no entanto, possuem uma mesma etiologia básica: a carência de proteínas e calorias. A diversidade de sintomas clínicos que a desnutrição protéico-calórica apresenta depende do tipo, da gravidade, da duração e da época em que se registra o agravo nutricional. Um déficit nutricional pode interferir, significativamente, na evolução da saúde podendo levar o indivíduo a um estado de fragilidade dos seus sistemas fisiológicos.

Uma fragilidade comum é o declínio físico, em especial, relacionado com maior tendência natural à perda da autonomia e fragilidade, maior frequência e duração de internações hospitalares e maior risco de mortalidade.

Uma vez detectado o déficit nutricional, uma terapia apropriada pode ser empregada, a fim de minimizar danos à saúde do paciente e sobrecarga do sistema de saúde. A suplementação oral é fundamental para suporte nutricional adequado na desnutrição, para minimizar as consequências fisiológicas como depleção de tecido muscular, adiposo e ósseo, alteração no desempenho muscular, cardiovascular e respiratório, distúrbios gastrointestinais e endócrinos, além de prejuízo da função imunológica. Suplementos nutricionais orais (SNO) são geralmente destinados a indivíduos que não conseguem atingir os requerimentos dietéticos pela alimentação convencional ou modificada, ou também no gerenciamento de necessidades específicas associadas a certas doenças. Além disso, são úteis para prevenção e tratamento da desnutrição. Existem evidências crescentes sugerindo que o uso apropriado de SNO pode beneficiar o paciente com melhoras clínicas e funcionais (KRUIZENGA, et al. 2004).

A inadequação do estado nutricional materno, tanto pré-gestacional quanto gestacional, se constitui um problema de saúde pública, pois favorece o desenvolvimento de intercorrências gestacionais e influencia as condições de saúde do feto e a saúde materna no período pós-parto. É consenso que o baixo peso materno pré-gestacional e o insuficiente ganho de peso durante a gestação podem levar a problemas obstétricos, bem como aumentam o risco de retardo de crescimento intrauterino e morbimortalidade perinatal. Diante disso, destaca-se a importância da atuação da nutrição, tanto para a manutenção da saúde, quanto para prevenir o desenvolvimento de doenças. Com este protocolo visamos complementar os cuidados aos pacientes adultos com baixo peso ou gestantes com baixo peso ou ganho insuficiente de peso no município de Criciúma.

## 8.2 Critério Clínico para prescrição de suplemento hipercalórico

<b>DEVIDO A BAIXO PESO ADULTO E IDOSOS</b>		
<b>Critério</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quem Faz</b>
<b>Desnutrição Energético-Proteica (DEP)</b>	<p><b>1. Se Adulto:</b> IMC Baixo Peso classificado pela OMS e/ou Perda ponderal importante e/ou CB classificada como Desnutrição (<b>Anexo 2, 7</b>);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Idoso:</b> Classificação IMC Baixo Peso por Lipschitz 1994 (<b>Anexo 2</b>) e/ou pontuação da escala SARC-F +CP &gt; 11 (<b>Anexo 8</b>) e/ou Perda ponderal importante e/ou %CB classificada como Desnutrição (<b>Anexo 7</b>);</li> </ul> <p><b>2.</b> Possuir recordatório alimentar de 24 horas em prontuário eletrônico;</p> <p><b>3.</b> Possuir Cálculos das Necessidades Nutricionais individualizados em prontuário eletrônico (<b>Anexo 9</b>);</p> <p>Critérios Nutricionais (20 a 59 anos): - IMC &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup>* - Perda involuntária de peso maior ou igual a 10% em 6 meses</p> <p>- Classificação da Circunferência do Braço (CB):&lt; 80% (desnutrição moderada a grave)</p> <p>Critérios Nutricionais (maior de 60 anos): - IMC &lt; 22kg/m<sup>2</sup>*; - Perda involuntária de peso maior ou igual a 10% em 6 meses; E/OU Escore de triagem Mini Avaliação Nutricional (MAN) para idosos: Pontuação: 0 – 7 (<b>Anexo 10</b>);</p> <p>- Doenças disabsortivas (doenças inflamatórias intestinais);</p> <p>- Fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas;</p> <p>- Pós-operatório imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante; - Neoplasias - Câncer em tratamento quimioterápico ou radioterápico ou no pré e pós-tratamento</p> <p>- AIDS;</p>	Nutricionista

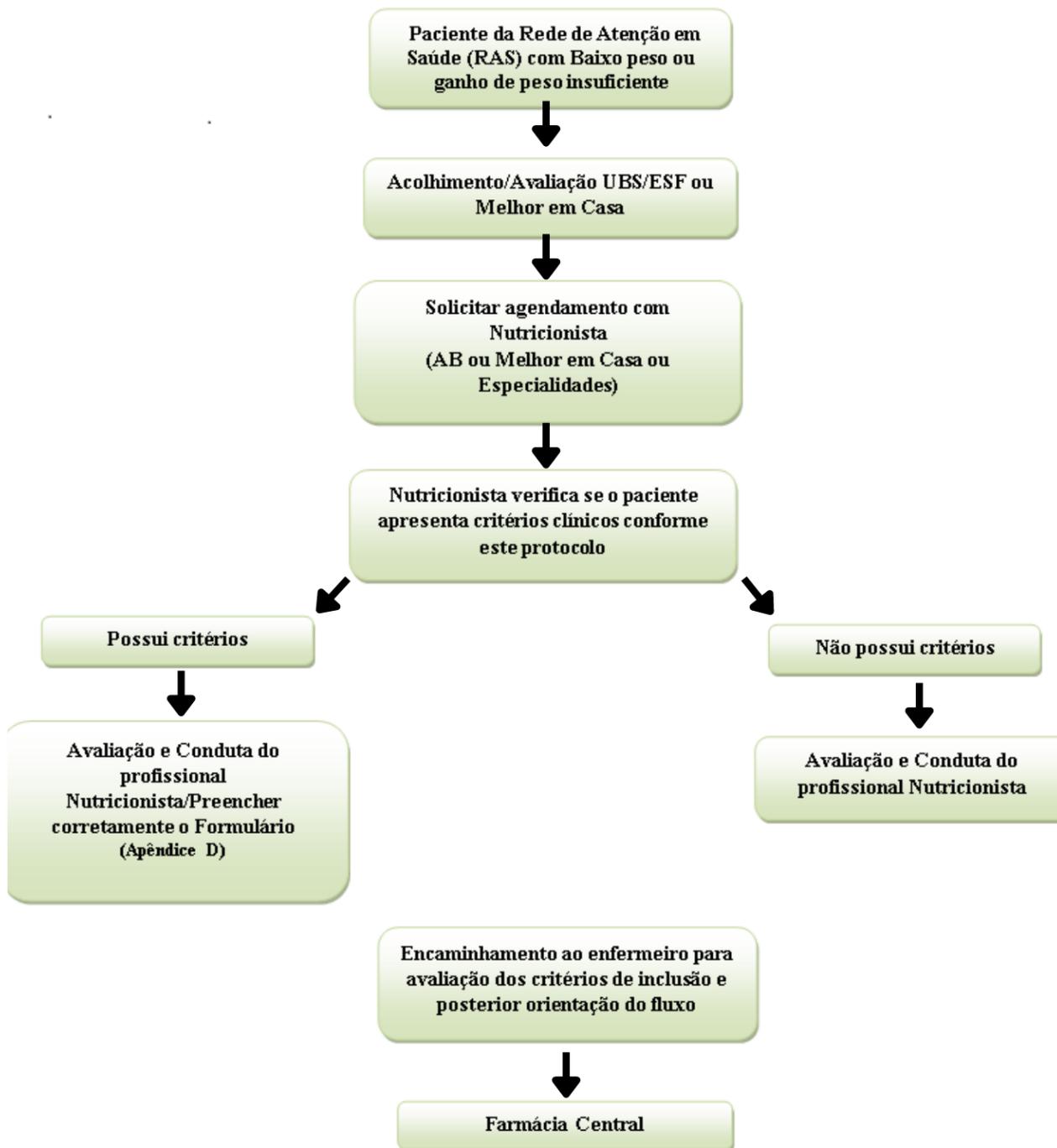
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sequela Neurológica (AVE, TCE, doenças neurodegenerativas e neuromusculares);</li> <li>- Sequelas ou politraumas secundários à Perfuração por Arma de Fogo (PAF), Quedas e Acidentes;</li> <li>- Inapetência associada à desnutrição.</li> </ul>	
<b><i>DEVIDO BAIXO PESO OU GANHO INSUFICIENTE DE PESO NA GESTANTE</i></b>		
Critério	Descrição	Quem Faz
<b>Ganho de peso insuficiente na gravidez</b>	<p><b>1. Se Gestante adulta:</b> IMC gestacional em Baixo Peso classificado pela curva de Atalah (preconizada pelo MS) (<b>Anexo 11</b>) e/ou Ganho de peso insuficiente de acordo com projeção de ganho de peso gestacional (OMS 1995) (<b>Anexo 12</b>);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestante adolescente:</b> IMC gestacional em Baixo Peso classificado pela curva de Atalah (preconizada pelo MS) (<b>Anexo 11</b>) e/ou Ganho de peso insuficiente de acordo com projeção de ganho de peso gestacional (OMS 1995) (<b>Anexo 12</b>). Gestante com menos de 2 anos da menarca, deve ter o IMC pré-gestacional* classificado conforme IMC/IDADE (curvas OMS para 5 a 19 anos, 2007) (<b>Anexo 13</b>) e altura aferida em todas as consultas. Geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso na curva de Atalah; nesse caso, observar o comportamento da curva (preferencialmente ascendente). Se a gestação ocorreu após 2 anos da menarca, avaliar como adulta.</li> <li>• <b>Gestante gemelar:</b> Ganho de peso insuficiente de acordo com a tabela de recomendações para ganho de peso na gestação gemelar (Luke 2005) (<b>Anexo 14</b>). Não é indicado aferir o IMC gestacional e classificá-lo.</li> </ul>	Nutricionista

	<p>2) Possuir recordatório alimentar de 24 horas em prontuário eletrônico</p> <p>3) Possuir Cálculos das Necessidades Nutricionais individualizados em prontuário eletrônico – Adicional energético por trimestre (<b>Anexo 15</b>);</p> <p>*O IMC pré-gestacional deve ser calculado com o peso pré-gestacional informado pela mulher, correspondente ao peso até no máximo 2 meses antes da concepção ou aferido até a 13ª semana gestacional.</p>	
--	--	--

**O profissional Nutricionista deverá registrar no prontuário eletrônico o cálculo da dose do Suplemento mediante as condições clínicas encontradas. A quantidade/dose do hipercalórico deve ser conforme grau de necessidade até o limite de 9 medidas (1 medida =10g do produto) /dia, fracionados em no mínimo 2x ao dia. Diluição conforme fabricante.**

### 8.3 Fluxo de atendimento para dispensação de suplemento hipercalórico

Figura 4 – Fluxo para dispensação de suplemento hipercalórico



## 9 COMPETÊNCIAS DOS SETORES ENVOLVIDOS E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

A Atenção Básica é o ponto inicial para acesso ao produto deste protocolo. É a partir dela que o usuário é acolhido, atendido e encaminhado (se necessário) aos demais setores da rede de atenção para que sua necessidade em saúde seja atendida, conforme a PNAB (2017).

A seguir, seguem as competências de cada ator ou serviço da rede de atenção aos usuários encaminhados para atendimento deste protocolo.

### 9.1 Competência do Enfermeiro AB/Melhor em Casa/Especialidades

- Realizar acompanhamento e busca ativa de pacientes que se enquadrem neste protocolo;
- Encaminhar o paciente ao Nutricionista de referência;
- Se houver Lesão por Pressão (LP) realizar a sua classificação e registrá-la em prontuário;
- Receber novamente o paciente vindo do atendimento de Nutrição, preenchendo o “Formulário de Solicitação” em seu campo correspondente;
- Orientar o paciente e/ou responsável a se dirigir a Farmácia Central (CES) com o formulário preenchido, prescrição do Nutricionista e documentos pessoais do paciente;
- Se enfermeiro da Atenção Básica, manter o cadastro do paciente atualizado no Sistema de Informação Municipal.

### 9.2 Competência do profissional Nutricionista da AB/Melhor em Casa/Especialidades

- Realizar o atendimento dos pacientes encaminhados pela Equipe de Atenção Primária (na Unidade Básica de Referência ou através de Atendimento Domiciliar);
- Realizar a avaliação nutricional completa de acordo com os critérios deste protocolo;
- Prescrição Dietética – atividade privativa do nutricionista que compõe a assistência individualizada prestada aos pacientes na prevenção, manutenção e promoção da saúde em ambiente hospitalar, ambulatorial, consultório, ILPI e em domicílio que envolve o plano alimentar, devendo ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional;
- Realizar a prescrição dietética considerando:
  - A condição nutricional do paciente que deverá ser realizada com base nos protocolos e diretrizes estabelecidos;

- O paciente globalmente, respeitando suas condições clínicas, individuais, socioeconômicas, culturais e religiosas;
  - A tolerância e aceitabilidade da dieta oral principalmente no que se refere a preferências, condições de mastigação, deglutição e absorção;
- Avaliar os critérios clínicos e proceder com o preenchimento do **Formulário de solicitação de fórmula alimentar**, em seu campo correspondente (formulário de acordo com fórmula prescrita);
  - Orientar o paciente e/ou responsável sobre a forma de uso e as condições higiênico-sanitárias para preparação (**Anexo 16**);
  - Encaminhar o paciente/responsável ao enfermeiro correspondente com a prescrição e o formulário preenchido;
  - Manter o acompanhamento nutricional e, sempre que necessário, renovar a prescrição ou dar alta do acesso ao produto;
  - Manter o registro atualizado nos respectivos prontuários.

### 9.3 Competência do profissional Fonoaudiólogo AB/Melhor em Casa/Especialidade - Espessante Alimentar

- Identificar os indivíduos com risco para disfagia;
- Avaliar a biomecânica da deglutição;
- Definir o diagnóstico fonoaudiológico da fisiopatologia da deglutição;
- Realizar o tratamento - habilitação/ reabilitação/ compensação/ adaptação/ gerenciamento - dos distúrbios da deglutição;
- Prescrever a consistência alimentar, o volume, o ritmo de oferta, os utensílios, as manobras e posturas necessárias para a administração da dieta via oral;
- Prescrever espessante para adequação das consistências do alimento até restabelecer o mecanismo fisiológico normal da deglutição ou o limite terapêutico de acordo com a patologia de base e condições clínicas individuais;
- Orientar o paciente, familiar ou responsável legal e cuidador formal quanto aos cuidados necessários na atenção à disfagia orofaríngea, no sentido de maximizar a deglutição nutritiva funcional e minimizar os riscos para a saúde.

#### 9.4 Competência da Farmácia Central

- Realizar o acolhimento do usuário ou seu responsável;
- Observar se há preenchimento do formulário correspondente à fórmula solicitada pelo enfermeiro e pelo nutricionista;
- Aplicar o termo de compromisso deste protocolo (APÊNDICE E);
- Realizar a dispensação do produto e o registro no sistema informatizado, conforme prescrição do profissional nutricionista;
- Manter o registro atualizado nos respectivos prontuários, se houver relatos importantes do paciente;
- Realizar o arquivamento do processo administrativo (formulário, prescrição e termo de compromisso).

### **10 PRESCRIÇÃO INICIAL, ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO**

As prescrições de suplementos nutricionais terão validade de até 90 (noventa) dias, a partir da data de sua emissão. Conforme acompanhamento, a solicitação poderá ser renovada mensalmente até o paciente receber alta.

### **11 ENDEREÇOS E TELEFONES ÚTEIS**

- Farmácia Central: 3403-7440
- Assistência Farmacêutica e Área Técnica de Alimentação e Nutrição/SMS: 3445-8724 e 3445-8433 (respectivamente)

## Referências

Dia de Atenção à Disfagia: quais os principais riscos e sintomas? <https://hsanp.com.br/dia-de-atencao-a-disfagia-quais-os-principais-riscos-e-sintomas/>

Parecer da BRASPEN sobre prescrição de volume, consistência e suplemento nutricional no paciente disfágico. <file:///home/saude/Downloads/19-Parecer-BRASPEN-Disfagia.pdf>

Risco da ingesta exagerada de sódio na utilização de espessante para disfagia. Arq. Bras. Cardiol. 101 (1) • Jul 2013 • <https://doi.org/10.5935/abc.20130137>. Disponível: <https://www.scielo.br/j/abc/a/7cXhHG3rKBCdzBp5MjMzH6b/?lang=pt>

Projeto Diretrizes 2011 disponível:

[https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/recomendacoes\\_nutricionais\\_para\\_crianças\\_em\\_terapia\\_nutricional\\_enteral\\_e\\_parenteral.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/recomendacoes_nutricionais_para_crianças_em_terapia_nutricional_enteral_e_parenteral.pdf)

Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável

Os critérios diagnósticos de Roma III para os distúrbios gastrointestinais funcionais <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000500011>

<https://nutritotal.com.br/pro/como-dever-ser-feito-o-calculo-de-oferta-hidrica-para-pacientes-em-tne/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASPEN – Campanha diga não a Lesão por Pressão a classificação antropométrica como instrumento de investigação epidemiológica da desnutrição proteico-calórica. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rsp/1977.v11n3/353-361>

Prevalência de desnutrição em idosos. PERSPECTIVA, Erechim. v. 45, n. 169, p. 141-154, março/2021 / DOI: 10.31512/persp.v.45.n.169.2021.152.p.141-154. Disponível em:

<http://ojs.uricer.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/152/74>

Associação entre a suplementação nutricional oral e os desfechos clínicos e nutricionais no manejo da desnutrição hospitalar. Ferreira dos Santos AN et al. Rev Cienc Saude. 2021;11(4):46-52.

Disponível em: <file:///home/saude/Downloads/1147-Composi%C3%A7%C3%A3o%20final-8712-1-10-20211223.pdf>

Padilha PC, Saunders C, Machado RCM, Silva CL, Bull A, Sallys EOF, et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(10):511-8.

## **ANEXOS**

## Anexo 1 - National Disphagia Diet” (NDD)

**Tabela 2** Padronização de espessante da NDD<sup>16</sup>

Consistência tipo néctar	Consistência tipo mel	Consistência tipo pudim
		
Líquido espessado	Pastoso e fino	Pastoso e grosso
Pode beber com ajuda de um canudo ou diretamente em um copo ou caneca	Não pode beber com um canudo; pode beber diretamente em um copo/ caneca	Deve ser tomado com uma colher

## Anexo 2 – Classificação do estado Nutricional segundo IMC

Avaliação Nutricional de **adultos** (20 a 60 anos incompletos) (OMS).

IMC	Classificações
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Excesso de peso
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
Maior ou igual a 40,0	Obesidade classe III

*Classificação segundo a OMS a partir do IMC*

Avaliação Nutricional de **idosos** (60 anos ou mais) (Lipschitz,1994).

### Pontos de corte estabelecidos para Idosos.

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
$\leq 22$	Baixo Peso
$> 22$ e $< 27$	Adequado ou Eutrófico
$\geq 27$	Sobrepeso

Fonte: LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, 21 (1): 55-67, 1994.

Avaliação Nutricional de **crianças** (de 0 a 10 anos incompletos) (SISVAN, 2008).

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS						
		CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS				CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>2</sup>	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>2</sup>
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Peso elevado para a idade <sup>1</sup>	Sobrepeso			Obesidade	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade				Obesidade		
> Percentil 99,9	> Escore-z +3							

**TABELA DE IMC (Kg/m<sup>2</sup>) PARA IDADE - DE 5 A 19 ANOS.**

IDADE	Estado Nutricional – Escore-Z													
	Meninos							Meninas						
	-3	-2	-1	0	1	2	3	-3	-2	-1	0	1	2	3
5 anos	12,1	13,0	14,1	15,3	16,6	18,3	20,2	11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	21,3
6 anos	12,1	13,0	14,1	15,3	16,8	18,5	20,7	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,2	22,1
7 anos	12,3	13,1	14,2	15,5	17,0	19,0	21,6	11,8	12,7	13,9	15,4	17,3	19,8	23,3
8 anos	12,4	13,3	14,4	15,7	17,4	19,7	22,8	11,9	12,9	14,1	15,7	17,7	20,6	24,8
9 anos	12,6	13,5	14,6	16,0	17,9	20,5	24,3	12,1	13,1	14,4	16,1	18,3	21,5	26,5
10 anos	12,8	13,7	14,9	16,4	18,5	21,4	26,1	12,4	13,5	14,8	16,6	19,0	22,6	28,4
11 anos	13,1	14,1	15,3	16,9	19,2	22,5	28,0	12,7	13,9	15,3	17,2	19,9	23,7	30,2
12 anos	13,4	14,5	15,8	17,5	19,9	23,6	30,0	13,2	14,4	16,0	18,0	20,8	25,0	31,9
13 anos	13,8	14,9	16,4	18,2	20,8	24,8	31,7	13,6	14,9	16,6	18,8	21,8	26,2	33,4
14 anos	14,3	15,5	17,0	19,0	21,8	25,9	33,1	14,0	15,4	17,2	19,6	22,7	27,3	34,7
15 anos	14,7	16,0	17,6	19,8	22,7	27,0	34,1	14,4	15,9	17,8	20,2	23,5	28,2	35,5
16 anos	15,1	16,5	18,2	20,5	23,5	27,9	34,8	14,6	16,2	18,2	20,7	24,1	28,9	36,1
17 anos	15,4	16,9	18,8	21,1	24,3	28,6	35,2	14,7	16,4	18,4	21,0	24,5	29,3	36,3
18 anos	15,7	17,3	19,2	21,7	24,9	29,2	35,4	14,7	16,4	18,6	21,3	24,8	29,5	36,3
19 anos	15,9	17,6	19,6	22,2	25,4	29,7	35,5	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2

Fonte: OMS, 2007

**LEGENDA IMCxI - de 5 a 19 anos:**

IMC menor que -3 = Magreza acentuada  
 IMC entre -3 e -2 = Magreza  
 IMC entre -2 e +1 = Eutrofia (adequado)  
 IMC entre +1 e +2 = Sobrepeso  
 IMC entre +2 e +3 = Obesidade  
 IMC maior que +3 = Obesidade grave

## Anexo 3 – Estimativa de altura e peso

### Estimativa de altura pela altura do joelho de adultos e idosos

#### Equação para estimativa da altura através da altura do joelho ( 25 – 60 anos)

Altura (branco/homem) = $71,85 + (1,88 \times \text{altura do joelho em cm})$
Altura (negro/homem) = $73,42 + (1,79 \times \text{altura do joelho em cm})$
Altura (branco/mulher) = $70,25 + (1,87 \times \text{altura do joelho em cm}) - (0,06 \times \text{idade em anos})$
Altura (negro/mulher) = $68,10 + (1,87 \times \text{altura do joelho em cm}) - (0,06 \times \text{idade em anos})$

Fonte: (CHUMLEA et al., 1985).

#### Equação para estimativa de altura através da altura do joelho para idosos – acima de 60 anos

<b>Mulheres:</b> Estatura (cm) = $[84,88 - (0,24 \times \text{idade})] + [1,83 \times \text{altura joelho (cm)}]$
<b>Homens:</b> Estatura (cm) = $[64,19 - (0,04 \times \text{idade})] + [2,02 \times \text{altura joelho (cm)}]$

Fonte: (CHUMLEA et al., 1985).

### Estimativa de peso de adultos e idosos

<b>18 a 60 anos:</b>
Peso (branco/homem) = $(AJ \times 1,19) + (PB \times 3,21) - 86,82$
Peso (negro/homem) = $(AJ \times 1,09) + (PB \times 3,14) - 83,72$
Peso (branco/mulher) = $(AJ \times 1,01) + (PB \times 2,81) - 60,04$
Peso (negro/mulher) = $(AJ \times 1,24) + (PB \times 2,97) - 82,48$
<b>Idosos:</b>
Peso (branco/homem) = $(AJ \times 1,10) + (PB \times 3,07) - 75,81$
Peso (negro/homem) = $(AJ \times 0,44) + (PB \times 2,86) - 39,21$
Peso (branco/mulher) = $(AJ \times 1,09) + (PB \times 2,68) - 65,51$
Peso (negro/mulher) = $(AJ \times 1,50) + (PB \times 2,58) - 84,22$

**\*Nota: AJ (altura do joelho), PB (perímetro do braço).**

Fonte: (CHUMLEA et al., 1985; 1988).

#### Anexo 4 – Cálculo das Necessidades Hídricas

População	Necessidades hídricas (ml/kg/dia)
Jovem	40
Adultos	35
Idosos (55-75 anos)	30
Idosos (>75 anos)	25

#### Conteúdo de água (ml/L de dieta) de acordo com densidade calórica em uso de alimentação via sonda

Densidade Calórica (Kcal/ml)	Conteúdo de água (ml/L de dieta)	Conteúdo de água em %
0,9 a 1,2	800 a 860	80 a 86
1,5	760 a 780	76 a 78
2,0	690 a 710	69 a 71

Projeto Diretrizes (2011)

## Anexo 5 – Escala de Bristol

ESCALA DE BRISTOL		
<b>Tipo 1</b>	Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes.	
<b>Tipo 2</b>	Em forma de salsicha, mas com grumos.	
<b>Tipo 3</b>	Em forma de salsicha, com fissuras à superfície.	
<b>Tipo 4</b>	Em forma de salsicha ou cobra (mais finas), mas suaves e macias.	
<b>Tipo 5</b>	Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem definidos e macias.	
<b>Tipo 6</b>	Em pedaços esfarrapados.	
<b>Tipo 7</b>	Líquidas.	

## Anexo 6 – Classificação do Estágio da Lesão pelo Sistema Internacional de Classificação de Lesões por Pressão (EPUAP/NPIAP/PPPIA)

Quadro 4 – Classificação das lesões por pressão.

Classificação da Lesão	Definição
Estágio 1	Pele intacta, área localizada de eritema não-branqueável, que pode aparecer de maneira diferente na pele pigmentada escura. A presença de eritema palpável ou alterações na sensação, temperatura ou turgor podem preceder às alterações visuais. As alterações de cor não incluem descoloração rosa ou marrom, estas podem indicar lesão tissular profunda <sup>®</sup> .



Estágio 2

Perda de espessura parcial da pele com derme exposta. O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido e também pode se apresentar como uma bolha preenchida com exsudato seroso, intacta ou rompida. O tecido adiposo não é visível, assim como o tecido mais profundo. Não há tecido de granulação, descolamento ou escara<sup>®</sup>.



**Classificação da Lesão**

**Definição**

Estágio 3

Há perda de pele em toda sua espessura, na qual o tecido adiposo é visível na lesão e no tecido de granulação, assim como existem bordas enroladas da ferida (epibole). Descolamento ou escaras podem estar visíveis e áreas de adiposidade significativa podem desenvolver feridas profundas. Tunelização pode ocorrer. Fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso não estão expostos. Se o descolamento ou escaras dificultarem a mensuração da extensão da perda de tecido, esta é uma LP não classificável<sup>®</sup>.



Estágio 4

Perda total de tecido e pele; com fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e osso que podem estar expostos ou diretamente palpáveis na úlcera. Descolamento ou escaras podem estar visíveis. Frequentemente ocorrem tunelização e enrolamento das bordas (epibole). A profundidade varia de acordo com a localização anatômica. Se o descolamento ou escaras dificultarem a mensuração da extensão da perda de tecido, esta é uma LP não classificável<sup>®</sup>.



Não-classificável

Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo estafelo ou escara. Ao ser removido (estafelo ou escara), a lesão por pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida<sup>21</sup>.



Continuação Quadro 4 – Classificação das lesões por pressão.

**Classificação da Lesão**

**Definição**

Lesão tissular profunda

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente, de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece, ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem às alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria lesão por pressão tissular profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas<sup>21</sup>.



## Anexo 7 – Porcentagem de perda de peso e adequação da Circunferência do Braço (CB)

Avaliação da porcentagem de **perda de peso** em relação ao tempo

$$\text{Perda de peso (\%)} = \frac{(\text{peso usual} - \text{peso atual}) \times 100}{\text{peso usual}}$$

A variação obtida indica a significância da redução de peso em relação ao tempo:

Tempo	Perda significativa de peso (%)	Perda grave de peso (%)
1 semana	1-2	>2
1 mês	5	>5
3 meses	7,5	>7,5
6 meses	10	>10

Avaliação da adequação da **circunferência do braço (%CB)**

$$\text{Adequação da CB (\%)} = \frac{\text{CB obtida (cm)} \times 100}{\text{CB percentil 50}}$$

Anexo III – Percentis da circunferência do braço (cm)

Idade (anos)	Percentil								
	5	10	15	25	50	75	85	90	95
	Homens								
1,0 - 1,9	14,2	14,7	14,9	15,2	16,0	16,9	17,4	17,7	18,2
2,0 - 2,9	14,3	14,8	15,5	16,3	17,1	17,9	18,6	17,9	18,6
3,0 - 3,9	15,0	15,3	15,5	16,0	16,8	17,6	18,1	18,4	19,0
4,0 - 3,9	15,1	15,5	15,8	16,2	17,1	18,0	18,5	18,7	19,3
5,0 - 5,9	15,5	16,0	16,1	16,6	17,5	18,5	19,1	19,5	20,5
6,0 - 6,9	15,8	16,1	16,5	17,0	18,0	19,1	19,8	20,7	22,8
7,0 - 7,9	16,1	16,8	17,0	17,6	18,7	20,0	21,0	21,8	22,9
8,0 - 8,9	16,5	17,2	17,5	18,1	19,2	20,5	21,6	22,6	24,0
9,0 - 9,9	17,5	18,0	18,4	19,0	20,1	21,8	23,2	24,5	26,0
10,0 - 10,9	18,1	18,6	19,1	19,7	21,1	23,1	24,8	26,0	27,9
11,0 - 11,9	18,5	19,3	19,8	20,6	22,1	24,5	26,1	27,6	29,4
12,0 - 12,9	19,3	20,1	20,7	21,5	23,1	25,4	27,1	28,5	30,3
13,0 - 13,9	20,0	20,8	21,6	22,5	24,5	26,6	28,2	29,0	30,8
14,0 - 14,9	21,6	22,5	23,2	23,8	25,7	28,1	29,1	30,0	32,3
15,0 - 15,9	22,5	23,4	24,0	25,1	27,2	29,0	30,2	31,2	32,7
16,0 - 16,9	24,1	25,0	25,7	26,7	28,3	30,6	32,1	32,7	34,7
17,0 - 17,9	24,3	25,1	25,9	26,8	28,6	30,8	32,2	33,3	34,7
18,0 - 24,9	26,0	27,1	27,7	28,7	30,7	33,0	34,4	35,4	37,2
25,0 - 29,9	27,0	28,0	28,7	29,8	31,8	34,2	35,5	36,6	38,3
30,0 - 34,9	27,7	28,7	29,3	30,5	32,5	34,9	35,9	36,7	38,2
35,0 - 39,9	27,4	28,6	29,5	30,7	32,9	35,1	36,2	36,9	38,2
40,0 - 44,9	27,8	28,9	29,7	31,0	32,8	34,9	36,1	36,9	38,1
45,0 - 49,9	27,2	28,6	29,4	30,6	32,6	34,9	36,1	36,9	38,2
50,0 - 54,9	27,1	28,3	29,1	30,2	32,3	34,5	35,8	36,8	38,3
55,0 - 59,9	26,8	28,1	29,2	30,4	32,3	34,3	35,5	36,6	37,8
60,0 - 64,9	26,6	27,8	28,6	29,7	32,0	34,0	35,1	36,0	37,5
65,0 - 69,9	25,4	26,7	27,7	29,0	31,1	33,2	34,5	35,3	36,6
70,0 - 74,9	25,1	26,2	27,1	28,5	30,7	32,6	33,7	34,8	36,0

Mulheres									
1,0 - 1,9	13,6	14,1	14,4	14,8	15,7	16,4	17,0	17,2	17,8
2,0 - 2,9	14,2	14,6	15,0	15,4	16,1	17,0	17,4	18,0	18,5
3,0 - 3,9	14,4	15,0	15,2	15,7	16,6	17,4	18,0	18,4	19,0
4,0 - 4,9	14,8	15,3	15,7	16,1	17,0	18,0	18,5	19,0	19,5
5,0 - 5,9	15,2	15,7	16,1	16,5	17,5	18,5	19,4	20,0	21,0
6,0 - 6,9	15,7	16,2	16,5	17,0	17,8	19,0	19,9	20,5	22,0
7,0 - 7,0	16,4	16,7	17,0	17,5	18,6	20,1	20,9	21,6	23,3
8,0 - 8,9	16,7	17,2	17,6	18,2	19,5	21,2	22,2	23,2	25,1
9,0 - 9,9	17,6	18,1	18,6	19,1	20,6	22,2	23,8	25,0	26,7
10,0 - 10,9	17,8	18,4	18,9	19,5	21,2	23,4	25,0	26,1	27,3
11,0 - 11,9	18,8	19,6	20,0	20,6	22,2	25,1	26,5	27,9	30,0
12,0 - 12,9	19,2	20,0	20,5	21,5	23,7	25,8	27,6	28,3	30,2
13,0 - 13,9	20,1	21,0	21,5	22,5	24,3	26,7	28,3	30,1	32,7
14,0 - 14,9	21,2	21,8	22,5	23,5	25,1	27,4	29,5	30,9	32,9
15,0 - 15,9	21,6	22,2	22,9	23,5	25,2	27,7	28,8	30,0	32,2
16,0 - 16,9	22,3	23,2	23,5	24,4	26,1	28,5	29,9	31,6	33,5
17,0 - 17,9	22,0	23,1	23,6	24,5	26,6	29,0	30,7	32,8	35,4
18,0 - 24,9	22,4	23,3	24,0	24,8	26,8	29,2	31,2	32,4	35,2
25,0 - 29,9	23,1	24,0	24,5	25,5	27,6	30,6	32,5	34,3	37,1
30,0 - 34,9	23,8	24,7	25,4	26,4	28,6	32,0	34,1	36,0	38,5
35,0 - 39,9	24,1	25,2	25,8	26,8	29,4	32,6	35,0	36,8	39,0
40,0 - 44,9	24,3	25,4	26,2	27,2	29,7	33,2	35,5	37,2	38,8
45,0 - 49,9	24,2	25,5	26,3	27,4	30,1	33,5	35,6	37,2	40,0
50,0 - 54,9	24,8	26,0	26,8	28,0	30,6	33,8	35,9	37,5	39,3
55,0 - 59,9	24,8	26,1	27,0	28,2	30,9	34,3	36,7	38,0	40,0
60,0 - 64,9	25,0	26,1	27,1	28,4	30,8	33,4	35,7	36,5	38,5
65,0 - 69,9	24,3	25,7	26,7	28,0	30,5	33,4	35,2	36,5	38,5
70,0 - 74,9	23,8	25,3	26,3	27,6	30,3	33,1	34,7	35,8	37,5

Fonte: Frisancho, A R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. University of Michigan, 1990.189 p.

#### Classificação do estado nutricional segundo adequação da CB

	Desnutrição			Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
	Grave	Moderada	Leve			
CB	< 70 %	70 - 80	80 - 90%	90 - 100 %	110 - 120 %	> 120 %

## Anexo 8 - Questionário SARC-F + Circunferência da Panturrilha

Componente + Pergunta		Pontuação	
<b>Força</b>	O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma -----	0
		Alguma -----	1
		Muita ou não consegue -----	2
<b>Ajuda para caminhar</b>	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma -----	0
		Alguma -----	1
		Muita, usa apoios, ou incapaz -----	2
<b>Levantar da cama/ cadeira</b>	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma -----	0
		Alguma -----	1
		Muita ou não consegue sem ajuda -----	2
<b>Subir escadas</b>	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas (10 degraus)?	Nenhuma -----	0
		Alguma -----	1
		Muita, ou não consegue -----	2
<b>Quedas</b>	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma -----	0
		1 a 3 quedas -----	1
		4 ou mais quedas -----	2
<b>Panturrilha</b>	Meça a circunferência da panturrilha direita exposta do(a) paciente em pé, com as pernas relaxadas e pés afastados a 20cm um do outro.	Mulheres: > 33cm -----	0
		≤ 33cm -----	10
		Homens: > 34cm -----	0
		≤ 34cm -----	10
<b>Somatório ( 0 - 20 pontos )</b>			
0 - 10 : sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento ( <i>cogitar reavaliação periódica</i> )			
11 - 20 : sugestivo de sarcopenia ( <i>prosseguir com investigação e diagnóstico completo</i> )			

## Anexo 9 - Cálculos de Necessidades Nutricionais

### Adulto/Idoso – (Energia e proteína)

Calorias: 30-35 kcal/kg/dia

Proteína: 1,25 -1,5 g/kg/dia

### Crianças – (Energia)

Estimativa de necessidade energética em kcal / kg de peso <sup>2</sup> (D)	
Idade (anos)	kcal / kg peso
0 – 1	90 – 120
1 – 7	75 – 90
7 – 12	60 – 75
12 – 18	30 – 60
18 – 25	25 – 30

## Anexo 10 – Mini Avaliação Nutricional (MAN)



### Mini Avaliação Nutricional MNA® – Versão Reduzida

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

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

Triagem	
<b>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</b> 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
<b>B Perda de peso nos últimos 3 meses</b> 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilidade</b> 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
<b>D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</b> 0 = sim      2 = não	<input type="checkbox"/>
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
<b>F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m<sup>2</sup>])</b> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.  
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

<b>F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm</b> 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

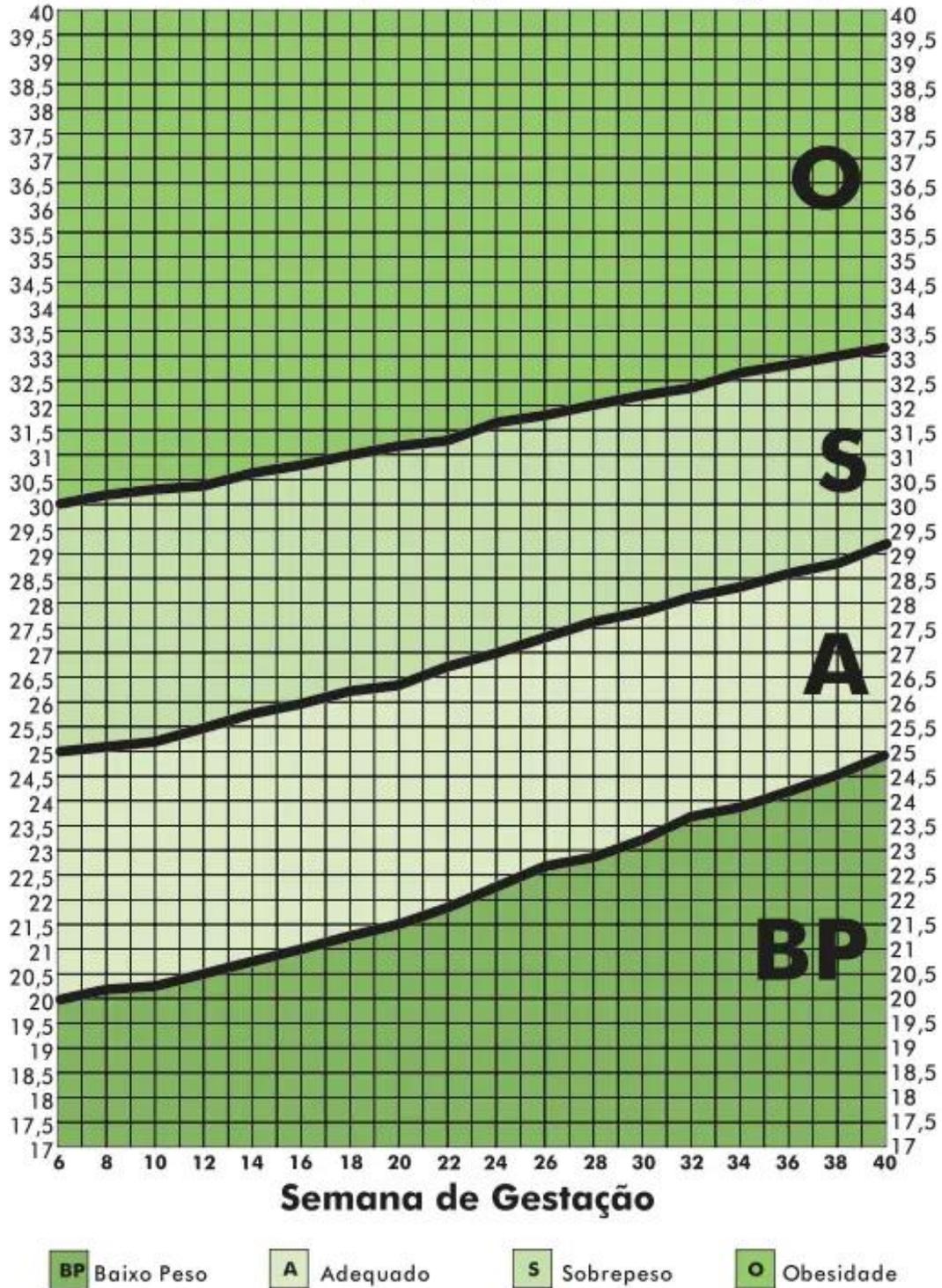
<b>Escore de Triagem</b> (máximo. 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos:      estado nutricional normal 8-11 pontos:        sob risco de desnutrição 0-7 pontos:         desnutrido	

Para uma avaliação mais detalhada, preencha a versão completa no MAN®, que está disponível no [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:458-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Silva 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.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®). Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-467.  
 © 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](http://www.mna-elderly.com)

Anexo 11 – Curva de acompanhamento do IMC gestacional (Curva de Atalah)

**Gráfico de Acompanhamento Nutricional de Gestante**  
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



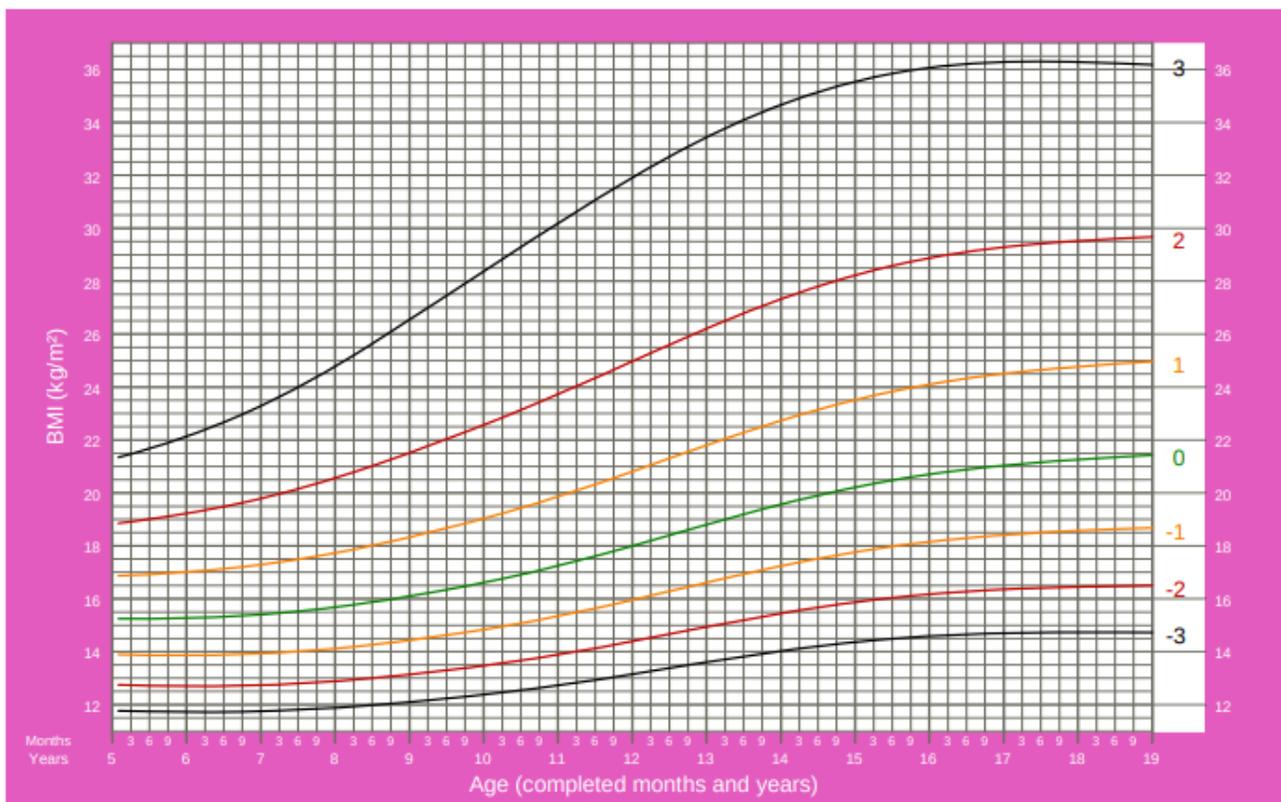
## Anexo 12 – Projeção de ganho de peso em gestação única

Ganho de peso durante a gestação segundo IMC pré-gestacional – IOM 2009/2013			
IMC pré-gestacional (kg/m <sup>2</sup> )	Total	1º trim. (total) < 12 sem	2º e 3º trim.
< 18,5 (Baixo peso)	12,5 – 18,0 kg	1 a 3 kg	440 – 580 g/semana
18,5 – 24,9 (Normal)	11,5 – 16,0 kg	1 a 3 kg	350 – 500 g/semana
25 – 29,9 (Sobrepeso)	7,0 – 11,5 kg	1 a 3 kg	230 – 330 g/semana
≥ 30 (Obesidade)	5,0 – 9,0 kg	0,2 a 2 kg	170 – 270 g/semana

**Anexo 13 - Curva de avaliação de IMC/IDADE (utilizar para classificação do IMC pré-gestacional em gestantes com menos de 2 anos da menarca)**

**BMI-for-age GIRLS**

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

**Classificação do IMC pré-gestacional (utilizar para gestantes com menos de 2 anos de menarca)**

Escore z	Diagnóstico nutricional
< -2	Baixo peso (BP)
≥ -2 e < +1	Adequado ou eutrófico (A)
≥ +1 e < +2	Sobrepeso (S)
≥ +2	Obesidade (O)

## Anexo 14 - Recomendações de ganho de peso em gestação gemelar

Estado Nutricional (kg/m <sup>2</sup> )	Ganho de Peso (kg) semanal			Ganho de peso total (kg)
	0-20 semanas	20-28 semanas	28 semanas ao parto	
Baixo Peso (< 18,5)	0,560 – 0,790	0,680 – 0,790	0,560	22,5 – 27,9
Adequado (18,5 a 24,4)	0,450 – 0,680	0,560 – 0,790	0,450	18 – 24,3
Sobrepeso (25 a 29,9)	0,450 – 0,560	0,450 – 0,680	0,450	17,1 – 21,2
Obesidade (≥ 30)	0,340 – 0,450	0,340 – 0,560	0,340	13 – 17,1

Fonte: Luke (2005).

## Anexo 15 - Adicional energético na gestação por trimestre

Distribuição energética diária (kcal/dia)	
1 trimestre (<14 semanas)	85
2 trimestre (14  - 28 semanas)	285
3 trimestre (≥ 28 semanas)	475

Fonte: FAO/OMS 2004.

## Anexo 16 - Manipulação e condições higiênico-sanitárias no uso de fórmulas alimentares

### ORIENTAÇÕES GERAIS DE MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES

Cuidados de Higiene importantes para o preparo e administração:

- Lave o local de preparo com água e sabão;
- Lave bem as mãos com água e sabão antes de preparar a dieta;
- Siga corretamente a dosagem prescrita;
- Utilize a colher medida disponível no produto;
- O pó deve estar nivelado na colher medida;

#### Atenção na diluição da fórmula!

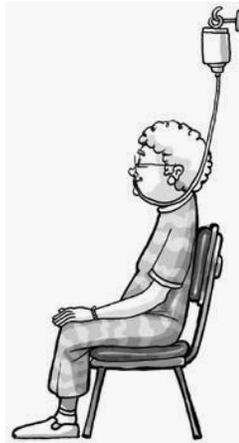


- Utilize sempre água filtrada ou fervida na quantidade prescrita;
- Acrescente a água ao suplemento e misture até completa homogeneização;
- Após administrar o produto, lave todos os utensílios com água corrente e sabão;
- Prepare somente a quantidade que será utilizada no momento;
- Após a diluição do produto guardar a lata bem fechada em lugar seco, arejado e ao abrigo de luz.

### **Em caso de uso de sonda nasoenteral ou gastrostomia:**

O cuidador deve seguir os seguintes cuidados quando a pessoa estiver recebendo a dieta enteral:

- Lave com água e sabão o equipo, a seringa e o frasco e enxague com água fervendo;
- Antes de dar a dieta coloque a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e a deixe nessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que em caso de vômitos ou regurgitação, que restos alimentares entrem nos pulmões;



- Pendure o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso em posição bem mais alta que a pessoa, para facilitar a descida da dieta;
- Administrar a dieta na sonda lentamente gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarreia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e para que o organismo aproveite melhor o alimento e absorva seus nutrientes;
- Ao terminar a alimentação enteral injete na sonda 20ml de água em temperatura ambiente, filtrada ou fervida, para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda;
- Para as pessoas que não podem tomar água pela boca ofereça água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável na sonda. A quantidade de água deve ser definida pela equipe de saúde;
- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso;
- A dieta deve ser dada em temperatura ambiente, não há necessidade de aquecer a dieta em banho-maria ou em micro-ondas.

## APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de solicitação de espessante alimentar

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESPESSANTE ALIMENTAR**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Avaliação e Critérios de Inclusão**

**ENFERMEIRO DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

1. Os critérios de inclusão estão de acordo com este protocolo? ( ) Não ( ) Sim

***“Atesto que o paciente acima descrito está EM CONFORMIDADE COM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO deste protocolo, para receber o suplemento nutricional acima listado”.***

Carimbo e assinatura do (a) Enfermeiro do SUS

**Prescrição**

**NUTRICIONISTA DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso atual \_\_\_\_\_Kg    Altura atual \_\_\_\_\_cm    IMC \_\_\_\_\_kg/m

Diagnóstico Nutricional: \_\_\_\_\_

Existe diagnóstico de disfagia com indicação de espessante em prontuário ( ) sim ( ) não

Se sim, qual a consistência prescrita: \_\_\_\_\_

Está em acordo com os critérios clínicos deste protocolo: ( ) Sim ( ) Não

**NOME DO PRODUTO:** \_\_\_\_\_

**QUANTIDADE (GRAMAS/LATAS (MÊS):** \_\_\_\_\_

**TEMPO DE TRATAMENTO:** ( ) 30 dias / ( ) 60 dias / ( ) 90 dias

Carimbo e assinatura do (a) Nutricionista do SUS

**\*ATENÇÃO:**

1. Todos os campos devem ser preenchidos pelo **nutricionista** no exercício regular de suas funções no SUS;
2. Entrar em contato com a Farmácia Central em caso de dúvidas (3403-7440)

**Dispensação**

**FARMACIA CENTRAL**

Dados da dispensação

<b>Data</b>	<b>Produto</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Nome do Profissional</b>	<b>Nome do paciente ou responsável</b>

**Profissional responsável:**

**Obs.:** Esse documento tem validade de \_\_\_\_\_ dias.

**APÊNDICE B - Formulário de solicitação de módulo de fibras**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MÓDULO DE FIBRAS**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Avaliação e Critérios de Inclusão**

**ENFERMEIRO DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

1 Os critérios de inclusão estão de acordo com este protocolo? ( ) Não ( ) Sim

***“Atesto que o paciente acima descrito está EM CONFORMIDADE COM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO deste protocolo, para receber o suplemento nutricional acima listado”.***

Carimbo e assinatura do (a) Enfermeiro do SUS

**Prescrição**

**NUTRICIONISTA DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

**DATA DA AVALIAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente se encaixa nos critérios de ROMA III? \_\_\_\_\_

Escala de Bristol \_\_\_\_\_

Necessidade de fibras em gramas/dia?: \_\_\_\_\_

Está em acordo com os critérios clínicos deste protocolo: ( ) Sim ( ) Não

**NOME DO PRODUTO:** \_\_\_\_\_

**QUANTIDADE (GRAMAS/LATAS (MÊS):** \_\_\_\_\_

**TEMPO DE TRATAMENTO:** ( ) 30 dias / ( ) 60 dias / ( ) 90 dias

Carimbo e assinatura do (a) Nutricionista do SUS

**\*ATENÇÃO:**

- 1 Todos os campos devem ser preenchidos pelo **nutricionista** no exercício regular de suas funções no SUS;
- 2 Entrar em contato com a Farmácia Central em caso de dúvidas (3403-7440)

**Dispensação**

**FARMACIA CENTRAL**

Dados da dispensação

<b>Data</b>	<b>Produto</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Nome do Profissional</b>	<b>Nome do paciente ou responsável</b>

**Profissional responsável:**

**Obs.:** Esse documento tem validade de \_\_\_\_\_ dias.

**APÊNDICE C - Formulário de solicitação de módulo proteico e suplemento hiperproteico enriquecido com nutrientes específicos**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MÓDULO PROTEICO E/OU SUPLEMENTO HIPERPROTEICO ENRIQUECIDO COM NUTRIENTES ESPECÍFICOS**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Avaliação da Lesão e Critérios de Inclusão**

**ENFERMEIRO DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

- 1 Há lesão? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, qual o Grau? \_\_\_\_\_ **(Registrar em prontuário)**
2. Os critérios de inclusão estão de acordo com este protocolo? ( ) Não ( ) Sim

***“Atesto que o paciente acima descrito está EM CONFORMIDADE COM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO deste protocolo, para receber o suplemento nutricional acima listado”.***

Carimbo e assinatura do (a) Enfermeiro do SUS

**Prescrição**

**NUTRICIONISTA DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

**DATA DA AVALIAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso (atual) \_\_\_\_\_ Kg                      Altura (atual) \_\_\_\_\_ cm                      IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

%CB: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ %Perda de Peso \_\_\_\_\_

SARC- F + CP se idoso (módulo proteico): \_\_\_\_\_

Diagnóstico Nutricional: \_\_\_\_\_

Está em acordo com os critérios clínicos deste protocolo: ( ) Sim ( ) Não

**NOME DO PRODUTO:** \_\_\_\_\_

**QUANTIDADE (GRAMAS/LATAS (MÊS):** \_\_\_\_\_

**TEMPO DE TRATAMENTO:** ( ) 30 dias / ( ) 60 dias / ( ) 90 dias

Carimbo e assinatura do (a) Nutricionista do SUS

**\*ATENÇÃO:**

1. Todos os campos devem ser preenchidos pelo **nutricionista** no exercício regular de suas funções no SUS;
2. Entrar em contato com a Farmácia Central em caso de dúvidas (3403-7440)

**Dispensação**  
**FARMACIA CENTRAL**

Dados da dispensação

<b>Data</b>	<b>Produto</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Nome do Profissional</b>	<b>Nome do paciente ou responsável</b>

**Profissional responsável:**

**Obs.:** Esse documento tem validade de \_\_\_\_\_ dias.

**APÊNDICE D - Formulário de solicitação de suplemento hipercalórico**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE SUPLEMENTO HIPERCALÓRICO**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Avaliação Critérios de Inclusão**

**ENFERMEIRO DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

1 Os critérios de inclusão estão de acordo com este protocolo? ( ) Não ( ) Sim

**“Atesto que o paciente acima descrito está EM CONFORMIDADE COM OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO deste protocolo, para receber o suplemento nutricional acima listado”.**

Carimbo e assinatura do (a) Enfermeiro do SUS

**Prescrição**

**NUTRICIONISTA DA AB/MELHOR EM CASA/ESPECIALIDADES**

**DATA DA AVALIAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso (atual) \_\_\_\_\_ Kg                      Altura (atual) \_\_\_\_\_ cm                      IMC \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

%CB: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ %Perda de Peso \_\_\_\_\_

Pontuação Mini avaliação nutricional (MAN), se idoso: \_\_\_\_\_

Ganho de peso no último mês (se gestante ): \_\_\_\_\_

Gestante gemelar: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Nutricional: \_\_\_\_\_

Está em acordo com os critérios clínicos deste protocolo: ( ) Sim ( ) Não

**NOME DO PRODUTO:** \_\_\_\_\_

**QUANTIDADE (GRAMAS/LATAS (MÊS):** \_\_\_\_\_

**TEMPO DE TRATAMENTO:** ( ) 30 dias / ( ) 60 dias / ( ) 90 dias

Carimbo e assinatura do (a) Nutricionista do SUS

**\*ATENÇÃO:**

- 1 Todos os campos devem ser preenchidos pelo **nutricionista** no exercício regular de suas funções no SUS;
- 2 Entrar em contato com a Farmácia Central em caso de dúvidas (3403-7440)

**Dispensação**  
**FARMACIA CENTRAL**

Dados da dispensação

<b>Data</b>	<b>Produto</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Nome do Profissional</b>	<b>Nome do paciente ou responsável</b>

**Profissional responsável:** \_\_\_\_\_

**Obs.:** Esse documento tem validade de \_\_\_\_\_ dias.

**APENDICE E - Termo de compromisso do protocolo de dispensação de fórmulas alimentares**

**TERMO DE COMPROMISSO**  
**PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES**

Eu (*nome do responsável*), (*nacionalidade*), (*estado civil*), (*profissão*), inscrito no CPF sob o no (*informar*) e no RG no (*informar*), responsável pelo paciente (*nome do paciente*), me comprometo:

- ✓ A preparar os produtos conforme orientações fornecidas pela Nutricionista e registrados em prescrição;
- ✓ Em entregar o restante dos produtos caso não se adapte, ou deixe de usá-lo por quaisquer outros motivos desde que tenha orientação da nutricionista;
- ✓ Não comercializar sob nenhuma circunstância os produtos fornecidos através do programa;
- ✓ A próxima dispensação ocorrerá em 30 dias (em média), mediante avaliação mensal, bimestral ou trimestral do Nutricionista conforme estabelecido neste protocolo. Dispensações retroativas ou antecipadas estão proibidas.

Outrossim, declaro ter ciência de que o descumprimento do compromisso acima poderá resultar em processos jurídicos cabíveis.

Data: \_\_\_\_\_

---

(Assinatura do responsável conforme RG )