

Secretaria de Estado da Saúde - SESA -

PORTARIA Nº 098-R, DE 13 DE MAIO DE 2021.

Institui e homologa os Protocolos Estaduais para fornecimento de fórmulas nutricionais.

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem o artigo 46, alínea "o" da Lei nº 3043, de 31 de dezembro de 1975, e tendo em vista o que consta do processo E-DOCS 2021-D27C1, e,

CONSIDERANDO:

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

a Política Nacional de Alimentação e Nutricional (PNAN), Portaria nº 2715/GM/MS, 17 de novembro de 2011;

a necessidade de promoção e proteção do aleitamento materno, como política pública prioritária;

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

a necessidade da revisão fundamentada em evidências científicas dos Critérios de uso Estaduais vigentes para Dispensação de Fórmulas Infantis e Dietas Enterais de Uso Adulto e Infantil publicado via Portaria 054-R, 28/04/2010;

a análise técnica da manifestação da sociedade via consulta pública nº 190-R/2020 a respeito da atualização dos parâmetros estaduais para fornecimento de fórmulas nutricionais por via ambulatorial proposta pela Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) e o setor de nutrição da Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica (GEAF).

a Secretaria de Estado da Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, elaborou e validou os referidos Protocolos Estaduais;

RESOLVE

Art.1º INSTITUIR e HOMOLOGAR os PROTOCOLOS ESTADUAIS para fornecimento de fórmulas nutricionais enterais e de fórmulas nutricionais na Alergia à Proteína do Leite de Vaca, conforme descrito no anexo I e II desta portaria.

§1º Os Protocolos objetos deste artigo, são de caráter ambulatorial estadual e serão utilizados pelas farmácias cidadãs estaduais na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e fornecimentos das fórmulas nutricionais correspondentes.

§2º As documentações objeto desta Portaria estarão à disposição dos interessados no endereço eletrônico: <https://farmaciacidade.es.gov.br/farmacia-cidade-estadual>

§3º Os prescritores terão o prazo de 90 (noventa) dias contados a partir da data da publicação desta portaria para se adequarem às novas documentações para abertura ou renovação das solicitações.

Art.2º FICA REVOGADA a Portaria nº 054-R, de 28 de abril de 2010, publicada no Diário Oficial do Espírito Santo, de 29 de Abril de 2010, página 25 a 30.

Art.3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Vitória, 13 de maio de 2021.

NESIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde

ANEXO I – PROTOCOLO ESTADUAL PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ENTERAIS**1. INTRODUÇÃO**

A alimentação adequada e saudável contribui para promoção e proteção da saúde ao possibilitar o crescimento e desenvolvimento humano em sua plenitude com qualidade de vida. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição^[1].

A escolha da conduta nutricional, dependerá da idade, quadro clínico, possibilidade de ingestão oral, capacidade digestivo-absortiva, hábitos dietéticos e custos. A abordagem escolhida deve progredir conforme a condição subjacente e o comprometimento do estado nutricional na seguinte ordem: aconselhamento nutricional; seguido de suplementos nutricionais orais artesanais; suplementos nutricionais orais industrializados; nutrição enteral e, última abordagem, a nutrição parenteral^[2].

Garantir o cuidado da saúde em âmbito domiciliar, proporciona a celeridade na desospitalização, além de diminuir os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar e favorece a autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital^[3].

A alta hospitalar nem sempre ocorre quando há a recuperação total do estado nutricional ou da capacidade plena de se alimentar e realizar a utilização biológica dos nutrientes. A desospitalização é realizada de acordo com o quadro clínico do indivíduo, ou seja, o paciente precisa estar em condições clínicas de receber o acompanhamento no ambulatório ou domicílio. Nesse caso, as tecnologias utilizadas no cuidado podem ser de menor complexidade^[3].

A terapia nutricional enteral (TNE) é o conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do indivíduo nos quais as condições clínicas que impeçam a alimentação oral ou uso do trato gastrointestinal necessitando de uso de sonda via oro ou nasoenteral ou ostomia (gastro/jejunostomia) para garantir suas necessidades calóricas ou proteicas prevenindo, tratando e recuperando o quadro de nutrição secundário à doença de base^[4-10].

2. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

Os CID`s contemplados neste protocolo referem-se à via de acesso de terapia nutricional enteral elencados na tabela abaixo.

Tabela 1 – Classificação dos CID`s-10 contemplados neste protocolo

Código	Descrição
Z93.1	Gastrostomia

Z93.2	Jejunostomia
Z93.4	Outros orifícios artificiais do trato gastrointestinal (Pacientes não gastrostomizados, porém com alimentação enteral via sonda oro/ nasogástrica ou nasoentérica)

3. FÓRMULAS NUTRICIONAIS

Neste protocolo serão disponibilizadas fórmulas padrão para nutrição enteral compostas por proteínas intactas e quantidades equilibradas de macronutrientes destinadas a faixa etária correspondente.

• FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRICIONAL ENTERAL

P1 – Fórmula pediátrica para nutricional enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, sem adição de lactose e isento de glúten.

P7 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.

P8 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de proteína hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.

• FÓRMULA NUTRICIONAL ENTERAL PARA ADOLESCENTES E ADULTOS

A1 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, sem adição de lactose, isento de glúten, fonte de proteína a base de caseinato.

A2 – Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

4.1. FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de FNE neste protocolo são destinados a pacientes domiciliados no estado do Espírito Santo que comprovadamente necessitem de fórmulas para uso domiciliar para a alimentação por via alternativa e que preencham os critérios de inclusão conforme a fórmula nutricional solicitada nos itens subsequentes.

4.1.1 Fórmula Pediátrica Polimérica

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula pediátrica polimérica para nutrição enteral, os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

i. Idade menor que 10 anos;

ii. Uso de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia;

iii. Apresentem estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada.

4.1.2 Fórmulas Pediátricas Oligoméricas – Hidrolisadas

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula pediátrica oligomérica hidrolisada para nutrição enteral, os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

i. Idade menor que 10 anos;

ii. Uso de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia;

iii. Criança em déficit nutricional e/ou sintomas relacionados ao processo digestivo/absortivo com ausência de melhora clínica após o uso da fórmula polimérica, por no mínimo 2 semanas, ou seja, persistência de vômitos, diarreia e distensão abdominal.^[11]

OBS₁: é obrigatória a evolução gradativa da prescrição para uma fórmula polimérica, quando houver remissão dos sintomas.

4.1.3 Fórmulas Pediátricas Para Nutrição Enteral à base de Aminoácidos

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula pediátrica à base de aminoácidos para nutrição enteral, os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

i. Idade menor que 10 anos;

ii. Uso de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia;

iii. Criança em déficit nutricional e/ou sintomas relacionados ao processo digestivo/absortivo com ausência de melhora clínica após o uso da fórmula oligomérica-hidrolisada, por no mínimo 2 semanas, ou seja, persistência de vômitos, diarreia e distensão abdominal.^[11]

OBS₁: é obrigatória a evolução gradativa da prescrição para uma fórmula oligomérica-hidrolisada e/ou polimérica, quando houver remissão dos sintomas.

4.2. FÓRMULA NUTRICIONAL ENTERAL PARA ADOLESCENTES E ADULTOS

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula nutricional enteral para adolescente e adultos, os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

i. Idade maior que 10 anos;

ii. Uso de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia;

iii. Apresentem estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada.

5. DOCUMENTO NECESSÁRIO PARA ABERTURA DE PROCESSO

Além dos documentos de identificação do usuário exigidos pela farmácia cidadã, serão necessários os seguintes documentos para avaliação do início de tratamento:

i. Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais – LFN, devidamente preenchido e assinado por médico pediatra ou nutricionista para fórmulas nutricionais enterais pediátricas e por médico nutrólogo(a) ou nutricionista para solicitações de fórmulas enterais para maiores de 10 anos de idade (anexo A).

ii. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais (anexo B);

iii. Laudo médico legível, especificando o CID-10 elencados na portaria e da doença de base caracterizada e com justificativa para necessidade da dieta enteral por via artificial e da impossibilidade de retorno à alimentação via oral plena provisória ou definitiva;

iv. Para crianças e adolescentes curvas de crescimento adequadas para idade, sexo e condição clínica (curva de crescimento da OMS, paralisia cerebral, síndrome de down, etc.).

OBS₁: Pacientes internados em programação de alta hospitalar com necessidade de TNED com FNE estabelecidas nesse protocolo deverão abrir processo com antecedência, com identificação da necessidade da desospitalização, a fim de que o paciente e/ou familiares sejam orientados quanto aos trâmites para o fornecimento e manejo da FNE em âmbito domiciliar.

OBS₂: A dispensação da FNE está condicionada a apresentação de documento comprobatório da alta hospitalar.

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas:

i. Não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos no item 4

ii. Ausência de qualquer um dos documentos necessários descritos no item 5.

iii. Paciente hospitalizados;

- iv. Documentos ilegíveis e/ou ausência de assinatura e/ou ausência de data.
- v. Inveracidade das informações prestadas.

7. PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL

O profissional assistente deverá prescrever a fórmula enteral mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, de acordo com o elenco de fórmulas padronizadas pela SESA.

O quantitativo fornecido das fórmulas dependerá das necessidades nutricionais dos pacientes conforme a sua faixa etária e patologia. A base de cálculo nutricional utilizada para estimar a ingestão de energia diária recomendada para adultos e idosos deverá seguir a proposta da Tabela 1 e as necessidades proteicas da

Tabela 2. Para as crianças menores de 10 anos, a base de cálculo utilizada para estimar a ingestão de energia e proteína diária recomendada deverá respeitar o proposto pela Organização Mundial de saúde, conforme

Tabela 3 e Tabela 4^[12]. Os pacientes com comprometimento neurológico, o cálculo para estimar as necessidades energéticas deverá ser diferenciado. Na Tabela 5, estão descritos os métodos que poderão ser utilizados.^[11] Caso o profissional assistente opte por utilizar uma base de cálculo nutricional para requerimento energético ou proteico diferente do proposto neste protocolo, o valor escolhido deverá ser devidamente justificado e a fonte referenciada, podendo ser aceito ou não por essa secretaria.

Neste protocolo, esclarecemos que as aquisições das FNE são realizadas conforme recomendações da legislação vigente para aquisição de produtos no setor público, portanto sem direcionamento ou favorecimento de qualquer marca ou laboratório. Diante disso, os produtos dispensados poderão ser modificados conforme o produto vencedor de cada processo licitatório e, portanto, as colheiras medidas necessárias para diluições dos produtos são atualizadas no site da farmácia Cidadã Estadual da Secretaria Estado da Saúde (link: <https://farmaciacidadada.es.gov.br/>).

A descrição da FNE no LFN deverá estar de acordo com o descrito no item 0 sem informação de seu nome comercial.

8. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os principais benefícios são a promoção do desenvolvimento adequado, recuperação e /ou manutenção do estado nutricional do paciente com possível retorno à alimentação por via oral.

9. MONITORIZAÇÃO

Pessoas que recebem TNED devem ser monitoradas por profissionais de saúde por uma periodicidade máxima de três meses para avaliação dos seguintes parâmetros primordiais: necessidades nutricionais; volume e balanço eletrolítico; peso, IMC e circunferência do braço e prega cutânea; função gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, constipação ou distensão abdominal), tolerabilidade da sonda; condição da gastrostomia, ou da sonda de longa permanência, sinais de infecção e condições clínicas gerais do paciente^[4,6,8,10]. Para fórmulas oligoméricas, é obrigatória a evolução gradativa da prescrição para uma fórmula polimérica, quando houver remissão dos sintomas.

A continuidade do fornecimento das FNEs previstas neste protocolo será avaliada mediante apresentação dos seguintes documentos:

Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais – LFN, enviado trimestralmente, devidamente preenchido e assinado por nutrólogo(a) ou nutricionista (anexo A) contemplando as informações descritas anteriormente como parâmetros de monitoramento que justifiquem a sua manutenção.

Laudo médico, enviado semestralmente, com justificativa para manutenção da terapia nutricional por via artificial, da impossibilidade de retorno a via oral e da indicação da fórmula nutricional.

Documentos/exames complementares solicitados pela GEAF/SESA quando julgar necessário.

Durante a monitorização do tratamento, a periodicidade e os documentos solicitados poderão ser modificados caso a SESA identifique necessidade.

Cabe ressaltar que o quantitativo de recipientes da FNE fornecidos para o mês subsequente será equivalente à quantidade destes vazios entregues no ato da dispensação, independente da prescrição.

Todos os pacientes atendidos neste programa poderão ser submetidos a auditoria presencial realizada por equipe autorizada pela SESA em ambulatório/SESA ou em domicílio, em periodicidade a ser determinada pelo serviço, em que serão avaliadas as condições de armazenamento, preparo, administração das fórmulas em acordo com a prescrição e cuidados ao paciente. A SESA/GEAF também poderá fazer ajustes na data de fornecimento da FNE a partir do excesso de estoque no domicílio do paciente.

10. CRITÉRIO DE SUSPENSÃO

A continuidade do fornecimento da TNED poderá ser suspensa em qualquer uma das condições descritas abaixo:

- i. Ausência de resposta sempre que solicitado pela GEAF/SESA.
- ii. Pacientes que não comprovarem rigorosamente os critérios de monitorização descritos por avaliações clínicas periódicas.
- iii. Ausência de encaminhamento dos relatórios médico e nutricional de reavaliação ou relatórios incompletos;
- iv. Não entrega dos recipientes vazios das fórmulas nutricionais enterais;
- v. Mudança de domicílio para outro estado da federação;
- vi. Identificação de irregularidades em auditoria;
- vii. Prescrições ilegíveis;
- viii. Pacientes hospitalizados;
- ix. Retorno da capacidade de alimentação por via oral plena.

11. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão, exclusão e suspensão estabelecidos neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das quantidades prescritas, dispensadas e a adequação de uso das FNE.

12. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2013.
2. Departamento Científico de Suporte Nutricional SBP. Nutrição Enteral em Pacientes Pediátricos. Doc Científico SBP 2018;4(Março):1-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica., Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Cuidados em Terapia Nutricional. 2015.
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [Internet]. 2019; Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
5. NICE. Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition METHODS, EVIDENCE & GUIDANCE [Internet]. 2006. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/chapter/1-Guidance#monitoring-of-nutrition-support-in-hospital-and-the-community>
6. Volkert D, Marie A, Cederholm T, Cruz-jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN Guideline ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr [Internet] 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
7. MENEGASSI, B.; SANT'ANA, L.S.; COELHO, J.C.; MARTINS, O.A.; PINTO, J.P.A.N.; BRAGA COSTA, T.M.; NAVARRO AM. CARACTERÍSTICAS FÍSICO-

QUÍMICAS E QUALIDADE NUTRICIONAL DE DIETAS ENTERAIS NÃO-INDUSTRIALIZADAS. 2008;

8.Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition : Non-surgical oncology. Clin Nutr [Internet] 2009;28(4):445-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2009.04.011>

9. Nutricional V. PARENTERAL Y ENTERAL. 1998;

10.STRATTON, R.J.; GREEN, C. J.; ELIA M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Cambridge: 2003.

11.Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ed ed Rio de Janeiro: 2020.

12.FAO/WHO Expert Consultation. Human Vitamin and Mineral Requirements. Geneva World Heal Organ [Internet] 2005;(2nd ed):341 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42716>

13.Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML, D R. Estimating Stature from Knee Height for Persons 60 to 90 Years of Age. 1985;

14.Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. J Am Diet Assoc 1988;88(5):564-8.

Tabela 1 – Ingestão de energia diária recomendada no adulto e idoso (Kcal/Kg/dia)

Grau de estresse	Gasto Energético Total – GET (Kcal/kg/dia)
Sem estresse	22 a 25
Estresse leve	25 a 27
Estresse moderado	25 a 30
Estresse intenso	30 a 33
Queimado (<30%)	30 a 35
Obeso	20 a 22

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

Tabela 2 - Ingestão de proteína diária recomendada no adulto e idoso (Kcal/Kg/dia)

Condição Clínica	Proteína (g/kg/dia)
Sem estresse metabólico	0,8
Estresse metabólico leve	1,0 – 1,2
Estresse metabólico moderado	1,2 – 1,5
Estresse metabólico intenso	1,5 – 2,0

Fonte: CHUMLEA, et al. 1985; CHUMLEA, et al. 1988.^[13,14]

Tabela 3 – Ingestão de energia diária recomendada em crianças até 10 anos por faixa etária (Kcal/Kg/dia)

IDADE	ENERGIA (Kcal/Kg)		KCAL/ TOTAL/DIA	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
1-2 idade	83	80	948	865
2-3 anos	84	81	1 129	1 047
3-4 anos	80	77	1252	1 156
4-5 anos	77	74	1360	1 241
5-6 anos	75	72	1467	1 330
7-8 anos	71	67	1700	1550
8-9 anos	69	64	1825	1700
9-10 anos	67	61	1975	1850
10-11 anos	65	58	2150	2000
11-12 anos	62	55	2350	2150
12-13 anos	60	52	2550	2275
13-14 anos	58	49	2775	2375
14-15 anos	56	47	3000	2450
15-16 anos	53	45	3175	2500
16-17 anos	52	44	3325	2500
17-18 anos	50	44	3400	2500

Fonte: FAO/WHO/UNU 2004

Tabela 4 – Ingestão de proteína diária recomendada e adolescentes por faixa etária (Kcal/Kg/dia)

Idade (anos)	Proteína (g/kg/dia)	Ingestão por dia
1 – 3	1,05	13
4 – 8	0,95	19
9 – 13	0,95	34
14 – 18, meninos	0,85	52
14 – 18, meninas	0,85	46

Fonte: FAO/WHO/UNU 2004

Tabela 5 - Métodos para o cálculo de ingestão energética diária para crianças e adolescentes com comprometimento neurológico.

MÉTODO	DESCRIÇÃO DO CÁLCULO DE INGESTÃO ENERGÉTICA DIÁRIA
Gasto Energético Basal	Consumo de energia = Gasto energético basal X 1,1
Altura	15 Kcal/cm quando não apresentar disfunção motora 14 Kcal/cm quando apresentar disfunção motora, mas deambula. 11 Kcal/cm quando não deambular

Fonte: Adaptado: Manual de Suporte Nutricional da SPB^[11]

ANEXO II – PROTOCOLO ESTADUAL PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULAS INFANTIS NA ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

1. INTRODUÇÃO

Alergia alimentar trata-se de uma reação adversa do organismo à alimentos que proporcionam alterações no equilíbrio do sistema imunológico.^[1] Entre os alérgenos alimentares mais frequentes na infância temos o leite de vaca, soja, ovo e trigo^[2].

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses, possui uma prevalência aproximada de 2-5%^[3] e é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina)^[2].

Atenção especial é dada ao tratamento dessas crianças que estão em fase de lactação, uma vez que a alimentação nessa faixa etária é predominantemente láctea e algumas situações podem necessitar da utilização de fórmulas lácteas especiais. Nesse sentido, crianças com o diagnóstico de APLV necessitam de um tratamento nutricional adequado, que garantam seu desenvolvimento com a exclusão da proteína alergênica e minimizando possíveis consequências nutricionais^[2].

As manifestações da alergia podem ocorrer com intensidade, sinais e sintomas variáveis^[4]. O quadro clínico pode estar representado na pele, aparelho gastrointestinal (AGI) e aparelho respiratório. Estas reações podem ser mediadas por anticorpos IgE com sinais e sintomas que podem surgir em minutos ou até 2 horas ou não mediada por IgE com manifestação após 2 horas ou dias após ingestão do alimento (proteína alergênica), além disso podem ser classificadas como mistas quando envolvem ambos os mecanismos^[1,3,4]. O quadro 1 abaixo identifica os principais sinais e sintomas.

Quadro 1 – Manifestações de alergia alimentar segundo o mecanismo imunológico envolvido

Mediada por IgE	Não mediada por IgE
GASTROINTESTINAL	
Síndrome da alergia oral, Disfagia, Náuseas/ vômitos, Dor abdominal e Diarréia	Refluxo gastroesofageano, Diarréia Sangue e/ou muco nas fezes, Dor abdominal, "cólicas lactente" (multifatorial), saciedade precoce/recusa alimentar, constipação intestinal, eritema perianal e/ou fissuras perianais, anemia ferropriva, baixo desenvolvimento pondero estatural.
PELE	
Prurido, eritema, Urticária (sem relação com medicamentos ou infecção) e angioedema (lábios, face, periorbitario)	Prurido, eritema e dermatite atópica
SISTEMA RESPIRATÓRIO	
Vias aéreas superiores: prurido nasal, coriza, estridores, rinorréia, congestão nasal, edema laríngeo.	
Vias aéreas inferiores: tosse crônica, sibilância, dificuldade respiratória (não relacionada a infecção)	
OUTROS	
Anafilaxia e outras reações sistêmicas	FPIES (<i>food protein-induced enterocolitis syndrome</i>) sintomas Shock-like vômitos, diarréia e acidose metabólica
MISTAS	
Esofagite eosinofílica, Gastroenteropatia eosinofílica, Dermatite atópica e Asma	

Adaptado [3][5][6][2] ** Choque anafilático é uma reação grave, súbita, envolvendo vários órgãos do organismo (pele, Aparelho respiratório, cardiovascular e gastrointestinal). Requer medidas terapêuticas imediatas.

Tanto na apresentação Mediada por IgEs quanto na Não mediada por IgE as manifestações podem ter apresentação variando de leve a grave, sendo a anafilaxia a apresentação de maior gravidade. Na APLV não mediada por IgE os sintomas podem variar desde retorragia (proctocolite) até vômitos e choque hipovolêmico como na Síndrome da enterocolite induzida por proteína de alimento (FPIES – *Food protein induced enterocolitis syndrome*)^[3].

2. Diagnóstico da APLV

O diagnóstico da APLV é baseado na história clínica sugestiva, melhora dos sintomas com a exclusão dietética da proteína alergênica e reaparecimento após a provocação oral. Devido a inespecificidade dos exames laboratoriais, não há exames complementares para o diagnóstico definitivo de APLV^[7-9].

Os sinais e sintomas da APLV podem ter características específicas ou inespecíficas e se apresentarem de forma contínua ou não. Atenção deve ser dada às manifestações múltiplas, intensas, persistentes e resistente ao tratamento de outras doenças relacionadas a faixa etária (ex.: cólica do lactente, refluxo fisiológico e distúrbios funcionais do lactente)^[1].

Na suspeita da APLV, o profissional deve identificar o possível alérgeno e proceder com a sua exclusão. Após esta etapa, deve considerar a reintrodução do possível alérgeno através do teste de provocação oral (TPO) diagnóstico para confirmação do diagnóstico^[1].

O diagnóstico é baseado:^[4,5,10]

História clínica: sinais e sintomas, diário alimentar, relação com alimentação, duração, gravidade e frequência, dieta materna;

Exame físico: sinais cutâneos, desenvolvimento pondero estatural;

Dieta de eliminação/observação/descarte com TPO.

Considera-se fundamental, quando houver acometimento do trato digestivo, descartar malformações, distúrbios metabólicos, causas infecciosas, neurológicas ou parasitárias^[7,11].

Poucas são as evidências a respeito de intervenções que possam ser preventivas no aparecimento das doenças alérgicas. A única medida que pode, de fato, diminuir esta chance é a amamentação exclusiva com leite materno até os seis meses e complementar até 2 anos de idade^[2].

Os lactentes que apresentarem sinais e sintomas sugestivos de APLV na vigência de aleitamento materno exclusivo, devem ser assim mantidos, e a mãe submetida a dieta de exclusão do alérgeno envolvido, seguindo as orientações abaixo de acordo com a manifestação clínicas^[2,4]:

Mediada por IgEs (reação imediata ou até 2 horas após ingestão do alimento): a mãe deverá realizar dieta de exclusão do alérgeno por 3 a 6 dias.

Não mediada por IgE Mistas (manifestações tardias, como por exemplo a proctocolite alérgica): a dieta de exclusão materna deve ser continuada por no mínimo até 14 dias.

Na ausência de melhora é provável que o diagnóstico de APLV seja excluído e a criança deverá ser reavaliada para outros diagnósticos^{[2][12]}. Se os sintomas melhorarem, então a proteína do leite de vaca deverá ser reapresentado a criança através da dieta materna, sob orientação médica. Caso haja manifestação clínica após o consumo materno do alérgeno, o teste será considerado positivo e a mãe deverá continuar amamentando e mantendo uma dieta orientada livre de proteína do leite de vaca^[4].

Os lactentes em aleitamento materno que não manifestaram reações com alérgicos veiculados pelo leite materno, possivelmente não haverá indicação de se restringir a dieta da nutriz, ainda que os sintomas possam ser observados após a ingestão do alimento diretamente pela criança. Nos casos que ao iniciar a introdução de fórmula láctea houver sintomas de APLV deverá ser orientado retorno ao leite materno exclusivo, sempre que possível^[2].

2.1. Teste de provocação oral (TPO)

Apesar dos sinais e sintomas serem o caminho ao diagnóstico, é importante considerar a diversidade e a falta de especificidade destes dados, assim como sobreposição com condições comuns da faixa etária como cólica do lactente, refluxo gastroesofágico e dermatite atópica que necessariamente podem não estar relacionados a APLV^[3].

O TPO é o único método fidedigno considerado padrão ouro para estabelecer o diagnóstico de APLV, que deverá ser realizado após uma dieta de exclusão total da proteína do leite de vaca. Este teste consiste na oferta progressiva do alimento suspeito, após um período de exclusão, em doses frequentes e intervalos regulares, com concomitante monitoramento de possíveis reações clínicas. É indicado para confirmar se uma reação alérgica existe, ou não, ou se desenvolveu a aquisição da tolerância ao longo do tempo^[13,14].

O TPO pode ser realizado na maioria das crianças com suspeita de alergia alimentar, sendo contraindicado somente em casos graves de APLV₇ como após episódios de anafilaxia e FPIES^[6]. Existem diversas técnicas possíveis de serem utilizadas para a realização do TPO ^[13,15-20]. Este protocolo não se trata da metodologia da realização do TPO.

Para o fornecimento de fórmulas infantis contempladas neste protocolo é obrigatório a realização do TPO, salvo em pacientes com contraindicação estabelecida. Desta forma, assim que for efetivada a disponibilidade de realização de TPO na rede pública estadual, os pacientes serão obrigatoriamente avaliados pelo serviço mediante fluxo de atendimento publicado no site da farmácia cidadã. Na ausência da oferta do serviço, a indicação, definição do método e execução do TPO ficará a critério do médico assistente.

3. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

O CID-10 contemplado neste protocolo se refere a sinais e sintomas apresentados durante a investigação diagnóstica de APLV.

Código	Descrição	Localização	Tipo de reação imune
L50.0	Urticária	Cutânea	IgE mediada
T78.1	Angioedema		
L58.8	Eritema morbiliforme		
H13.2	Rinoconjuntivite	Respiratória	Mistas (IgE e não-IgE)
J20	Broncoespasmo	Generalizada	
T78.0	Choque anafilático	Gastrointestinal	
K23.8	Esofagite eosinofílica	Cutânea	Mistas (IgE e não-IgE)
K52.2	Gastroenterite eosinofílica		
L27.2	Dermatite atópica	Respiratória	Não-IgE-mediadas
J45.9	Asma	Gastrointestinal	
K52.2	Enterocolites		
R 68.3	Outros sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e de líquidos (Relacionados a Alergia a Proteína do Leite de Vaca)		

*Nesse protocolo esse CID será referenciado exclusivamente para diagnóstico de Alergia à proteína do leite de vaca (APLV).

4. FÓRMULAS NUTRICIONAIS

Neste protocolo serão disponibilizadas as fórmulas infantis para lactentes, de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas, conforme descrição abaixo.

F2 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.

F3 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas nutricionais neste protocolo são pacientes domiciliados no Estado do Espírito Santo com diagnóstico de pelo menos 1 dos CID's apresentados na no item 3.0 e que preenchem os critérios de inclusão conforme a fórmula nutricional solicitada nos itens subsequentes.

OBS1: crianças candidatas a utilizarem as fórmulas poderão ser avaliadas em local disponibilizado pela SESA para perícia presencial a fim de garantir as reais necessidades dos pacientes e também do uso dos recursos públicos, quando a SESA julgar necessário.

5.1. Fórmulas para necessidades dietoterápicas específicas

5.1.1. Fórmula Infantil à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) – F2

São candidatas à inclusão para o uso de fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada as crianças que preencherem um dos critérios descritos abaixo correspondente à via de administração:

➤ Via de administração oral:

a) Crianças de 0 a 6 meses: serão incluídos os pacientes que apresentarem o critério "i" associados ao critério "ii" ou "iii" abaixo:

- i. Diagnóstico de APLV Mediada por IgE e Não mediada IgE;
- ii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;
- iii. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno exclusivo tiverem sido esgotadas (ver tópico 6, item v.). Neste protocolo, adota-se como necessidade de complementação em crianças de 0 a 6 meses:

- a. Paciente desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional"); ou
- b. Paciente com dificuldades no manejo da amamentação exclusiva e/ extração de leite materno insuficiente para o atual momento materno e da criança; ou
- c. Tentativa de relactação de forma orientada, sem sucesso.

b) Crianças de 6 a 24 meses: serão incluídos os pacientes que apresentarem o critério "i" ou "ii" associados ao critério "iii" ou "iv" ou "v" abaixo:

- i. Diagnóstico de APLV Não mediada por IgE e alergia a proteína de soja;
- ii. Diagnóstico de APLV Mediada por IgE refratários à fórmula de soja;
- iii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;

iv. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação por estarem desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional") e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno sem o complemento da fórmula infantil tiverem sido esgotadas.

v. Crianças sem aleitamento materno com diagnóstico de APLV de forma tardia (sinais e sintomas iniciados após 6 meses de idade) associada a informação em laudo médico da idade da criança no momento do desmame e causa justificável.

➤ **Via de administração enteral:** serão incluídos os pacientes que apresentarem o critério "i" ou critério "ii" abaixo

i. Crianças menores de 6 meses com APLV Mediada por IgE e não mediada por IgE;

ii. Crianças de 6 a 36 meses com APLV Não mediada por IgE ou Mediada por IgE com alergia a proteína de soja.

5.1.2. Fórmula Infantil à base de aminoácidos livres (FAA)- F3

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula Infantil à base de aminoácidos livres as crianças que preencherem um dos critérios descritos abaixo:

➤ **Via de administração oral:**

a) Crianças de 0 a 6 meses: serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios "i" ou "ii" associados aos critérios "iii" ou "iv" abaixo:^[21,22]

i. Diagnóstico de APLV Mediada por IgE ou Não mediada por IgE, refratária ao uso fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada;

ii. Crianças com APLV em situações graves emergenciais (Histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica);

iii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;

iv. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno exclusivo tiverem sido esgotadas (ver tópico 6, item vi.). Neste protocolo, adota-se como necessidade de complementação em crianças de 0 a 6 meses:

a. Paciente desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional"); ou

b. Paciente com dificuldades no manejo da amamentação exclusiva e/ extração de leite materno insuficiente para o atual momento materno e da criança; ou

c. Tentativa de relactação de forma orientada, sem sucesso.

b) Crianças de 6 a 24 meses: serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios "i" ou "ii" ou "iii" associados aos critérios "iv" ou "v" ou "vi" abaixo.

i. Diagnóstico de APLV Não mediada por IgE e alergia a proteína de soja, refratária ao uso fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada;

ii. Diagnóstico de APLV Mediada por IgE refratários a uso fórmula de soja e de fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada;

iii. Crianças com APLV em situações graves emergenciais (Histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica);

iv. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;

v. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação por estarem desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional") e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno sem o complemento da fórmula infantil tiverem sido esgotadas.

vi. Crianças sem aleitamento materno com diagnóstico de APLV de forma tardia (sinais e sintomas iniciados após 6 meses de idade) associada a informação em laudo médico da idade da criança no momento do desmame e causa justificável.

➤ **Via de administração enteral:** serão incluídos os pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo.

i. Crianças menores de 6 meses com diagnóstico de APLV mediada e não mediada por IgE, refratária ao uso de fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada; **ou**

ii. Crianças de 6 a 36 meses com APLV Não mediada por IgE ou Mediada por IgE com alergia a proteína de soja; **ou**

iii. Crianças de 0 a 36 meses com APLV e alergia a proteína de soja, ambas em situações graves emergenciais (Histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica).

OBS₂: Neste Protocolo adota-se como refratariedade o uso por 2 semanas com piora ou manutenção da intensidade dos sintomas clínicos iniciais^[2].

OBS₃: Neste Protocolo adota-se como situações que contraindicam ou impossibilitam a amamentação:

i. Crianças impossibilitadas de convívio materno, tais como adotadas ou sob custódia do estado ou devido ao óbito materno;

ii. Mães com doenças infectocontagiosas e/ou em uso de drogas medicamentosas ou não, que contraindiquem a amamentação de forma definitivas e/ou temporária.

6. DOCUMENTO NECESSÁRIO PARA ABERTURA DE PROCESSO

Além dos documentos de identificação, serão necessários a apresentação dos seguintes documentos:

i. Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais – LFN completamente preenchido e assinado por médico ou nutricionista (anexo A) com CID-10 principal do sintoma da doença descritos no item 3;

ii. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais (anexo B)

iii. Formulário de abertura de processos de fórmulas infantis e pediátricas preenchido pelo médico assistente (anexo C);

iv. Curvas de crescimento (peso x idade e estatura x idade), com no mínimo 2 registros em cada curva;

v. Para crianças maiores de 6 meses de idade e alimentação oral: Plano alimentar detalhado informando sobre alimentos e total calórico ofertados para a criança;

vi. Para crianças menores de 6 meses: Formulário de informações sobre a amamentação emitido por banco de leite humano (BLH) ou por local referenciado pela SESA para o município de residência do paciente conforme lista disponibilizada no site da farmácia Cidadã Estadual da Secretaria Estado da Saúde (link: <https://farmaciacidadada.es.gov.br/>).

As situações não previstas nesta legislação terão avaliação individualizada pela SESA/GEAF.

OBS.1: Pacientes internados em programação de alta hospitalar com necessidade de fórmulas estabelecidas nesse protocolo deverão abrir processo com antecedência, com identificação da necessidade da desospitalização, a fim de que o paciente e/ou familiares sejam orientados quanto aos trâmites para a aquisição das e manejo da fórmula a nível domiciliar.

OBS.2: Para pacientes internados, mesmo que em locais com acesso a BLH, o início do tratamento poderá ser realizado mediante entrega do laudo sobre a capacidade de amamentação emitido por profissional neonatologista ou enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Após 30 dias da primeira dispensação, para continuidade de tratamento, o paciente deverá apresentar laudo conforme item v acima descrito.

OBS.3: A dispensação da fórmula está condicionada a apresentação de documento comprobatório da alta hospitalar.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas:

- i. Inveracidade das informações prestadas;
- ii. Não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos no item 5.
- iii. Ausência de qualquer um dos documentos necessários descritos no item 6.
- iv. Paciente hospitalizados;
- v. Documentos ilegíveis e/ou ausência de assinatura e/ou ausência de data;
- vi. Solicitação realizado por especialidade não contemplada neste protocolo descrito no item 14.
- vii. Crianças de seis a vinte e quatro meses, eutróficas em aleitamento materno e alimentação viii. complementar que não inclua alimentos contendo proteína do leite de vaca.

8. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A OMS preconiza para classificação do Estado nutricional que para crianças menores de cinco anos, utiliza-se a referência lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2006, que já consta na Caderneta de Saúde da Criança. Enquanto que, para as crianças com cinco anos, recomenda-se o uso da referência internacional lançada pela OMS em 2007. Os pontos de corte estão descrito nas Tabela 1 e Tabela 2 Tabela [23-25].

Nestas referências, a desnutrição em crianças é classificado por valores críticos Percentil < 3 ou Escore-z < - 2. No caso de lactentes, além da avaliação pelas curvas da OMS, deve-se avaliar conjuntamente o ganho ponderal diário e mensal da criança [26,27]. [26][27].

Sabe-se que nos primeiros dias o recém-nascido poderá perder até 10% do seu peso de nascimento. Dessa forma para o cálculo do ganho de peso diário no primeiro mês de vida, essa perda deverá ser considerada. O ganho de peso diário nessa fase, se calculado de forma equivocada, pode ser utilizado como indicador de introdução precoce de fórmula infantil, prática essa diretamente relacionada com o desmame precoce, com consequências deletérias para o recém-nascido e sua mãe. Além disso, outros fatores como a dificuldade e falta de orientação no manejo correto da amamentação, pode favorecer que o recém-nascido apresente menor ganho ponderal durante essa fase. Dessa forma, alguns autores admitem que o peso até o décimo dia de vida esteja, ainda, 10% menor que o de nascimento, sem que isso seja sugestivo da necessidade de introdução de complemento ao leite materno. Ressalta-se que antes da indicação de qualquer complemento alimentar é primordial a correta orientação quanto às técnicas de amamentação, exame clínico das condições das mamas e exclusão de quaisquer hipóteses de outras condições orgânicas adversas – principalmente infecção urinária [26].

Os recém-nascidos prematuros deverão ser avaliados com base na idade gestacional corrigida (obtida pela data da concepção) durante os 12 primeiros meses de vida. Dessa forma, os dados de referência deverão também ser ajustados à idade corrigida para a realização dos cálculos descritos [26].

No contexto de saúde pública, neste protocolo serão considerados as seguintes definições para desnutrição e alerta nutricional, após registro mínimo de 2 pesagens [25,28]:

Desnutrição: As crianças menores de 10 anos que as suas respectivas curvas de crescimento da OMS estiverem com seus valores críticos menor que Percentil 3 ou menor que -2 no Escore-z;

Alerta nutricional: no lactente, no primeiro ano de vida:

1º semestre: ganho de peso < 20 g/dia e < 600g/mês e curva não ascendente peso/idade para a faixa etária avaliados por período de mínimo de 30 dias;

2º semestre: ganho de peso < 15 g/dia e < 400g/mês e curva não ascendente peso/idade para a faixa etária avaliados por período de mínimo de 30 dias;

8.1. Em crianças com comprometimento neurológico

A avaliação e classificação do estado nutricional do paciente com comprometimento neurológico deverá ser realizado de forma diferenciada uma vez que suas necessidades energéticas são diferentes, especialmente devido à composição corporal e ao nível de atividade física peculiar [26].

Para esse protocolo, a avaliação antropométrica do paciente com comprometimento neurológico será realizado por meio dos gráficos elaborado por Brooks e colaboradores (2011) que utilizam para sua análise, além de dados de peso, estatura, a função motora e via de alimentação [29].

Os pontos de corte para classificação do estado nutricional desses pacientes serão os seguintes: Percentil < 10 Déficit nutricional/ alerta nutricional; eutróficos com percentil entre 10 e 50; com risco de sobrepeso entre percentil 50 e 90; e sobrepeso aqueles acima do percentil 90, conforme descrito na Tabela 3 [30].

9. PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL DAS FÓRMULAS

O quantitativo fornecido das fórmulas dependerá das necessidades nutricionais dos pacientes. Dessa forma, o profissional prescritor deve realizar o cálculo das necessidades nutricionais de acordo com as recomendações oficiais da Organização Mundial da Saúde de calorias e nutrientes conforme faixa etária da criança (

Tabela 4 e Tabela 5). No caso de recém-nascido pré-termo até 12 meses de idade, a recomendação energética estabelecida será de 110 a 135 Kcal/Kg/dia e proteica de 3,5 a 4,5 g/Kg/dia [31,32]. Para pacientes desnutridos, que visam a recuperação do estado nutricional a base de cálculo nutricional poderá ser superior, sendo necessário justificar a referência utilizada, se maior de 120 kcal/kg e proteína 2,5 g/kg/dia [43]

Neste protocolo serão ofertadas fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas. Esclarecemos que as aquisições destas fórmulas são realizadas conforme recomendações da legislação vigente para aquisição de produtos no setor público, sem que haja direcionamento ou favorecimento de qualquer marca ou laboratório. Diante disso, os produtos dispensados poderão ser modificados conforme o produto vencedor de cada processo licitatório e, portanto, as colheitas medidas necessárias para diluições dos produtos serão atualizadas no site da farmácia Cidadã Estadual da Secretaria Estado da Saúde (link: <https://farmaciacidade.es.gov.br/>).

As crianças de 0 a 6 meses que estiverem em aleitamento materno exclusivo, deverão assim permanecer e as mães deverão receber orientações específicas. Caso o paciente esteja em aleitamento materno associado ao uso de fórmulas, o quantitativo energético fornecido por esse deverá ser considerado e subtraído do quantitativo necessário da fórmula oferecida para sua complementação. Caso o paciente não esteja em aleitamento materno, devidamente justificado, a necessidade energética total será fornecida exclusivamente pela fórmula infantil.

A partir dos seis meses de idade a OMS recomenda que sejam oferecidos os alimentos complementares, tanto em crianças em aleitamento materno exclusivo, com uso de fórmulas ou sem aleitamento materno. Em casos especiais, a introdução de alimentos complementares poderá ser requerida antes ou após o sexto mês de vida, devendo cada caso ser analisado individualmente pelo profissional de saúde assistente [33] e, se necessário o uso de fórmulas contemplada neste protocolo, a solicitação deverá conter a justificativa em prescrição nutricional.

Portanto, quando iniciado a oferta da alimentação complementar, o quantitativo calórico ofertado por esses alimentos deverá ser considerado para o cálculo das necessidades energéticas totais da criança. A energia requerida pela alimentação complementar para as crianças em aleitamento materno é de aproximadamente 200 kcal/dia de seis a oito meses de idade, 300kcal/dia de nove a 11 meses de idade e 550kcal/dia de 12 a 23 meses [34].

O volume diário recomendado após a reconstituição da fórmula na dieta plena é de aproximadamente 135mL/kg/dia para prematuro e para termos ,100mL/kg/dia [32,35], sendo respeitado os requerimentos energéticos diários. Para pacientes em uso de nutrição enteral, o volume das fórmulas poderá ser pleno de acordo com a avaliação clínica individualizada e com critérios de inclusão definidos nesse protocolo.

Os pacientes com comprometimento neurológico, o cálculo para estimar as necessidades energéticas deverá ser diferenciado. Na tabela 6, estão descritos os métodos que poderão ser utilizados^[36]. Caso o profissional assistente opte por utilizar uma base de cálculo nutricional para requerimento energético ou proteico diferente da proposta, o valor escolhido deverá ser devidamente justificado e a fonte referenciada, podendo ser aceito ou não por essa secretaria.

Portanto, o quantitativo total de fórmula infantil solicitada deverá ser rigorosamente comprovado de acordo com as necessidades nutricionais da faixa etária da criança e da patologia apresentada.

10. USO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO TRATAMENTO DA APLV

Na impossibilidade de aleitamento materno exclusivo, ou em casos que a criança não possa receber nenhuma quantidade de aleitamento materno, as fórmulas infantis sem proteína intacta do LV deverão ser utilizadas. A escolha da fórmula dependerá da idade e do quadro clínico do paciente (Anexo D).

Para crianças com manifestação de APLV Não mediada por IgE as fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) são indicadas como primeira opção de tratamento, por serem toleradas em 90% a 95% dos casos^[2,37,38].

Se após o uso de fórmula extensamente hidrolisada por no mínimo 2 semanas não ocorrer melhora, está indicado o uso de fórmulas a base de aminoácidos. No entanto, o atraso na remissão dos sintomas pode estar associado a peculiaridades individuais ou outros fatores, sendo indicado o TPO de retorno à fórmula extensamente hidrolisada^[2,4,12].

Para as crianças que iniciaram o tratamento com FAA, nas condições especificadas de histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica, será necessário migrar para FEH após a estabilização do quadro.

Para crianças maiores de 6 meses, o uso de fórmula a base de proteína da soja poderá ser considerada como primeira alternativa de tratamento, sobretudo nas formas Mediada por IgE. Nas formas não mediadas por IgE, pode haver risco de sensibilização simultânea à soja, sendo recomendado apenas nas formas clínicas leves ou nas fases mais tardias de tratamento, ou seja, após 6 a 8 semanas de uso de fórmula a base de proteína extensamente hidrolisada ou a base de aminoácidos^[2,4,39].

Nas crianças com clínica de gravidade (escore z de peso/estatura inferior a 2 desvios-padrão, associado FPIES com déficit nutricional, esofagite eosinofílica ou histórico de anafilaxia), pode-se indicar fórmula a base de aminoácidos como primeira alternativa terapêutica. Após estabilização do quadro e recuperação da função intestinal, deverá ser avaliado a substituição por fórmulas extensamente hidrolisadas ou, conforme o tipo clínico, fórmula infantil a base de proteína isolada de soja^[2,5,7,40].

10.1. TEMPO DE TRATAMENTO

A alergia a proteína do leite vaca costuma ser transitória e a maioria das crianças desenvolvem tolerância até os 2 a 3 anos de idade. Após diagnóstico definido, a dieta de exclusão terapêutica com a mesma fórmula deverá ser mantida com reavaliações periódicas, quando permitidas, a cada 6 a 12 meses^[5,20,41].

As mudanças de tipos de fórmulas e avaliação de tolerância necessária no monitoramento periódico também devem ser realizadas via teste de provocação oral (TPO) (conforme item 1.2.1.1), seguindo a seguinte conduta no tratamento^[2,8,31]:

Crianças com diagnóstico confirmado, deverão seguir com a exclusão do LV e utilização da fórmula especial por um período de 6 meses após início do tratamento ou até 9 a 12 meses de idade.

Crianças com reações graves imediatas, mediadas por IgE manterão a dieta de exclusão por 12 a 18 meses. Necessitando reavaliação bioquímica de Imunoglobulina - IgE específica antes de reapresentação/TPO.

No caso de mudanças de tipos de fórmulas, o alimento a ser testado não deverá ser o leite de vaca, mas sim, a fórmula a ser testada (soja, extensamente hidrolisada ou aminoácidos) - vide fluxograma anexo D.

Após 2 anos de idade (24 meses) as crianças que persistirem com APLV podem se beneficiar de uma alimentação equilibrada e variada através de alimentos sólidos e líquidos sem a proteína do leite de vaca, uma vez que o leite não é mais a base de sua alimentação. Por isso, o tratamento pode ser feito com a retirada do leite/fórmula infantil da alimentação e associado, quando necessário, à suplementação de cálcio de vitamina D e acompanhamento com profissional assistente.

Crianças com dermatite atópica vigente ou com história de reação imediata deverão ser encaminhadas para realização do teste de provocação oral em local onde haja infraestrutura e equipe multidisciplinar com profissionais adequados para realização do TPO e atendimento à situação de emergência. Os demais pacientes, considerados de baixo risco, com ausência de dermatite atópica e sem história de reação imediata, o teste de provocação poderá ser realizado sob orientação médica em ambiente não hospitalar^[2,3].

11. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os principais benefícios são a melhora e remissão dos sintomas de pacientes com APLV, proporcionar à criança crescimento e desenvolvimento adequado, recuperação e/ou manutenção do seu estado nutricional, com consequente melhoria na qualidade de vida da criança e da família.

12. MONITORIZAÇÃO

12.1. ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E NUTRICIONAL

As crianças que fazem uso de fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas deverão ser acompanhadas periodicamente por profissionais pediatra e/ou nutricionista para avaliação de parâmetros como: ganho pondero-estatural, desenvolvimento motor e cognitivo, ingestão de alimentos, consumo e aceitação da fórmula, função gastrointestinal e evolução clínica do paciente.

As crianças com APLV deverão ser acompanhadas pelos profissionais pediatra e/ou nutricionista com intervalo clínico máximo de três meses. Após o TPO para diagnóstico, as crianças deverão realizar o TPO de tolerância a cada 6 meses, caso não seja possível, o médico assistente deverá fornecer justificativa da impossibilidade.

As crianças candidatas a receberem as fórmulas pediátricas para nutrição enteral deverão ser monitoradas pelos profissionais de saúde assistente por uma periodicidade máxima de três meses, a depender da clínica, para os seguintes parâmetros: necessidades nutricionais; tolerabilidade da fórmula e evolução do tratamento; evolução nutricional e antropométrica (peso, estatura); volume e balanço eletrolítico; função gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, constipação ou distensão abdominal), tolerabilidade da sonda; condição da sonda de longa permanência, sinais de infecção e condições clínicas gerais do paciente.

Pacientes que apresentem dermatite atópica devem avaliar a evolução dos sinais clínicos através de instrumentos validados, como *Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD)*, o qual utiliza três domínios (extensão, intensidade das lesões e sintomas subjetivos de prurido e perturbação do sono) para avaliação da gravidade da doença, de acordo com a seguinte variação: leve (pontuação menor do que 25); moderada (pontuação entre 25 e 50) ou c) e grave (pontuação maior 50)^[42].

O quantitativo total das fórmulas dispensadas para o mês subsequente será equivalente à quantidade dos recipientes vazios entregues no ato da dispensação.

13. CRITÉRIO DE SUSPENSÃO

A continuidade do fornecimento das fórmulas nutricionais pela SESA/GEAF poderá ser suspensa em qualquer uma das condições descritas abaixo:

- i. Não seguir as recomendações médicas e nutricionais, principalmente em relação à aderência às medidas dietéticas.
- ii. Ausência de sintomas de APLV em resposta ao TPO.
- iii. Ausência de resposta sempre que solicitado pela GEAF/SESA.
- iv. Crianças com APLV que completarem 02 anos de idade.
- v. Pacientes que não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão/monitorização descritos, por avaliações clínicas periódicas.
- vi. Não entrega dos recipientes vazios, conforme previsto no item 12.1.

14. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão, exclusão e suspensão estabelecidos neste protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das quantidades prescritas, dispensadas e a adequação de uso das FNE.

Os pacientes devem ser diagnosticados por pediatra, gastroenterologista infantil, alergista infantil, nutrólogo pediatra ou neonatologista.

15. REFERÊNCIAS

- 1.Oliveira ARV, Patrocínio ME do, Pierdoná N, Pires TO. Manual : Alergia Alimentar. Man Alerg Aliment 2017;1(1):1-65.
2. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma, Alerg e Imunol 2018;2(1).
- 3.Venter C, Brown T, Meyer R, Walsh J, Shah N, Nowak-Węgrzyn A, et al. Better recognition, diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy: IMAP - An international interpretation of the MAP (Milk Allergy in Primary Care) guideline. Clin Transl Allergy 2017;7(1):1-9.
- 4.Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: Espghan gi committee practical guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012;55(2):221-9.
- 5.Solé D, Amancio OMS, Jacob CM a., Cocco RR, Sarni ROS, Suano F, et al. Guia Prático Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E. Rev bras alerg imunopatol 2012;35(6):203-33.
- 6.Vandenplas Y. Prevention and management of cow's milk allergy in non-exclusively breastfed infants. Nutrients 2017;9(7):1-15.
- 7.Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Protocolo clínico estadual de alergia alimentar à proteína do leite de vaca (aplv). 2018;Available from: <https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/PROTOCOLO-CLÍNICO-ESTADUAL-DE-ALERGIA-ALIMENTAR-À-PROTEÍNA-DO-LEITE-DE-VACA.pdf>
- 8.Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência T e IE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). 2017;1-47. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf
- 9.D. CS. Intolerância Alimentar. In: Nutrição Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. página p.212-222.
- 10.Belo, J., E. Finelli, P. Martins, S. Prates PL-P. Alergia às Proteínas do Leite de Vaca. Notas Pediatr 2014;1:72-9.
- 11.Allen KJ, Davidson GP, Day AS, Hill DJ, Kemp AS, Peake JE, et al. Management of cow's milk protein allergy in infants and young children: An expert panel perspective. J Paediatr Child Health 2009;45(9):481-6.
- 12.Fox A, Brown T, Walsh J, Venter C, Meyer R, Nowak-Węgrzyn A, et al. An update to the Milk Allergy in Primary Care guideline. Clin Transl Allergy [Internet] 2019;9(1):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13601-019-0281-8>
- 13.Bindslev-Jensen C, Ballmer-Welser BK, Bengtsson U, Blanco C, Ebner C, Hourihane J, et al. Standardization of food challenges in patients with immediate reactions to foods - Position paper from the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Allergy Eur J Allergy Clin Immunol 2004;59(7):690-7.
- 14.Ahrens B, Sampson HA, Beyer K. Adverse Reactions to Food. Allergy, Immun Toler Early Child First Steps Atopic March 2016;756:45-63.
- 15.Nowak-we A. Work Group report : Oral food challenge testing. 1976;
16. Kneepkens CMF, Meijer Y. Clinical practice . Diagnosis and treatment of cow ' s milk allergy. 2009;891-6.
- 17.Gushken AKF, Castro APM, Yonamine GH, Corradi GA, Pastorino AC, Jacob CMA. Double-blind , placebo-controlled food challenges in Brazilian children: Adaptation to clinical practice. Allergol Immunopathol (Madr) [Internet] 2013;41(2):94-101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2011.12.002>
- 18.Cianferoni A, Garrett JP, Naimi DR, Bs KK, Spergel JM. Predictive Values for Food Challenge-Induced Severe Reactions : Development of a Simple Food Challenge Score. 2012;14(August 2004).
- 19.Bock SA, Sampson HA, Atkins FM, Zeiger S, Lehrer S, Sachs M, et al. -blind, placebo-co ge KHWCFC) as an A manual. 1988;
- 20.Mendonça RB, Cocco RR, Sarn ROS, Solé D. Teste de provocação oral aberto na confrmação de alergia ao leite de vaca mediada por igE: Qual seu valor na prática clínica? Rev Paul Pediatr 2011;29(3):415-22.
- 21.Meyer R, Groetch M, Venter C. When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. J Allergy Clin Immunol Pract [Internet] 2018;6(2):383-99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.09.003>
- 22Costa YHM, Gutheil-Gonçalves L, Tiemi-Miyakawa D, Rosário CS, Chong-Silva DC, Riedi CA, et al. Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (FPIES): um novo diagnóstico diferencial para alergia alimentar. Brazilian J Allergy Immunol 2019;3(3):259-68.
- 23World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva, Switzerland: WHO, 2006: 2006.
- 24.World Health Organization. Growth reference 5-19 years. 2007;
- 25.Brasil. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2011.
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 2º ed São Paulo: Manole; 2010.
27. Sociedade Brasileira de Pediatria., Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4º ed São Paulo: 2019.
- 28.Márcia Regina Vitolo. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
- 29.Brooks J, Day S, Shavelle R, Strauss D. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: New clinical growth charts. Pediatrics 2011;128(2).
30. Araújo LA, Silva LR. Anthropometric assessment of patients with cerebral palsy: Which curves are more appropriate? J Pediatr (Rio J) 2013;89(3):307-14.
- 31.FAO/WHO Expert Consultation. Human Vitamin and Mineral Requirements. Geneva World Heal Organ [Internet] 2005;(2nd ed):341 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42716>
- 32.Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: Commentary from the european society of paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition committee on nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010;50(1):85-91.
- 33.Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Secr Atenção Primária à Saude, Dep Promoção da Saúde 2019;256.
- 34.Anand R. Infant and Young Child Feeding. IAP Textb Pediatr 2013;127-127.
- 35.Vieira MC, Morais MB, Spolidoro JVN, Toporovski MS, Cardoso AL, Araujo GTB, et al. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allergy. BMC Pediatr 2010;10.
- 36.Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ed ed Rio de Janeiro: 2020.
- 37.Feferbaum R. Fisiopatologia da nutrição do recém-nascido grave. In: Nutrição do Recém Nascido. São Paulo: Atheneu; 2005. página 343-59.

38. Uenishi K, Nakamura K. Intake of dairy products and bone ultrasound measurement in late adolescents: A nationwide cross-sectional study in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19(3):432-9.
39. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol* [Internet] 2014;133(2):291-307.e5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2013.11.020>
40. Kemp A. Hypoallergenic formula prescribing practices in Australia. *J Paediatr Child Health* 2006;42(4):191-5.
41. Wal J. Bovine milk allergenicity. *Ann Allergy, Asthma Immunol* [Internet] 2004;93(5):S2-11. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)61726-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61726-7)
42. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2017;177(5):1316-21.
43. Medicine I, Board F, Macronutrients A, Intakes S, Intakes S. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients). 2005.
44. COCCO, R. R. et al. *Terapia Nutricional na Alergia Alimentar em Pediatria*. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: [s.n.], 2019.

Tabela 1 – Classificação do Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA MENORES DE 5 ANOS		
		Peso/idade	Peso/Estatura	Estatura/idade
< Percentil 0,1	< Escore- z -3	Muito baixo peso 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 idade	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore- z -2 e < Escore- z -1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para criança
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore- z 1 e ≤ Escore- z +1		Risco de Sobrepeso	
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore- z +1 e ≤ Escore- z +2	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore- z +2 e ≤ Escore- z +3		Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore- z +3			

Fonte: Adaptado de OMS, 2006 [23]

Tabela 2 - Classificação do Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 Anos

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

Fonte: Adaptado de: (OMS, 2007) [24]

Tabela 3 – Classificação do estado nutricional de paciente com comprometimento neurológico

VALORES CRÍTICOS	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		
	Peso/idade	IMC/idade	Estatura/idade
< Percentil 10	Déficit Nutricional /Alerta nutricional	Déficit Nutricional /Alerta nutricional	Déficit Nutricional /Alerta nutricional
≥ Percentil 10 e < Percentil 50	Eutrófico	Eutrófico	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 50 e < Percentil 90	Risco de Sobrepeso	Risco de Sobrepeso	
≥ Percentil 90	Sobrepeso	Sobrepeso	

Tabela 4 – Ingestão de energia diária recomendada por faixa etária (Kcal/Kg/dia)

IDADE	ENERGIA (Kcal/Kg)		KCAL/ TOTAL/DIA		Kcal - Alimentação Complementar
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas	
0-3 meses	105	100	560	510	-
3-6 meses	81	83	605	569	-
6-9 meses	79	78	678	628	200 kcal
9-12 meses	80	79	752	694	300 kcal
1-2 idade	83	80	948	865	550 kcal
2-3 anos	84	81	1 129	1 047	

Fonte: FAO/WHO/UNU 2004[31]

Tabela 5 - Ingestão de proteica diária recomendada por faixa etária

IDADE	PROTEÍNA (g/kg/dia)
0 - 6m	1,52 (AI)
7- 12m	1,2
1 -3a	1,05
4 - 8a	0,95
9 - 10a	0,85

Fonte: IOM, 2005[43]

Tabela 6 - Métodos para o cálculo de ingestão energética diária para crianças e adolescentes com comprometimento neurológico.

MÉTODO	DESCRIÇÃO DO CÁLCULO DE INGESTÃO ENERGÉTICA DIÁRIA
Gasto Energético Basal	Consumo de energia = Gasto energético basal X 1,1

Altura	15 Kcal/cm quando não apresentar disfunção motora 14 Kcal/cm quando apresentar disfunção motora, mas deambula. 11 Kcal/cm quando não deambular
--------	--

Fonte: Adaptado: Manual de Suporte Nutricional da SPB^[36]**ANEXO A - LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN****ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. Nome do Estabelecimento de Saúde solicitante	2. CNES
---	---------

PACIENTE

3. Nome do Paciente	4. Data Nascimento ____/____/____	5. Nome da Mãe ou Responsável
6. Idade	7. Cartão Nacional do SUS-CNS	8. Telefone
		9. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		10. Raça/Cor

11. Correio eletrônico (e-mail)	12. Município de residência
---------------------------------	-----------------------------

DADOS ANTROPOMÉTRICOS / BASE DE CÁLCULO NUTRICIONAL

13. Dados do Paciente Peso (Kg) _____ Altura (m) _____ IMC (kg/m ²): _____ CID-10 contemplados protocolos estaduais: CID-10 doença de base:	14. Base de cálculo nutricional ____ Kcal/kg peso ou ____ Kcal/cm altura* GET = _____ kcal/dia _____ Ptn/kg peso *para comprometimento neurológico	15. Dados Antropométricos complementares para adolescentes e adultos (opcional): Circ. Panturrilha/CP: ____ cm Circ. Braço/CB: ____ cm %Adequação CB: ____ % % de perda de peso (últimos 6 meses): ____ %
---	---	--

FÓRMULA(S) NUTRICIONAL(IS) SOLICITADA(S) / POSOLOGIA

() Primeira solicitação da fórmula () Manutenção da fórmula () Alteração de fórmula

16. Característica da fórmula / Especificação

17. Via de administração:	18. Quantidade diária	19. Quantidade mensal
() Oral () Sonda Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia () Via alternativa + Oral	____ g ____ mL	____ g ____ mL
	20. Posologia: Número de etapas: ____ Horários: _____ Número de colheres medidas/etapa: _____ Volume de água /etapa: ____ mL Volume total dia (fórmula pronta): _____ mL VCT = _____ kcal/dia	

HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA

HISTÓRIA CLÍNICA RESUMIDA

EXCLUSIVO PARA CONTINUIDADE TRATAMENTO COM FORMULAS INFANTIS:

20. Paciente em aleitamento materno?: () sim () não
21. Diagnóstico de APLV: () Mediada por IgE () Mediada por IgE e Célula (misto) () Não mediada por IgE
22. Realizado Teste de Provocação Oral (TPO) nos últimos 3 meses? () não. Motivo de não realização do TPO: () sim. Data: ____/____/____ Fórmula/alimento: _____ Resultado: () Favorável () Desfavorável Sinais e Sintomas pós TPO: Típicos: () Urticária () Prurido () Rush () Angiodema () Dermatite Atópica - Scord atual __ pontos () FPIES () Retorragia () Anafilaxia. Atípicos: () Cólica () Diarréia () Constipação severa () Náuseas/Vômitos () Distensão abdominal () Regurgitação () Sibilância () Rinoconjuntivite alérgica () Recusa alimentar () Eritema perianal () Fissura perianal () Outro:

23. Nome do profissional solicitante:	24. Data da solicitação: ____/____/____
25. Nº Documento (CNS/CPF) do profissional solicitante:	26. Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
27. Contato do Profissional Solicitante (Telefone e/ou e-mail):	

ANEXO B - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA USO E FORNECIMENTO AMBULATORIAL DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro está sendo admitido no Protocolo de Fornecimento de Fórmulas Nutricionais e reconheço as normas e critérios que o definem.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico / nutricionista _____ (nome do médico/nutricionista que prescreve).

Tenho ciência, estou de acordo e submeto-me às normas do Protocolo Estadual, dentre as quais estão elencadas abaixo, não se restringindo unicamente a elas, mas a todo o conteúdo da Portaria:

- As fórmulas nutricionais são destinadas a residente no Estado Espírito Santo e em caso de mudança para outro estado, informarei a Farmácia Cidadã Estadual, assim como comunicarei alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar.
- Preencho criteriosamente os critérios definidos em protocolo para fórmula nutricional solicitada.
- Sou capaz ou possuo cuidador/responsável com condições sociais e culturais satisfatórias para a utilização correta da terapia nutricional, sendo capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente das fórmulas nutricionais.
- Estou ciente que o fornecimento das fórmulas para o mês subsequente está condicionado a devolução de recipientes vazios das fórmulas nutricionais e a quantidade a ser recebida será equivalente à quantidade dos recipientes vazios entregues.
- Estou sujeito à auditoria/avaliação presencial e/ou testes de confirmação de diagnóstico, como Teste de Provocação Oral (TPO), a ser realizada por equipe autorizada pela SESA em ambulatório/SESA ou em domicílio, em periodicidade a ser determinada pelo serviço.
- O acompanhamento deverá ser realizado com profissionais assistentes e para manutenção do fornecimento da fórmula nutricional, as documentações solicitadas pela SESA/ES deverão ser entregues nas farmácias cidadãs, sempre que solicitado. O não envio de informações/documentos no prazo estipulado poderá implicar na interrupção do tratamento.
- As fórmulas nutricionais fornecidas são de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independente do motivo, deverá ser devolvida à Farmácia Cidadã Estadual, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
- Durante o tratamento, as fórmulas nutricionais fornecidas poderão apresentar nomes comerciais diferentes, cabendo ao profissional assistente o ajuste do quantitativo solicitado conforme a colher medida do produto disponível correspondente a descrição da fórmula nutricional solicitada.
- Alterações de quantitativos que poderão ocorrer durante o tratamento estarão sujeitos à avaliação pela SESA e o aumento só poderá ser praticado após deferimento e recebimento do novo quantitativo da fórmula.
- Recebi orientação para elaboração e manejo de fórmulas nutricionais com alimentos (Fórmulas Artesanais), no caso de necessidade de utilização em algum momento do tratamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.
() Sim () Não

Local: _____ Data: _____
Nome do paciente: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____
Nome do responsável legal: _____
Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Profissional Assistente Responsável (Médico ou Nutricionista): _____
CRM/CRN: _____ UF: _____

Assinatura e carimbo do Profissional Assistente Responsável Data: __/__/__

ANEXO C - FORMULÁRIO PARA INÍCIO DE FORNECIMENTO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS NA APLV CONTEMPLADAS NO PROTOCOLO ESTADUAL

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

Informações ao nascimento:					
Idade Gestacional ao Nascer: ___ semanas	Tipo de Parto: () cesáreo () normal		Dados ao nascer: Peso: ___ kg Comprimento: ___ cm		
Trata-se de paciente internado em UTIN ? () não () sim		Intercorrências gestacionais maternas? () não () sim, especifique: () Diabetes Gestacional () Eclâmpsia () Pré - Eclâmpsia () Outro:			
Informações Clínicas:					
Tempo de aleitamento materno exclusivo: ___ meses			Atualmente em aleitamento Materno: () sim () não, justificativa:		
Tempo total em aleitamento: ___ meses			Motivo da complementação:		
Sintomas e sinais clínicos	Idade inicial	Tempo de latência*	Frequência	Data do último episódio	Realiza tratamento medicamentoso?
Sintomas cutâneos					
() urticária					() sim () não
() prurido					() sim () não
() rush					() sim () não
() angioedema					() sim () não
() dermatite atópica, SCORAD atual: _____ pontos					() sim () não
Sistemas gastrointestinais					
() cólica					() sim () não
() diarreia					() sim () não
() sangue nas fezes					() sim () não
() fissura anal					() sim () não
() ânsia de vômito/vômitos					() sim () não
() regurgitações					() sim () não
() distensão abdominal					() sim () não
Sistemas respiratórios					
() sibilância					() sim () não
() rinoconjutivite alérgica					() sim () não
Outros:					
() Anafilaxia					() sim () não
() FPIES					() sim () não
()					() sim () não
* Tempo necessário da ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas					
Diagnóstico de APLV: () Mediada por IgE () Mediada por IgE e Célula (misto) () Não mediada por IgE					
Realização da vacina rotavírus: () 1ª dose. Data: ___ / ___ / ___ () 2ª dose. Data: ___ / ___ / ___ () 3ª dose. Data: ___ / ___ / ___					
Os sintomas podem estar relacionados a outra condição clínica? () não () sim, especifique: () Prematuridade () Infecções () Uso de antibióticos e/ou inibidores de bomba () Doença Refluxo Gastroesofágico () Distúrbio funcionais do lactente () Outro:					
() sim. Data: ___ / ___ / ___ Fórmula/alimento: _____					
Realizado Teste de Provocação Oral? Resultado: () Favorável () Desfavorável					
() não. Motivo da não realização:					
Fórmulas utilizadas anteriores					
Descrição da fórmula	Tempo total de uso		Resposta Clínica		
Outras informações:					

Data do preenchimento: ___ / ___ / ___

Médico responsável / CRM _____