



PREFEITURA DE
PIRAQUARA

Secretaria de
Saúde

MANUAL PARA O PROGRAMA MUNICIPAL DE DIETAS ESPECIAIS

1ª Edição

PIRAQUARA

2022

©2022. Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total deste protocolo, desde que citada a fonte e que não seja utilizada para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço: **(adicionar endereço eletrônico do protocolo quando este estiver disponível)**.

Elaboração, distribuição e informações podem ser consultadas em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara. Localizada no endereço: Rodovia Deputado João Leopoldo Jacomel, 4675 - Jardim Primavera, Piraquara - PR, 83310-170.

Elaboração Técnica pelas Nutricionistas

Julieanne Reid Arcain

Evelin Barreto Zanardini de Andrade

Fernanda do Pilar Maciel de Magalhães Hilário

Mônica dos Santos Dias

Karin Luciane Will

Colaboração Técnica para a 1ª edição pelas Nutricionistas

Anabelle Redontário

Regina Lang

Leticia Soares Amancio

Luíza Buzatto Schemiko

Tainá Medeiros Matos

Gislaine Aparecida Fitz Pierin

Isabela Maria Probst

Lyandra Franco Carneiro

Suellen Goulart

Eduarda Boscardin

Elisabeth Aparecida Ribeiro

Júlia Schneider

Nathalie Alves dos Santos Koubik

Gabriela Godoi da Silva

Ficha Catalográfica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1. DEFINIÇÕES	7
1.2. OBJETIVOS	9
1.2.1. Objetivos Gerais	9
1.2.2. Objetivos Específicos	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1. CUIDADOS NUTRICIONAIS NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA	10
2.1.1. Primeira infância: lactente (29 dias a 2 anos)	10
2.1.2. Aleitamento materno	10
2.1.3. Condições que contraindicam o aleitamento materno	11
2.1.4. Condições que contraindicam em definitivo o aleitamento materno	11
2.1.5. Condições que contra indicam temporariamente o aleitamento materno	12
2.1.6. Condições maternas não infecciosas que contra indicam o Aleitamento Materno	13
2.2. RECÉM-NASCIDO PREMATURO E BAIXO PESO	13
2.3. ALERGIAS E INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES	15
2.3.1. Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)	16
2.3.1.1. Conduta preconizada de acordo com a faixa etária	20
2.3.2. Intolerância à lactose	20
2.4. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	22
2.4.1. Alimentação para crianças não amamentadas até 2 anos	22
2.5. CUIDADOS NUTRICIONAIS COM AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	26
2.6. CUIDADOS NUTRICIONAIS COM ADULTOS	28
2.7. CUIDADOS NUTRICIONAIS COM IDOSOS	29
2.2.8. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL	31
2.8.1. Fórmulas Nutricionais	35
2.8.2. Fórmula Padrão para Nutrição Enteral - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA	35
2.8.3. Módulos nutricionais - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA	36

2.8.4. Fórmulas Nutricionais com Alimentos (Fórmulas Artesanais) - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA	36
2.8.5. Fórmulas nutricionais mistas - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA	36
2.8.6. Principais patologias que podem necessitar de suporte de TNE	37
2.8.6.1. Acidente Vascular Cerebral	37
2.8.6.2. Câncer	38
2.8.6.3. Traumatismo Cranioencefálico (TCE).....	39
2.8.6.4. Paralisia Cerebral	39
2.8.6.5. Doença Renal Crônica	40
2.8.6.6. Desnutrição Grave	40
2.8.6.7. Disfagia	40
2.8.6.8. Síndrome de Down	41
2.8.6.9. Doença de Alzheimer	42
2.8.6.10. Doenças Neurológicas	43
2.8.6.11. Lesão por Pressão	44
2.8.6.12. Hidrocefalia	45
2.8.7. COMPLICAÇÕES DA TNE	46
2.8.8. CUIDADOS DE HIGIENE E MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS E DIETAS ENTERAIS	47
2.8.8.1. FÓRMULAS INFANTIS E SUPLEMENTAÇÃO ORAL	47
2.8.8.2. DIETA ENTERAL MISTA	48
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
ANEXOS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Lei nº 8080 de 1990, evidencia a alimentação como um dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e estabelece como uma das atribuições específicas do Sistema Único de Saúde (SUS) a vigilância nutricional e a orientação alimentar, situação que confere ao Estado o papel de formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, no ano de 2006 foi publicada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346) e em 2010 o Decreto nº 7.272 que instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN. Ambas as publicações visam fortalecer as ações de alimentação e nutrição no SUS de modo intersetorial e com vistas à promoção da alimentação adequada e saudável pelo Estado a partir da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que objetiva a garantia do direito básico no país de que todas as pessoas tenham acesso à alimentos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas alimentares saudáveis, sem comprometimento do acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010a).

O papel do Estado ganhou ainda novas forças a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 64 na Constituição Federal em 2010, que estabeleceu a alimentação como um direito (BRASIL, 2010b). Logo, sendo a alimentação e a nutrição indispensáveis para a promoção e a proteção da saúde, e tendo como propósito o pleno alcance do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2013a), cabe destacar o Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas (DHANA), como direito primordial para a execução de outros direitos humanos, com vistas à garantia de que toda pessoa esteja livre da fome e realize uma alimentação e nutrição adequadas (BRASIL, 2019a).

Desse modo, os propósitos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que consistem em uma melhor condição de alimentação, nutrição e saúde; na vigilância alimentar e nutricional; na prevenção e no cuidado dos agravos associados à alimentação e nutrição de modo integral, apoiam a premissa de que a nutrição é essencial para a manutenção da vida e somam-se ao preconizado em

outras políticas de saúde como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS).

No âmbito da saúde, a Constituição Federal nos artigos de nº196 e 197 preconiza que é dever do Estado garantir a todos o direito à saúde, por meio de políticas sociais e econômicas que prezem a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal de modo igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação, sendo de relevância pública e cabendo ao poder público, utilizar de acordo com a lei, a regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988).

Em vista disso, destaca-se o Decreto nº 7508 de 2011 que regulamentou a Lei nº 8080 e instituiu a Rede de Atenção à Saúde e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que viabilizaram progressos nos estados e municípios em relação às ações de Alimentação e Nutrição no SUS (BRASIL, 2011a). Demais publicações também fomentam os deveres do governo, como a Nota Técnica nº 84 de 2010 da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS) que expressa, por exemplo, que o SUS não possui legislação ou protocolo específico para o programa de dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais, sendo fundamental que tais questões sejam avaliadas pelas três esferas de gestão do sistema para o estabelecimento de políticas que tratem de elucidar as demandas tanto a curto, como a médio e longo prazo (BRASIL, 2010c).

Consequentemente, cabe ao Estado formular e implementar ações e políticas voltadas para a área da alimentação e nutrição, sendo necessário nos casos em que a alimentação tem o *status* de fármaco – como é o caso das dietas enterais – que o mesmo realize a provisão de acordo com os princípios e normas do SUS (BRASIL, 2010c).

A distribuição tanto das fórmulas infantis quanto das dietas enterais e suplementos, de acordo com as respectivas especificidades, devem estar em conformidade com a Lei 11.265 de 2006, com o Decreto nº 9.579 de 2018, com a Instrução Normativa (IN) nº 28 de 2018, com a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) nº 600 de 2018 e com as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais regulamentações técnicas (BRASIL, 2006; CFN, 2018; BRASIL, 2018a,b).

Da mesma forma, as atividades devem estar alinhadas com o preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com o Estatuto do Idoso e com as

respectivas legislações para a efetivação dentre outros direitos, ao direito à saúde e à alimentação (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

Assim, a Terapia Nutricional definida como um “conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de Nutrição Parenteral ou Enteral” (BRASIL, 1998, p.2) configura-se em uma alternativa importante para prover a continuidade do cuidado da população no que se refere ao exercício do direito à saúde e à alimentação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013a). Inclusive, para com o cuidado de indivíduos que apresentam necessidades alimentares especiais, sendo uma demanda para a atenção nutricional no SUS preconizada pela PNAN devido a existência de doenças e agravos à saúde ao longo do curso da vida, que podem causar alterações nas necessidades alimentares e na forma de realizar a alimentação. Logo, segundo tal documento (BRASIL, 2013a, p. 74):

As necessidades alimentares especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).

Desse modo, podem ser considerados indivíduos com necessidades alimentares especiais aqueles acometidos por erros inatos do metabolismo, intolerâncias e alergias alimentares, doença celíaca, HIV/AIDS, diabetes, câncer, nefropatias, aqueles em recuperação pós-cirúrgica, as crianças prematuras, entre tantas outras situações. Ademais, o aumento do número de idosos, de pessoas com doenças crônicas, o crescimento das vítimas de acidentes de trânsito e de situações de violência, podem também apresentar desdobramentos como alterações clínicas relacionadas à deglutição e/ou integridade do trato gastrointestinal, com indicação de uso de uma via alternativa de alimentação, bem como de uma atenção diferenciada no processo de cuidado (BRASIL, 2015a).

No domicílio, a Terapia Nutricional implica em uma opção de atenção à saúde que busca a promoção do convívio familiar, diminuição do número de intercorrências clínicas e dos riscos de infecção hospitalar, manutenção do cuidado de modo sistemático e integrado, e a autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2012).

Além disso, os cuidados realizados nesse âmbito representam uma extensão dos cuidados à saúde oferecidos pela Atenção Básica, coordenadora e ordenadora da rede, objetivando promover, manter e recuperar o estado nutricional dos indivíduos, além de potencializar sua independência e minimizar os efeitos das doenças e das limitações impostas pelas mesmas (BRASIL, 2015a).

No município de Piraquara, Região Metropolitana de Curitiba (RMC) o qual tem uma população estimada de 114.970 habitantes no ano de 2020 (IPARDES, 2020), o Setor de Alimentação e Nutrição atende usuários que estejam com as suas necessidades dietéticas aumentadas devido a doenças específicas e estresse metabólico, pacientes oncológicos, pré e/ou pós-operatórios, desnutridos ou com alguma carência ou agravo nutricional que acabam por necessitar de terapia nutricional para evitar e/ou minimizar o impacto clínico das frequentes complicações relacionadas com um mau estado nutricional, principalmente no que tange aos indivíduos idosos. Também são atendidas crianças com alergias alimentares, baixo peso para idade, prematuros extremos, adultos e idosos com enfermidades crônicas, cujo estado nutricional encontra-se comprometido.

O atendimento aos indivíduos é realizado por meio do Programa Municipal de Dietas Especiais, o qual é gerido com recursos exclusivamente municipais e tem por objetivo o fornecimento de dietas especiais, suplementos/módulos alimentares e fórmulas infantis para usuários do SUS residentes do município de Piraquara. Além da dispensação das dietas, é realizado um acompanhamento dos pacientes, por meio de visitas domiciliares e/ ou consultas para a verificação do estado nutricional e realização de orientações nutricionais adequadas, específicas, pertinentes, pautadas nos princípios do Guia Alimentar para a População Brasileira, do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos e demais documentos de referência no âmbito da alimentação e nutrição (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019b).]

Portanto, foi elaborado esse manual de dispensação de dietas especiais, com o intuito de garantir respaldo teórico ao protocolo de dietas especiais do Município, já existente e aprovado. Protocolo este que se trata da prescrição e a dispensação/fornecimento de dietas enterais, suplementos/módulos alimentares e fórmulas infantis, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde pertencentes à rede municipal de serviços de saúde, visando à melhora da qualidade de vida ou atendimento a pacientes com necessidades nutricionais especiais residentes no Município de Piraquara-PR.

1.1 DEFINIÇÕES

- **Dietas Enterais:** alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais. As dietas enterais podem ser divididas em: dietas comerciais, dieta com alimentos e mistas ou semiartesanais (BRASIL, 2000).

- **Dieta Comercial:** São dietas nutricionalmente completas, apresentadas na forma de pó para reconstituição, líquidas semi prontas e líquidas prontas para uso (BRASIL, 2015).

- **Dieta com Alimentos:** São dietas preparadas à base de alimentos. Necessitam de uma adequada combinação de alimentos para que sejam completas e equilibradas nutricionalmente (BRASIL, 2015).

- **Dieta Mista ou Semiartesanal:** São preparações elaboradas a partir de alimentos e associadas a suplementos ou módulos de nutrientes. Ainda pode ser considerada como dieta mista, a alternância entre a administração de fórmulas nutricionais com alimentos e de fórmulas nutricionais comerciais ao longo do dia (BRASIL, 2015).

- **Suplementos Nutricionais:** São classificados como alimentos para fins especiais e são definidos como alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais são introduzidas modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, atendendo às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas. São indicados a todos os indivíduos cuja dieta oral convencional seja incapaz de satisfazer as necessidades nutricionais (BRASIL, 2015).

- **Suplemento nutricional caseiro:** São preparações hipercalóricas obtidas a partir da modulação de ingredientes dietéticos (GAROFALO et al, 2010).

- **Módulos Nutricionais:** São compostos por um dos principais grupos de nutrientes: carboidratos, lipídios, proteínas, fibras alimentares ou micronutrientes (vitaminas e minerais) e são recomendados para a suplementação da alimentação via oral e enteral ou na elaboração de fórmula nutricional enteral. Nesse grupo ainda existem os flavorizantes e os espessantes (BRASIL, 2015).

- **Fórmula infantil para lactentes:** Produto em forma líquida ou em pó destinado à alimentação de lactentes durante os primeiros seis meses de vida (5 meses e 29 dias), sob prescrição, em substituição total ou parcial do leite materno ou humano, para satisfação de suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2018).
- **Fórmula infantil de seguimento para lactentes:** Produto, em forma líquida ou em pó, utilizado quando indicado, para lactentes a partir do sexto mês de vida até doze meses de idade incompletos (11 meses e 29 dias) e para crianças de primeira infância sadias (BRASIL, 2018).
- **Receita ou Prescrição:** é um documento que define como a dieta, suplemento ou fórmula infantil deve ser fornecido ao paciente. É efetuada por profissional devidamente habilitado (BRASIL, 2000).
- **Terapia Nutricional (TN):** É indicada quando as necessidades nutricionais não podem ser alcançadas devido ao comprometimento da via de ingestão, da absorção dos nutrientes pela via habitual de alimentação e do estado nutricional. Nos cuidados em TN, a dieta pode ser administrada por meio da nutrição enteral ou parenteral (BRASIL, 2000).
- **Sonda nasogástrica:** É a passagem de uma sonda através das fossas nasais até o estômago. São apropriadas para suporte nutricional enteral de curta duração (3 - 4 semanas). Indicada para pacientes sem risco de broncoaspiração, com esvaziamento normal do conteúdo gástrico e duodenal (CIOSAK et al, 2011).
- **Sonda nasoentérica:** Nesse caso, as sondas são colocadas após o piloro. São apropriadas para suporte nutricional enteral de curta duração (3-4 semanas). Indicadas para pacientes com risco de broncoaspiração, pacientes com gastroparesia ou estase gástrica (CIOSAK et al, 2011).
- **Gastrostomia:** Sonda posicionada diretamente no estômago através da parede abdominal. É indicada para pacientes com previsão de alimentação via sonda por um período maior que 4 semanas (CIOSAK et al, 2011).
- **Jejunostomia:** Sonda posicionada diretamente no jejuno através da parede abdominal. É indicada para pacientes com previsão de alimentação via sonda por um período maior que 4 semanas, com alto risco de aspiração pulmonar, impossibilidade de utilizar a parte superior do trato gastrointestinal (CIOSAK et al, 2011).

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Propiciar embasamento teórico e científico ao Protocolo Municipal de Dispensação de fórmulas, suplementos e dietas alimentares baseada em critérios clínicos e nutricionais do Município de Piraquara – PR.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Garantir respaldo técnico às nutricionistas do município quanto às orientações dietoterápicas sem a necessidade da dispensação de fórmulas/dietas especiais;
- Assegurar respaldo técnico às nutricionistas do município quanto os critérios utilizados para a dispensação de fórmulas/dietas especiais;
- Esclarecer dúvidas da prática clínica quanto ao Protocolo de Dispensação de Dietas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CUIDADOS NUTRICIONAIS NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA

2.1.1. Primeira Infância: Lactente (29 dias a 2 anos)

Nesse período ocorrem as mais rápidas e maiores alterações no desenvolvimento da criança, especialmente na área neuropsicomotor. Pode ser representado como o desenvolvimento cefálico antecede o caudal, e o proximal antecede o distal, ou seja, os braços passam a obedecer ao controle cortical e à orientação visual, antes que as pernas (BRASIL, 2002).

2.1.2. Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade (BRASIL, 2015b).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que, até os seis meses de vida, o bebê seja alimentado exclusivamente com leite materno para ter um crescimento adequado e um desenvolvimento saudável. A amamentação é também reconhecida pelo MS como o primeiro direito da criança após o nascimento, que a recomenda até os dois anos de vida (BRASIL, 2019b).

O leite materno é fundamental para a saúde da criança pela sua disponibilidade de nutrientes e substâncias imunoativas. A amamentação favorece a relação afetiva mãe-filho e o desenvolvimento da criança, do ponto de vista cognitivo e psicomotor. Apresenta, também, a propriedade de promover o espaçamento entre gestações e de diminuir a incidência de algumas doenças na mulher (BRASIL, 2015b).

Em estudo realizado por Barbosa e colaboradores (2009), observou-se que o custo da alimentação de crianças menores de um ano, eleva-se em 3,3 vezes mais com o uso de fórmula infantil ao invés do aleitamento materno, obtendo como conclusão que a utilização de fórmula infantil não pode e nem deve ser adotada pela

maior parte da população brasileira, devido às suas limitações de renda. Os benefícios econômicos indiretos do aleitamento materno são também em relação aos gastos com as doenças mais comuns observadas em lactentes em aleitamento artificial.

O município de Piraquara por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) preconiza prioritariamente o aleitamento materno. As fórmulas infantis são disponibilizadas apenas para os casos em que foram feitas tentativas anteriores para que a mãe amamentasse e houve insucesso, além de serem avaliados critérios clínicos específicos para a sua dispensação.

2.1.3. Condições que contraindicam o Aleitamento Materno

Apesar da excelência do leite materno, existem ocasiões em que o profissional de saúde deve considerar o risco/benefício do aleitamento materno. A recomendação para interromper a amamentação na vigência de tratamento medicamentoso da nutriz é comum, apesar de, na maioria das vezes, ser possível compatibilizar o tratamento com a manutenção da amamentação (BRASIL, 2015b).

Profissionais de saúde com frequência desconhecem o grau de segurança do uso dos diversos medicamentos ou fármacos durante o período de lactação. A maioria das drogas passa para o leite materno, mas em pequenas quantidades; e mesmo quando presentes no leite, as drogas poderão ou não ser absorvidas no trato gastrointestinal do lactente. Como critério de avaliação deve ser utilizado o Manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”, do Ministério da Saúde, que analisa medicamentos, drogas e substâncias em relação à contraindicação e/ou suspensão do aleitamento materno (BRASIL, 2010d; BRASIL, 2015b).

2.1.4. Condições que contraindicam em definitivo o Aleitamento Materno

- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação.
- Infecção humana materna pelo Vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV);
- Infecção materna pelo vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2).

- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

2.1.5. Condições que contra indicam temporariamente o Aleitamento Materno

- Infecção materna pelo Citomegalovírus - Em casos de prematuros com extremo baixo peso;
- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Infecção materna pelo vírus da varicela;
- Infecção materna pelo vírus da Hepatite C – no caso de lesão na mama
- Vacina contra febre-amarela em mães de crianças menores de 6 meses, ou que sejam submetidas a algum exame com radiofármacos recomenda-se a interrupção temporária.
- Infecção materna pelo *Trypanossoma Cruzi* – Doença de Chagas - apenas na fase aguda da doença.
- Tuberculose pulmonar - recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório.
- Hanseníase – quando a mãe não tem tratamento.
- Consumo de drogas de abuso: Mães usuárias regulares de álcool ou drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, anfetamina, ecstasy e outras) não devem amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso dessas substâncias. A contraindicação deve ser avaliada de acordo com o Manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias”. Em caso de uso de substâncias concomitantemente ao aleitamento materno, pode-se recomendar sua interrupção, conforme Quadro 01:

Quadro 01 - Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina, ecstasy	24-36 horas

Barbitúricos	48 horas
Cocaína, crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose ou até estar sóbria
Heroína, morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	1-2 semanas

FONTE: BRASIL, 2015b

Obs: A pasteurização realizada no Banco de Leite Humano assegura a inativação térmica do vírus, bactérias e microorganismos patogênicos (BRASIL, 2008).

2.1.6 Condições maternas não infecciosas que contra indicam o Aleitamento Materno:

- Mães em quimioterapia/radioterapia – as mulheres em tratamento quimioterápico/radioterápico eliminam substâncias radioativas pelo leite materno durante e por um período após essa terapia. Por esse motivo, essas mulheres devem ser orientadas para não amamentar seus filhos. Observação: existem casos que permitem o reinício da amamentação. Seguir a orientação do especialista.
- Nos casos de exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados (por exemplo: chumbo, mercúrio etc.) – as mulheres que apresentam níveis circulantes superiores aos aceitáveis não podem amamentar, em virtude dos riscos de passar pelo leite materno esses metais para a criança. Seguir a orientação do especialista.
- Uso de medicamentos, drogas e metabólitos – as mães que fazem uso de medicamentos devem seguir a orientação de seu médico assistente (BRASÍLIA, 2005).

2.2 RECÉM-NASCIDO PREMATURO E BAIXO PESO

Segundo o Manual de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru, do Ministério da Saúde de 2013 – o leite materno é um alimento completo e tem defesas adequadas ao bebê **premature**, protegendo-o contra infecções, desnutrição, alergias e outras doenças. Além disso, o ato de amamentar propicia contato direto entre a mãe e o bebê, sendo mais uma oportunidade para favorecer o estabelecimento de vínculos afetivos, indispensáveis ao desenvolvimento físico, emocional e social ao longo de toda a infância.

O bebê mais imaturo (com menos de 8 meses de gestação e peso menor que 1700g), não consegue coordenar a sucção-deglutição-respiração, portanto, apresenta risco de aspiração. Além disso, sugar pode levar a um gasto excessivo de energia, facilitando a perda de peso. Por isso, ele precisa se alimentar por meio de sonda gástrica (BRASIL, 2013b).

Inicialmente, se houver muita dificuldade em sugar, a mãe deve ordenhar o seu leite e oferecer a ele em um copinho. O bebê tomará facilmente, sendo possível logo sugar o peito (a mãe sempre deve oferecer o peito antes do copinho para ver se ele consegue sugar). Não é recomendado oferecer leite em mamadeira, pois o bebê se acostuma ao bico que lhe é oferecido o maior número de vezes (BRASIL, 2013b).

De acordo com o Ministério da Saúde, há evidências de que o aleitamento materno é a estratégia isolada de maior impacto na mortalidade na infância, com capacidade de reduzir as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis em todo o mundo (BRASIL, 2015b).

Nos últimos anos chegou-se ao consenso de que o leite da própria mãe é a melhor opção para o recém-nascido pré-termo. Está claro que o leite humano é precisamente elaborado para humanos. É um fluido dinâmico, mudando sua composição durante o dia e no curso da lactação, provendo à criança os nutrientes específicos para a idade (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2019b).

O leite humano provê ao recém-nascido não apenas os nutrientes para o crescimento, mas uma gama de componentes bioativos moduladores do desenvolvimento neonatal. Os ajustes que o recém-nascido pré-termo precisa fazer para adaptar-se subitamente à vida extra-uterina fazem com que ele precise imensamente do leite de sua mãe, muito mais que o recém-nascido a termo. É importante enfatizar que o leite produzido por uma mãe de pré-termo difere em sua composição durante o período inicial da lactação (quatro a seis semanas) do leite de

mãe de recém-nascido a termo, e é muito mais adequado para as necessidades dos RN pré-termo (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015b).

2.3 ALERGIAS E INTOLERÂNCIAS ALIMENTARES

Reações Adversas a Alimentos (RAA) é o termo utilizado para as reações que ocorrem após ingestão de determinado alimento, sendo classificada por reação mediada pelo sistema imunológico ou aquelas não imunomediadas. As reações não imunomediadas serão desencadeadas a partir da ingestão de alguma substância, das propriedades farmacológicas presentes nos alimentos, fermentação e efeito osmótico com a ingestão de carboidratos ingeridos e não absorvidos, como por exemplo, a intolerância à lactose. As reações adversas aos aditivos alimentares são raras, sendo os aditivos mais relacionados às reações adversas os sulfitos, o glutamato monossódico, a tartrazina e o vermelho carmim (SOLÉ, 2012; SOLÉ et al., 2018).

Alergias Alimentares (AA) são reações irregulares decorrentes de uma reação medida pelo sistema imunológico após ingestão e/ou contato com certo alimento, podendo ser mediado por anticorpos IgE, não IgE mediado ou ambos (reação mista). Nas reações mediadas por IgE ocorre a formação de anticorpos da classe IgE que se fixam a receptores de mastócitos e basófilos que são liberados após exposição subsequente ao alérgeno, que irão induzir manifestações clínicas de hipersensibilidade imediata que geralmente ocorrem em até 2 horas após a exposição, como por exemplo reações cutâneas, gastrointestinais, respiratórias e sistêmicas. As reações não IgE mediadas são caracterizadas pela hipersensibilidade mediada por células, tendo seus sintomas após contato com o alérgeno tardiamente. Já nas reações mistas estão incluídas manifestações de mecanismos mediados por IgE associada por linfócitos T e citocinas pró-inflamatórias (SOLÉ et al., 2018). O Quadro 02 resume a sintomatologia encontrada nas AA.

Quadro 02 - Classificação e manifestações clínicas das AA.

Tipos de Reações	Mecanismos Envolvidos	Manifestações Clínicas	Tempo das Reações
-------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------

IgE mediadas	Mastócitos, basófilos, mediadores vasoativos, citocinas – IgE.	Reações Cutâneas: urticária, angioedema; Gastrintestinais: edema e prurido de lábios, língua ou palato, vômitos e diarreia; Respiratórias: broncoespasmo, coriza e Reações Sistêmicas: anafilaxia e choque anafilático.	Imediatas e até 2 horas após a exposição à proteína alergênica.
Não IgE mediadas	Linfócitos T.	Proctite, Enteropatia induzida por proteína alimentar e Enterocolite induzida por proteína alimentar.	Tardio: os sintomas podem ocorrer desde 2 horas até vários dias depois.
Reação mista (IgE mediada e não IgE mediada)	IgE, linfócitos T, citocinas pró inflamatórias.	Dermatite Atópica, Asma, Esofagite Eosinofílica, Gastroenterite Eosinofílica.	Imediatos e tardios.

FONTE: SOLÉ et al.,2018.

A prevalência de AA no mundo depende de diversos fatores a serem considerados em cada população, como por exemplo, idade, características específicas da população avaliada, mecanismo imunológico envolvido, método diagnóstico, entre outros. As AA são mais prevalentes em crianças e estima-se que a prevalência seja de aproximadamente 6% em menores de 3 anos e de 3,5% em adultos. No Brasil os dados referentes à prevalência são escassos e limitados a grupos populacionais, sendo necessário mais estudos acerca do tema (SOLÉ, 2018).

2.3.1. Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)

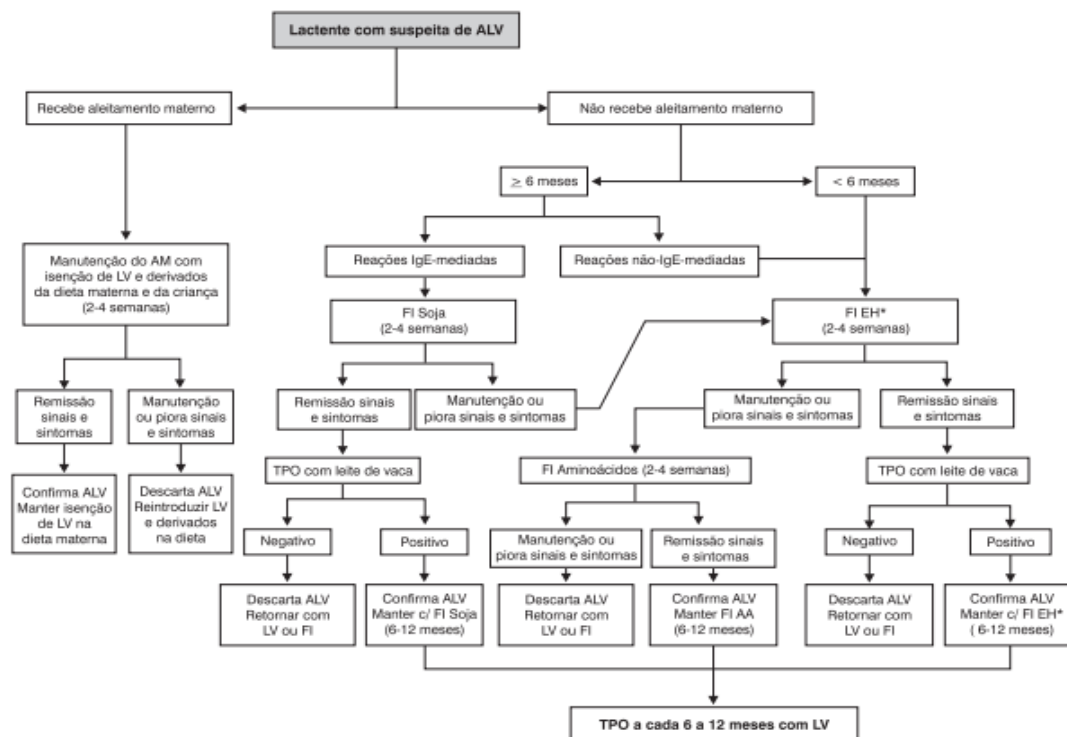
A Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV) é a mais frequente das AA, comum nas crianças até vinte e quatro meses e é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite de vaca, principalmente à caseína e às proteínas do soro do leite (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina). É muito raro o seu diagnóstico em indivíduos acima de dois anos, considerando que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca. No entanto, para a alergia persistente, a indução da tolerância oral pode ser uma opção de tratamento para alguns casos, em especial, quando há risco de ingestão acidental e ocorrência de reações graves. Crianças com APLV menores de um ano não amamentadas, que ainda não podem ou não aceitam bem a alimentação complementar, devem receber fórmulas

especiais para suprir suas necessidades nutricionais total ou parcialmente (SOLÉ, 2012; FNDE, 2016).

No entanto, quando os sintomas de APLV se manifestam em crianças amamentadas exclusivamente ao seio materno (0,5% dos casos) a criança deve manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, devendo a mãe (nutriz) eliminar o leite de vaca e seus derivados de sua dieta (CONITEC, 2017).

A suspeita de APLV inicia-se com a história clínica de exposição à proteína do leite de vaca e aparecimento de sintomas de alergia. O primeiro passo para a confirmação do diagnóstico é orientar dieta de exclusão de leite e derivados para crianças alimentadas com fórmulas e também orientar exclusão de leite e derivados da dieta de mães de crianças em aleitamento materno. O tempo de exclusão é de no mínimo 2 semanas e de no máximo 4 semanas sendo determinado a partir das reações conforme fluxograma de diagnóstico e tratamento da APLV em crianças a seguir, adaptado por SOLÉ, 2012 a partir do *World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines*, 2010 e *Diagnostic Approach and Management of Cow's-Milk Protein Allergy in Infants and Children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines*, 2012 (SOLÉ, 2012). A Figura 01 mostra o Fluxograma de diagnóstico e tratamento da alergia ao leite de vaca em lactentes

Figura 01 - Fluxograma de diagnóstico e tratamento da alergia ao leite de vaca em lactentes



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

FONTE: SOLÉ, et al., 2012

A APLV está fortemente associada à história de atopia, baixos índices de aleitamento materno, introdução precoce do leite de vaca, infecções do trato gastrointestinal em idade precoce (doença diarreica aguda e persistente) e fatores ambientais (aeroalérgenos). Em países desenvolvidos, a suspeita de APLV ocorre em torno de 1 a 17% das crianças a partir dos sintomas clínicos, entretanto após a investigação diagnóstica, a prevalência de crianças com até dois anos de idade com APLV varia de 0,3% a 7,5%, sendo que apenas 0,5% estão em aleitamento materno (CONITEC, 2017). Entretanto, ao utilizar o critério de autorrelato, há uma variação entre a incidência de APLV de 5% e 15% (SOLÉ, 2012). É de extrema importância o correto diagnóstico para evitar a exposição da criança a restrições alimentares desnecessárias e desgaste da família.

O tratamento específico da criança com APLV não amamentada, baseia-se na exclusão da PLV da alimentação da criança pelo tempo necessário para adquirir tolerância ao leite de vaca (SOLÉ, 2018). Neste contexto, há indicação de uso de fórmulas infantis, recomendada até os dois anos, ou, no mínimo, até 12 meses. São orientadas as fórmulas à base de proteína isolada de soja; fórmulas à base de

proteínas extensamente hidrolisadas e fórmulas ou dietas à base de aminoácidos. As fórmulas à base de proteína isolada de soja não são recomendadas como primeira opção para crianças com idade inferior a seis meses, pois alguns estudos relacionaram a antecipação da menarca em meninas que utilizaram fórmula de soja antes dos quatro meses de idade (SOLÉ, et al., 2012).

As fórmulas infantis à base de proteína extensamente hidrolisadas são preconizadas como a primeira opção para lactentes com idade inferior a seis meses ou em situações de má evolução com fórmulas à base de proteínas de soja em maiores de seis meses. Já as fórmulas infantis à base de aminoácidos só serão recomendadas como primeira opção em lactentes com alto risco de reações anafiláticas ou em casos nos quais não houve redução dos sintomas utilizando as fórmulas infantis extensamente hidrolisadas (SOLÉ, et al., 2012).

O Teste de Provocação Oral (TPO) é comumente inserido na prática clínica, representando um método bastante confiável e seguro no diagnóstico da alergia alimentar. O método consiste em ofertar progressivamente possíveis alimentos capazes de desencadear o quadro alérgico, em intervalos regulares, a fim de monitorar as reações clínicas apresentadas pelo paciente submetido, posteriormente ao período de exclusão, indispensável para o desaparecimento dos sintomas. Em casos de persistência dos sintomas após o período inicial em dieta de exclusão, é contraindicada qualquer eliminação, devendo o diagnóstico de APLV ser revisto. Imprescindível salientar que, todo esse processo deve, necessariamente, ser acompanhado por um médico. Portanto, o TPO é um instrumento fundamental para o diagnóstico de APLV nos processos mediados ou não por IgE, sendo também utilizado para verificar o estado de tolerância à Proteína de Leite de Vaca durante o crescimento da criança, já que tenta reproduzir em ambiente seguro para o paciente as reações e sintomas clínicos descritas pela família. O TPO aberto, modalidade em que paciente/família e médico ficam cientes dos testes que serão realizados, é bastante utilizado clinicamente, podendo confirmar reações IgE e não IgE mediadas (SOLÉ, 2018).

2.3.1.1 Conduta preconizada de acordo com a faixa etária

A conduta preconizada para portadores de APLV está descrita no Quadro 03:

Quadro 03: Condutas preconizadas de acordo com a faixa etária

Crianças em AME	Crianças alimentadas com fórmula à base de LV ou alimentadas com leite de vaca integral de 0 a 6 meses	Crianças alimentadas com fórmula à base de LV ou alimentadas com leite de vaca integral de 6 a 12 meses	Crianças alimentadas com fórmula à base de LV ou alimentadas com leite de vaca integral de 12 a 36 meses
Estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar dieta materna com restrição total de leite de vaca e derivados.	Com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada, ou, se for necessário, à base de aminoácidos livres.	Sem comprometimento intestinal: fórmula de proteína isolada de soja; Com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada, ou, se for necessário, à base de aminoácidos livres.	Sem comprometimento intestinal e eutróficas: bebida à base de soja associada à refeição de sal; Com comprometimento intestinal: fórmula extensamente hidrolisada, ou, se for necessário, à base de aminoácidos livres.

Fonte: BRASIL, 2017.

As crianças que estão em tratamento com fórmula específica acima de 12 semanas e que respondem clinicamente a terapêutica deverão ser submetidas ao teste de provocação. Caso não mais desenvolvam os sintomas de APLV, deverá ser orientada à dieta com a qual se obteve sucesso terapêutico. Além disso, crianças que, mesmo na vigência de fórmulas específicas para o tratamento de APLV, não responderem favoravelmente em três meses, serão diagnosticadas como não portadoras de alergia ao leite de vaca e o tratamento será suspenso.

2.3.2 Intolerância à lactose

A Intolerância à Lactose (IL) é a incapacidade de digestão do carboidrato lactose presente no leite devido à deficiência ou ausência de uma enzima intestinal denominada lactase, que é responsável pela hidrólise da lactose em glicose e

galactose. Os sintomas mais comuns de IL são náusea, dor abdominal, diarreia e distensão abdominal. Suas principais causas são deficiência congênita da enzima: a criança nasce com um defeito genético que impossibilita a produção da lactase; diminuição na produção da lactase em consequência de doenças intestinais e deficiência primária: ocorre diminuição da produção da lactase como consequência do envelhecimento, sendo mais evidente em algumas raças como a negra (até 80% dos adultos têm deficiência) e menos comum em outras, como a branca (20% dos adultos) (Ministério da Saúde, 2018). Para o controle da IL inclui-se a restrição do consumo de leite e seus derivados ou que esses alimentos contenham a enzima lactase em sua composição, e também a ingestão da enzima lactase.

A adequação da dieta para que esta atinja as necessidades nutricionais recomendadas para a idade do paciente deve ser realizada atentamente, já que outros alimentos deverão suprir o aporte de proteínas, cálcio e vitamina D, cuja fonte alimentar principal para as crianças é o leite de vaca e seus derivados. O cálcio durante a infância é a principal forma de prevenção da osteoporose, sua restrição dietética por conta do leite de vaca e seus derivados pode provocar alterações que poderão perdurar e se manifestar na vida adulta quando não houver uma indicação bem estabelecida, seguida de uma avaliação e orientação individual adequada para as necessidades de cada paciente. É essencial que não sejam adquiridas condutas restritivas desnecessárias com relação à ingestão do leite de vaca e seus derivados na dieta de crianças e seja indicado o consumo de alimentos alternativos fontes de proteínas, cálcio e vitamina D para suprir suas necessidades (BRASIL, 2018; SILVA, C. M. E., 2017) O Quadro 04 apresenta as principais diferenças da intolerância a lactose e da alergia a proteína do leite de vaca.

Quadro 04 - Diferença entre APLV X Intolerância à lactose

	Alergia à Proteína do Leite de Vaca	Intolerância à Lactose
Componentes envolvidos	Proteínas	Carboidrato
Mecanismos imunológicos	Sim	Não
Atravessa barreira mucosa	Sim (alérgenos)	Não
Clínica	Anemia, emagrecimento, déficit de crescimento, irritabilidade, recusa alimentar, dor (cólica), náuseas, vômitos, diarreia, sangue nas fezes.	Distensão abdominal, dor (cólica), diarreia, dermatite perineal, vômitos, acidose metabólica.

FONTE: Ministério da Saúde, 2018

2.4. ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

2.4.1. Alimentação para crianças não amamentadas até 2 anos

Existem casos em que, apesar da orientação quanto ao aleitamento materno, a família fornece leite de vaca integral e/ou leite artificial. Embora não se recomende a oferta de leite de vaca antes dos 9 meses de idade da criança, a falta de recursos financeiros para aquisição da fórmula infantil faz com que a família forneça leite de vaca fluido. Dito isso, o profissional da saúde que se deparar com casos como esse deverá orientar a diluição do leite de vaca para crianças menores de 4 meses, já para as crianças maiores de 4 meses, deve-se avaliar se a criança poderá iniciar a alimentação complementar (Quadro 5 e Quadro 6). Para correção da deficiência de ácido linoleico com óleo nos primeiros quatro meses e suplementação de vitamina C e ferro, conforme o Quadro 05 (BRASIL, 2019b).

Quadro 05 - Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas

Reconstituição do leite em pó integral:
1 colher das de sobremesa rasa para 100ml de água fervida. 1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150ml de água fervida. 2 colheres das de sobremesa rasas para 200ml de água fervida. Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.
Diluição do leite integral fluido:
2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida 70ml de leite + 30ml de água = 100ml 100ml de leite + 50ml de água = 150ml 130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 23, 2015

A amamentação deve ser protegida, por isso a orientação sobre o preparo de leites artificiais nunca deve ser coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar sobre o preparo de leites artificiais (por exemplo, mães HIV positivo) esta orientação deve ser feita de maneira individualizada e por profissional qualificado (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2019b). Ao completar 6 meses recomenda-se o início da introdução dos alimentos, mas junto aos novos alimentos deve-se manter a oferta da amamentação ou da fórmula infantil, conforme mostra o Quadro 06:

Quadro 06 – Esquema alimentar para crianças menores de 2 anos que recebem fórmula infantil

Aos 6 meses de idade	Entre 7 e 8 meses de idade	Entre 9 e 11 meses de idade	Entre 1 e 2 anos de idade
Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos
Fruta	Fruta	Fruta	Fruta
Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
Fórmula infantil e fruta	Fórmula infantil e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos
Fórmula infantil	Jantar	Jantar	Jantar
Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

FONTE: BRASIL, 2019.

Obs. 1 – Quando a criança recebe fórmula infantil, não há necessidade de suplementação com ferro e vitaminas, porque esta já é enriquecida. Fórmulas infantis são leites industrializados próprios para o lactente.

Obs. 2 - Almoço e Jantar - É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos, 1 alimento do grupo dos feijões, 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras, 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.

Obs. 3 – A água deve ser oferecida a partir dos 6 meses e a partir dos 9 meses a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral.

O Protocolo de Fórmulas Infantis e Dietas especiais do Município de Piraquara foi estabelecido a partir de critérios de saúde. Se as mães/famílias optarem pela oferta de fórmulas infantis mesmo quando não há comprometimento da amamentação, primeiramente serão encorajadas a manter a amamentação, mas caso escolha por não amamentar, elas não serão incluídas no programa por não ser critério de saúde, mas de escolha pessoal.

As crianças que não possuem critérios de saúde para receber fórmula infantil pelo município de Piraquara e as mães que optam pela escolha de não amamentar serão orientadas quanto ao uso da fórmula infantil adequada para idade da criança, conforme Quadros 07 e 08.

Quadro 07 – Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida para crianças que não podem ser amamentadas

Idade	Volume da refeição	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60ml – 120ml	6 a 8
30 a 60 dias	120ml – 150ml	6 a 8
2 a 3 meses	150ml - 180ml	5 a 6
3 a 4 meses	180ml - 200ml	4 a 5
>4 meses	180ml – 200ml	3 a 4

FONTE: BRASIL, 2010; 2019.

Quadro 08 – Esquema alimentar para crianças menores de 2 anos que recebem leite de vaca

a 4 meses de idade	Entre 5 e 11 meses de idade	Entre 1 e 2 anos de idade
Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos
Fruta	Fruta	Fruta
Almoço	Almoço	Almoço
Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos
Leite de vaca integral	Jantar	Jantar
Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

FONTE: BRASIL, 2019.

Obs. 1 – Se a criança estiver recebendo preparação com leite de vaca integral em pó ou fluido, seguir o seguinte esquema: com 2 meses – suplementação com vitamina C (30mg/dia) – suco de fruta ou suplemento medicamentoso; na idade de 2 a 3 meses – suplementação com ferro (1 a 2 ml por kg de peso/dia) até que a alimentação complementar seja introduzida e supra as necessidades destes minerais.

Obs. 2 - Após 4 meses - não é preciso diluir o leite de vaca integral líquido e o leite em pó pode ser preparado de acordo com o recomendado no rótulo.

Obs. 3 - Almoço e Jantar - É recomendado que o prato da criança tenha: 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos, 1 alimento do grupo dos feijões, 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras, 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.

Obs. 4 – A água deve ser oferecida a partir dos 4 meses.

Obs. 5 – A partir do 5º mês a quantidade total de leite oferecida não deve passar de 500mL por dia, pois quantidades superiores podem trazer risco para a saúde da criança, como a anemia.

É importante que o profissional de saúde saiba orientar as famílias sobre os produtos chamados “compostos lácteos” que não devem ser confundidos com fórmulas infantis ou com leite de vaca integral. Eles são produzidos com uma mistura de leite (no mínimo 51%) e outros ingredientes lácteos ou não lácteos e costumam conter açúcar e aditivos alimentares e não devem ser oferecidos a crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2019b).

2.5. CUIDADOS NUTRICIONAIS COM AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, é considerado criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade, salvo os casos expressos em lei (BRASIL, 2019).

É considerada primeira infância o período de 0 a 2 anos, segunda infância ou idade pré-escolar compreende o período de 2 aos 6 anos, infância ou idade escolar dos 6 aos 12 anos e o período da adolescência é caracterizado pela idade de 12 aos 18 anos (BRASIL, 2002).

Nos primeiros anos de vida, assim como em todas as etapas da vida, a alimentação ocupa um papel fundamental, que irá repercutir no desenvolvimento e

crescimento, para a manutenção da saúde, além da formação de hábitos. Somente uma em cada três crianças continua recebendo o leite materno até os dois anos de idade. Ademais, as crianças estão sendo expostas muito cedo a alimentos ultraprocessados, que podem prejudicar a saúde. Essa associação de uma alimentação de baixa qualidade e o desmame precoce pode causar diversas formas de má nutrição, influenciando no desenvolvimento infantil. A cada ano, a parcela da população infantil que já apresenta excesso de peso (sobrepeso e obesidade) aumenta em decorrência de mudanças intensas no modo de vida da sociedade e das práticas alimentares, fazendo-se necessário que haja uma proteção a essas crianças, evitando o ganho de peso desnecessário, acarretando no desenvolvimento de doenças crônicas, relacionadas à obesidade, na vida adulta (BRASIL, 2019).

Em contrapartida, ainda existem casos de desnutrição, anemia, e deficiência de vitamina A em grupos que apresentam dificuldades de adquirir ou produzir seus alimentos, relacionadas às condições socioeconômicas, ou por escolhas alimentares inadequadas (BRASIL, 2019).

Por volta de 821 milhões de pessoas ainda passam fome no mundo (FAO, 2018) e no Brasil, encontramos cerca de dez por cento (10%) de desnutrição infantil, principalmente nas áreas de periferia das grandes cidades, prejudicando o crescimento linear de inúmeras crianças (FAO, 2018; FERREIRA & LUCIANO, 2010; BLACK et al, 2008). A anemia por sua vez apresenta no Brasil alta prevalência, além de sua estreita relação com o desenvolvimento das crianças, acometendo principalmente gestantes e crianças menores de 2 anos (WHO, 2008; BRASIL, 2009). Já a Hipovitaminose A (Deficiência de Vitamina A) é tida com um problema de saúde pública, principalmente na Região Nordeste e em alguns locais da Região Norte e Região Sudeste.

A avaliação nutricional é reconhecida como o melhor parâmetro na identificação das condições nutricionais das crianças e dos adolescentes, por meio dela, é possível fazer anamnese alimentar, identificar a história pregressa e atual, avaliar a criança por meio do exame físico, verificar as medidas corporais, através da antropometria, além de determinar as necessidades nutricionais e intervir mediante educação nutricional (MARTINS, 2008).

A antropometria é o melhor método de avaliação do complexo crescimento corporal de crianças e adolescentes. As medidas mais utilizadas são peso e estatura, pois propiciam uma avaliação fácil e rápida. Entretanto, os segmentos

corporais perímetro cefálico e de cintura, deve ser utilizados, pois permitem, juntamente com os anteriores, a caracterização do estado nutricional através dos índices antropométricos: Peso/Idade, Comprimento/Idade, Perímetro Cefálico/Idade, Estatura/Idade e IMC/Idade.

2.6. CUIDADOS NUTRICIONAIS COM ADULTOS

A idade adulta abrange um intervalo cronológico muito amplo e é composta por diversos fatores, sejam fisiológicos, desenvolvimentos e/ou sociais. O estilo de vida (incluindo a prática de atividade física), determinam a base da saúde e do bem-estar de uma pessoa. A fase adulta oferece diversas oportunidades para avaliar o estado de saúde, aprimorar fatores positivos e alterar fatores negativos que afetem a qualidade de vida. Adultos que focam no bem-podem influenciar também aqueles que estão ao seu redor.

Apesar disso, mesmo quando enfatizam o bem-estar e na prevenção, diversos fatores de risco podem influenciar a morbimortalidade (MAHAN, ESCOTT-STUMP & RAYMOND, 2017).

A ampliação populacional, o aumento do número de pessoas com doenças crônicas e outros agravos à saúde, o crescimento das vítimas de acidentes de trânsito e de situações de violência podem gerar consequências clínicas que acometem também o trato gastrointestinal do indivíduo, como por exemplo, alterações relacionadas à deglutição e/ou integridade do esôfago, estômago e intestinos, além dos órgãos que auxiliam no processo da digestão e absorção dos alimentos. Em muitos desses casos faz-se necessário uma via alternativa para a alimentação, bem como atenção especial dedicada à ela (BRASIL, 2015).

Por meio da investigação da ingestão alimentar, hábitos, padrões alimentares, estilo de vida relacionados à nutrição, o profissional nutricionista é capaz de identificar desequilíbrios de nutrientes, razões de problemas alimentares e nutricionais existentes e assim definir o diagnóstico nutricional e intervenção subsequente (ADA, 2008; REINHARD, 2009; KATHLEEN, 2005).

A antropometria fornece dados importantes para a avaliação e acompanhamento do estado nutricional dos indivíduos a fim de que, em conjunto com outros parâmetros, o diagnóstico nutricional seja estabelecido. As medidas antropométricas englobam aferição do peso, estatura (comprimento), cálculo do

índice de massa corporal (IMC), além da aferição de perímetros corporais e pregas cutâneas (DIAS, HORIE e WAITZBERG, 2009). As pregas cutâneas e os perímetros são utilizados para avaliação de adequação do estado nutricional, sobretudo em indivíduos acamados, pois nesses casos a possibilidade de aferição de peso e altura pode estar comprometida (BRASIL, 2015). Para a aferição da estatura e peso estimados em indivíduos acamados pode-se utilizar a altura do joelho (AJ) (CHUMLEA, ROCHE, STEINBAUGH, 1985; HEYMSFIELD, 2003; DIAS, HORIE, WAITZBERG, 2009).

Para o complemento das medidas corporais e determinação do diagnóstico nutricional, utiliza-se as pregas cutâneas e os perímetros corporais. Faz-se necessária a adequação dos valores obtidos e compará-los a outros pré-estabelecidos. Os perímetros e as pregas cutâneas são: Perímetro do Braço (PB), Perímetro da panturrilha (PP), Perímetro Muscular do Braço (PMB), Prega cutânea Tricipital (PCT) e Prega Cutânea Subescapular (PCS) (BRASIL, 2011).

Uma vez definido o diagnóstico nutricional, é preciso definir a terapia nutricional em conjunto com as recomendações nutricionais. As equações mais utilizadas para indivíduos adultos doentes são a de Harris-Benedict (1919) para estimar o gasto energético em repouso, multiplicado pelo fator estresse (VOLKERT et. al., 2006), e a regra de bolso, quilocalorias por quilograma de peso (NATIONAL ADVISORY GROUP ON STANDARDS AND PRACTICE GUIDELINES FOR PARENTERAL NUTRITION, 1998). Para indivíduos enfermos e em condições especiais, as necessidades nutricionais aumentam. As recomendações de proteína variam de acordo com o grau de estresse metabólico (NATIONAL ADVISORY GROUP ON STANDARDS AND PRACTICE GUIDELINES FOR PARENTERAL NUTRITION, 1998).

2.7. CUIDADOS NUTRICIONAIS COM IDOSOS

O envelhecimento das populações já é bem reconhecido. Enquanto que em países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu lentamente e acompanhado de melhorias na qualidade de vida, nos países em desenvolvimento essa transição tem ocorrido de forma rápida (WHO, 2015). No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente com aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes (WILLIS, H. 2017). Dados atuais

apontam para uma prevalência de desnutrição em idosos domiciliados entre 1% a 15%, para idosos em internamento hospitalar entre 35% e 65% e para os idosos institucionalizados detecta-se desnutrição em 25% a 60% (WAITZBERG, et al. 2001)

O envelhecimento é acompanhado por mudanças fisiológicas que podem apresentar impacto negativo no estado nutricional. As alterações na percepção de diferentes sabores frequentemente levam à redução da ingestão de alimentos. Outros fatores que comprometem o estado nutricional dos idosos são as próteses mal ajustadas, a diminuição da acuidade visual, alterações auditivas, instabilidade postural, quedas, incontinência urinária e fecal e a incapacidade cognitiva. Associado a essas alterações, o isolamento, a solidão, depressão e o baixo poder aquisitivo também podem apresentar impacto negativo na qualidade da alimentação, aumentando o risco para desnutrição (WHO, 2015). Essas mudanças podem levar a perda de massa muscular e óssea aumentando o risco de condições como sarcopenia e fragilidade. O distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a desnutrição energético-proteica (DEP), que está associada à suscetibilidade às infecções, à redução da qualidade de vida e ao aumento da mortalidade. A avaliação nutricional criteriosa é necessária para o correto diagnóstico e posterior intervenção dietoterápica (FLORENTINO et al., 2015).

Para avaliar o estado nutricional dos idosos, foi criado um instrumento chamado Mini Avaliação Nutricional (MAN) (anexo 9), utilizado principalmente em hospitais, mas também pode ser utilizado para pacientes institucionalizados e com demência (VOLKERT, et al. 2015). Este instrumento traz pontuações que nos permite identificar idosos com estado nutricional adequado, em risco de desnutrição ou desnutrição. A triagem nutricional é o primeiro passo para traçar o planejamento nutricional adequado para o paciente idoso. O idoso deve ser triado trimestralmente, semestralmente ou anualmente, dependendo da condição clínica e alimentar do indivíduo (VOLKERT, et al. 2015). Como forma de avaliar e identificar a vulnerabilidade do idoso, utiliza-se o índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 - IVCF-20 (anexo 10) (MAIA et. al., 2020). O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídos em oito seções: idade (1 questão), auto-percepções da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão) (Imagem 2). Cada seção tem

pontuação específica que somam um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES et. al., 2016).

Em relação a antropometria utiliza-se as seguintes medidas: Índice de massa corpórea (IMC, kg/m²), circunferência do braço (CB, cm), prega cutânea do tríceps (PCT, mm), circunferência muscular do braço (CMB, cm) e circunferência da panturrilha (CP, cm). Os pontos de corte de IMC para idosos segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) são: ≤ 22 kg/m² (baixo peso); > 22 e < 27 kg/m² (eutrofia) e ≥ 27 kg/m² (excesso de peso) (BRASIL, 2008). Além disso, valores de CP ≤ 34 cm para homens e ≤ 33 cm para mulheres, indicam redução da massa muscular (KUCZMARSKI, et al. 2000). Desta forma, a nutrição é um importante componente para manter a saúde e o bem-estar dos idosos. Se for inadequada contribui para a progressão de várias doenças e aumenta a progressão da sarcopenia e da síndrome da fragilidade. A necessidade energética de idosos deve ser de 30 a 35 Kcal por kg de peso corporal ao dia e a protéica varia de 1,0 a 1,5g por dia (BAUER, et al. 2013). A quantidade de fibra deve ser em torno de 25g por dia, entretanto, essa necessidade deve ser ajustada individualmente de acordo com o estado nutricional, nível de atividade física e a demanda metabólica relacionada à doença (VOLKERT, et al. 2015).

2.8. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

A Terapia Nutricional é o conjunto de procedimentos terapêuticos necessários para a manutenção do estado nutricional do indivíduo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; BRASIL, 2012). Neste sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito realizar a melhoria das condições de alimentação e nutrição da população brasileira por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, da vigilância alimentar e nutricional, da prevenção e do cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012). A Política aponta ainda, como demandas para a Atenção Nutricional do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado aos indivíduos que apresentem necessidades alimentares especiais. As necessidades alimentares especiais são definidas na PNAN como:

“As necessidades alimentares sejam elas restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alterações metabólicas ou fisiológicas que causem mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).” (BRASIL, 2012).

Podem ser consideradas necessidades alimentares especiais os indivíduos acometidos por erros inatos do metabolismo, intolerâncias e alergias alimentares, doença celíaca, HIV/AIDS, diabetes, câncer, nefropatias, aqueles em recuperação pós-cirúrgica, crianças prematuras e outras situações. Acrescenta-se a estas condições o aumento da população idosa, aumento do número de pessoas com doenças crônicas, crescimento do número de vítimas de acidentes de trânsito e situações de violência. Todas estas situações podem ter consequências clínicas relacionadas à deglutição e/ou à integridade do trato gastrointestinal. Em muitos desses casos é necessária uma via de alimentação alternativa para que a alimentação possa se tornar possível ao indivíduo (BRASIL, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN, 2021), a nutrição enteral é indicada na impossibilidade de alimentação pela via oral e na presença de trato gastrointestinal funcionante, sendo obrigatória a presença de estabilidade hemodinâmica para início da terapia.

Sabe-se que historicamente a terapia nutricional é reconhecida como uma atividade hospitalar. Indivíduos hospitalizados, na sua maioria, encontram-se em condição aguda que muitas vezes demanda o uso de tecnologias de maior densidade tecnológica. A alta ocorre com a evolução do quadro clínico e se este paciente estiver em condições clínicas de receber o acompanhamento no ambulatório ou domicílio, sendo utilizados cuidados de saúde de menor densidade tecnológica. No entanto, a alta hospitalar nem sempre ocorre quando há recuperação total do estado nutricional ou da capacidade plena de se alimentar e realizar a utilização biológica dos nutrientes. Nestes casos a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito da Atenção Básica (AB) no SUS tem como finalidade proporcionar os cuidados em saúde com agilidade e rapidez a partir da alta hospitalar, por meio do cuidado continuado no domicílio. Além disso, visa minimizar as intercorrências clínicas a partir da manutenção do cuidado sistemático das equipes, diminuir os riscos de infecções, oferecer suporte emocional necessário para pacientes em estado graves ou terminal e seus familiares, instituir o papel do cuidador junto aos

profissionais de saúde e propor autonomia no cuidado fora do hospital (BRASIL, 2012b).

De acordo com Giacomozzi e Lacerda (2006), a Atenção Domiciliar é considerada um componente do continuum dos cuidados à saúde, uma vez que os serviços oferecidos aos indivíduos e suas famílias em suas residências tem o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças.

Para atingir estes objetivos, os profissionais de saúde da Atenção Básica deverão estar atentos para realizar a avaliação, diagnóstico e acompanhamento nutricional destes indivíduos e suas famílias.

A avaliação nutricional é parte fundamental na terapia nutricional, pois permite identificar possíveis alterações do estado nutricional dos indivíduos e assim, realizar o acompanhamento de sua evolução. A partir dela é feita a intervenção dietética adequada às necessidades nutricionais. Tais necessidades nutricionais variam de acordo com a fase do curso de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) e de acordo com a condição de saúde associada (BRASIL, 2015).

Para verificar tais questões, a avaliação contempla métodos objetivos e subjetivos, incluindo elementos da história global (história clínica/cirúrgica, história socioeconômica e história dietética), antropométrica (peso, estatura e perímetros corporais e pregas cutâneas), exames laboratoriais e exames físicos do indivíduo (BRASIL, 2015). Os métodos de avaliação estão descritos nos pontos acima referentes a cada fase do ciclo de vida.

Recomenda-se que a TN seja baseada na avaliação da ingestão diária, com a utilização do Recordatório Alimentar 24 horas ou Diário Alimentar de três dias (FISBERG, MARTINI, SLATER, 2005). Por meio destes métodos pode-se verificar as necessidades previamente estimadas e a partir delas realizar a prescrição dietética adequada (BRASIL, 2015).

A Terapia Nutricional é indicada quando as necessidades nutricionais não podem ser alcançadas pela via habitual de alimentação, seja por comprometimento da via de ingestão ou da via de absorção de nutrientes, conduzindo ao comprometimento do estado nutricional (BRASIL, 2015). Ela pode ser realizada por via enteral ou parenteral, sendo que a via enteral incluiu a via oral (Nutrição Enteral Via Oral - NEVO). O acesso a tais terapias ao sistema digestório é realizado via sondas e ostomias (BRASIL, 2015). De acordo com o Caderno de Atenção

Domiciliar - Cuidados em Terapia nutricional (2015), é indicada a TN nos seguintes casos:

- Sistema digestório funcionantes, capaz de digerir alimentos, absorver e metabolizar nutrientes, total ou parcialmente;
- Quando a alimentação via oral não suprir, pelo menos, 60% das recomendações calórico-proteicas, mesmo após adaptações dietéticas;
- Quando a alimentação via oral associada ao suplemento nutricional não suprir, pelo menos, 75% das recomendações calórico-proteicas;
- Perda ponderal importante ($\geq 10\%$ do peso habitual em um período de 6 meses e índice de massa corporal para adultos $<18,5 \text{ kg/m}^2$ e para idosos $\leq 22 \text{ kg/m}^2$).

Nos casos em que o sistema digestório estiver funcionando e não houver comprometimento na deglutição, deve-se priorizar a via oral de ingestão e administração da dieta (BALDWIN;PARSONS, 2004). Nos casos em que a ingestão via oral não atingir 75% das necessidades nutricionais totais em até 10 dias, sugere-se o manejo dietético para aumento do aporte nutricional (uso de técnicas dietéticas ou de suplementos nutricionais) ou mudança de via de alimentação (BALDWIN;PARSONS, 2004; WEIMANN et. al., 2006).

Se a NEVO não for possível ou a ingestão via oral não atingir 60% das necessidades nutricionais estimadas dentro de 10 dias, mesmo utilizando suplementação, deve ser iniciada a TN por acesso alternativo ao sistema digestório (BALDWIN;PARSONS, 2004). Recomenda-se que para curto prazo (período de quatro a seis semanas) seja indicado o uso de sonda nasoenteral em posição gástrica, duodenal ou jejunal. Se o período for superior a seis semanas, deve-se optar pelas ostomias (BRASIL, 2015).

Destaca-se também que o fonoaudiólogo tem papel importante na transição da via alimentar, desde a avaliação da deglutição, identificação de risco de aspiração, como na introdução de alimentos conforme a consistência tolerada (BRASIL, 2015).

Após a definição da via de acesso para alimentação e da estimativa das necessidades nutricionais, deve-se estabelecer quais características físico-químicas

da fórmula nutricional serão selecionadas (BRASIL, 2015). Para a escolha da fórmula nutricional, também se deve avaliar:

- Estabilidade hemodinâmica e condição clínica do indivíduo;
- Necessidade de restrição de algum nutriente dada a fisiopatologia da enfermidade;
- Limitações digestivas e absorptivas que podem levar à necessidade de restrição ou substituição de fontes de nutrientes.

Recomendações energético-proteicas para paciente adulto:

De acordo com as Diretrizes BRASPEN (2021), as recomendações energético-proteicas devem ser calculadas de acordo com o estado nutricional, nível de atividade física e a demanda metabólica relacionada à doença, monitorando os riscos para underfeeding (baixa oferta energético-proteica) ou overfeeding (alta oferta energético-proteica).

A necessidade energética de idosos deve ser de 30 a 35kcal/kg/dia, entretanto, deve ser ajustada individualmente, de acordo com o estado nutricional, o nível de atividade física e a demanda metabólica relacionada à doença. Já a recomendação de proteínas para idosos saudáveis deve ser de 1 a 1,2g/kg/dia, podendo ser ajustado de acordo com a atividade física ou a presença de doença crônica associada (BRASPEN, 2021).

2.8.1. Fórmulas Nutricionais

Existem diferentes tipos de fórmulas nutricionais disponíveis para o tratamento de indivíduos com necessidades alimentares especiais. Elas diferem entre si por serem produzidas com alimentos (artesanal) ou serem comerciais (à base de nutrientes isolados, fabricados pela indústria) e mistas. As fórmulas comerciais podem ser poliméricas, oligoméricas e elementares e podem conter ainda componentes específicos, como imunomoduladores (BRASIL, 2015).

2.8.2. Fórmula Padrão para Nutrição Enteral - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA

São fórmulas que atendem aos requisitos de composição para macro e micronutrientes estabelecidos com base nas recomendações para população. Podem ser apresentadas na forma líquida ou em pó, sistema aberto ou fechado e destinadas para adultos e crianças (BANKHEAD et. al., 2009; SCHIEFERDECKER et. al., 2013). As fórmulas nutricionais padrão são as mais utilizadas por indivíduos que necessitam de suplementação nutricional via oral ou nutrição por sonda/ostomias (BRASIL, 2015).

2.8.3. Módulos nutricionais - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA

São módulos para nutrição enteral compostos por um dos principais grupos de nutrientes: carboidratos, proteínas, fibras alimentares ou micronutrientes (vitaminas e minerais) e são recomendados para a suplementação da alimentação via oral ou enteral ou na elaboração de fórmula enteral. Nesse grupo ainda existem os flavorizantes e os espessantes (BRASIL, 2015).

2.8.4. Fórmulas Nutricionais com Alimentos (Fórmulas Artesanais) - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA

São fórmulas preparadas com alimentos (cereais, leguminosas, carnes, vegetais, frutas, laticínios, ovos, açúcares e óleos) e necessitam de uma adequada combinação de alimentos para que seja completa e equilibrada nutricionalmente. Podem ser indicadas para indivíduos estáveis clinicamente e nutricionalmente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo (BRASIL, 2015).

Nas orientações de elaboração de fórmulas nutricionais com alimentos, os nutricionistas devem trabalhar respeitando as condições socioeconômicas, a possibilidade de acesso aos alimentos, os aspectos qualitativos e quantitativos da alimentação e os hábitos alimentares das famílias dos usuários (BRASIL, 2015).

2.8.5. Fórmulas nutricionais mistas - VIA ORAL OU POR VIA ALTERNATIVA

As fórmulas nutricionais mistas podem ser preparadas com alimentos e nelas adicionadas formulações industrializadas ou módulos nutricionais. Ainda pode

ser considerada como fórmula nutricional mista a alternância entre a administração de fórmulas nutricionais com alimentos e fórmulas nutricionais industrializadas ao longo do dia (BRASIL, 2015).

Em relação a sua composição e características, as fórmulas nutricionais mistas variam conforme como os alimentos são empregados e processados durante o processo de preparação (BRASIL, 2015).

Portanto, além dessas dietas serem nutricionalmente adequadas, também são consideradas de baixo custo, onde possuem o papel de recuperar os valores psicossociais relacionados à alimentação, decorrente de que a dieta pode ser preparada por alimentos convencionais, utilizados pela família (BRASIL, 2021).

2.8.6. Principais Patologias que podem necessitar de Suporte de TNE

2.8.6.1. Acidente Vascular Cerebral

De acordo com Alexandrov et. al. (2010), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem origem vascular, pois envolve a interrupção de fluxo sanguíneo para o cérebro. A interrupção pode ocorrer por meio de oclusão do vaso (AVC isquêmico) ou ruptura do vaso sanguíneo (AVC hemorrágico). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (2008) definem o AVC como o “desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbio focal (às vezes global) da função cerebral, com duração de mais de 24 horas ou levando à morte sem outra causa aparente, além da origem vascular”. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do AVC incluem tabagismo, hipercolesterolemia e hipertensão (AMERICAN STROKE ASSOCIATION, 2014).

Segundo Ojo e Brook (2016), 20% dos pacientes após um AVC podem precisar de alimentação por sonda enteral durante a fase aguda e 8% dos pacientes precisarão de alimentação via sonda enteral a longo prazo (mais de seis meses). A triagem desses pacientes é essencial para a identificação de risco de aspiração e disfagia. A triagem também deve considerar a avaliação do risco de desnutrição: deve ser realizado o suporte nutricional para os pacientes com IMC abaixo de 18,5kg/m², aqueles com perda de peso não intencional (>10% nos últimos seis meses) e aqueles que consumiram pouco ou nenhum alimentos nos últimos cinco dias.

A terapia nutricional enteral em pacientes com AVE tem por objetivo tratar a causa subjacente da desnutrição e controlar o risco de desnutrição. De acordo com diversos estudos, a nutrição enteral precoce tem impacto positivo na mortalidade (DENNIS, M. S., LEWIS, S. C. e WARLOW, C, 2005; JAMES, R. et. al., 2005; HORN, S. D. et. al., 2015). Assim, o suporte nutricional enteral é um método útil de fornecer nutrição para pacientes com disfagia e risco de desnutrição, atendendo às necessidades nutricionais dos usuários (OJO e BROOKE, 2016).

2.8.6.2. Câncer

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, [s.d.]), o câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância. Estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase.

Em pacientes com câncer, a perda de peso é um importante sinal e prediz a progressão da doença e o tempo de sobrevida (CHOW et. al., 2016). O déficit do estado nutricional está associado à diminuição da resposta ao tratamento oncológico e da qualidade de vida do paciente. O desenvolvimento e o grau da desnutrição estão relacionados a diversos fatores, como idade, tipo de câncer, estágio da doença e tipo de tratamento (BRASPEN, 2019).

Assim, o fornecimento de suporte nutricional para esses pacientes tem sido proposto como um método para a melhora dos sintomas clínicos (CHOW et. al., 2016). O suporte nutricional pode ser realizado por meio da nutrição enteral ou parenteral. No entanto, a nutrição enteral apresenta custos mais baixos e menos complicações, além de melhores resultados (ALTINTAS, N. D. et. al., 2011). As necessidades nutricionais do paciente devem ser ajustadas de acordo com os fatores citados acima (idade, tipo de câncer, estágio da doença, tratamento) além do peso e altura (estado nutricional) (BRASPEN, 2019).

Para pacientes com câncer de cabeça e pescoço a terapia nutricional deve ser iniciada precocemente e, se a ingestão de energia for inadequada, recomenda-

se o uso de suplementos orais ou alimentação via sonda enteral. Para pacientes com outros tipos de câncer a terapia nutricional enteral é indicada se a nutrição oral permanecer inadequada (nenhum alimento por mais de uma semana ou menos de 60% da necessidade por mais de 2 semanas), apesar das intervenções nutricionais (aconselhamentos e suplementos nutricionais orais) (BRASPEN, 2019).

2.8.6.3. Traumatismo Cranioencefálico (TCE)

Define-se por traumatismo cranioencefálico (TCE) quaisquer agressão provocada por forças externas que tem a capacidade de provocar comprometimento funcional de estruturas do encéfalo ou do crânio e lesão anatômica. Pode ter origem por meio de um impacto de um objeto ou por aceleração e desaceleração rápida da cabeça, acarretando em movimentos abruptos do tecido encefálico dentro da caixa craniana.

Através das forças mencionadas ocorre a produção da lesão primária, que é consequência da ação mecânica atuando de maneira direta nos vasos sanguíneos, neurônios e nas células da glia. Então, começam os processos inflamatórios, neuroquímicos e metabólicos, que caracterizam as lesões secundárias, que vem a ocorrer dentro de horas a semanas. Devido ao trauma inicial, em seguida ocorrem uma sucessão de eventos, dentre eles estão o comprometimento do fluxo sanguíneo, alterações metabólicas, lesão de axônios, influxo de cálcio, aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica, lesões por radicais livres, edema, aumento do estresse oxidativo, liberação de neurotransmissores excitatórios e morte celular (GIZA; HOVDA, 2001; MCALLISTER, 2011; PEREIRA; DUARTE; SANTOS, 2006; WERNER, 2007).

2.8.6.4. Paralisia Cerebral

Paralisia Cerebral (PC) é um termo que caracteriza um grupo não progressivo de distúrbios no desenvolvimento, postura e movimento que são determinados como síndromes do desenvolvimento motor ou anomalias decorrentes do cérebro no início do seu desenvolvimento. É uma deficiência física que comum nos primeiros anos da infância, suas principais causas são genéticas, congênitas, infecciosas, inflamatórias, traumáticas, anóxicas e metabólicas. Além da relação

com a prematuridade e o baixo peso ao nascer no desenvolvimento de PC (CARNAHAN; ARNER; HAGGLUND, 2007; DAMIANO et al, 2006; ANDERSEN et al, 2007; REDDIHOUGH; COLLINS, 2003).

2.8.6.5. Doença Renal Crônica

Os rins são órgãos vitais para o bom funcionamento do corpo humano, logo, a redução progressiva da função renal ocasiona o comprometimento de todos os outros órgãos. A filtração glomerular (FG) serve para avaliar a função renal e na doença renal crônica (DCR) é possível notar sua redução, associada a perda de funções excretoras, regulatórias e endócrinas do rim. Quando a FG atinge valores inferiores a 15 mL/min/1,73m², temos a falência funcional renal, o estágio mais avançado da DCR (PECOITS, 2004).

2.8.6.6. Desnutrição Grave

A desnutrição grave ou desnutrição energética-proteica é uma doença multifatorial com alto índice de letalidade. Essa condição é passível de promover diferentes alterações fisiológicas com o intuito de manter a homeostase hemodinâmica (LIMA et al., 2009). Essas alterações podem causar intolerância à glicose e catabolismo protéico elevado. O paciente desnutrido pode facilmente desenvolver uma infecção, possui dificuldade de cicatrização e exige cuidados intensivos (FERREIRA, 2007).

A suplementação alimentar, apesar de não conseguir reverter a proteólise, a gliconeogênese e a lipólise, pode ajudar a reduzir os efeitos do catabolismo acentuado, auxiliando na progressão clínica. A utilização da TNE está associada à redução do número de complicações infecciosas, manutenção da integridade da barreira mucosa intestinal e redução da translocação bacteriana (FERREIRA, 2007).

2.8.6.7. Disfagia

A disfagia é uma condição que pode ser definida como a dificuldade para iniciar o processo de deglutição, ou seja, levar o alimento da cavidade oral até o estômago. Essa condição pode ocasionar sintomas como regurgitação, aspiração

traqueobrônquica, dor retroesternal, pirose, rouquidão, soluço e odinofagia. Essa dificuldade pode ser causada por diversos fatores como, os comportamentais, sensoriais, por ações motoras que antecedem o preparo da deglutição, pela consciência cognitiva relacionada ao reconhecimento do ato de se alimentar, do aspecto visual dos alimentos e das respostas fisiológicas causadas pelo olfato (SILVA et al., 2019).

Esse quadro clínico está associado ainda a diminuição da qualidade de vida, desidratação, desnutrição e isolamento social. Isso acontece pois a alimentação vai muito além de um aporte calórico, ela é um fonte de prazer, mediada por sabores, consistências e aparências (ANDRADE et al., 2017). O paciente com disfagia necessita de uma terapia nutricional com o intuito de prevenir a aspiração e sufocação, bem como facilitar a alimentação e recuperar ou manter o estado nutricional e a hidratação do paciente. Além disso, para auxiliar na terapia nutricional são utilizados espessantes que podem ser empregados para engrossar as dietas, diminuindo o risco de aspiração (OLIVEIRA et al., 2008).

2.8.6.8. Síndrome de Down

A alteração cromossômica que causa a trissomia do cromossomo 21 é a mais comum entre as síndromes genéticas, que causa a Síndrome de Down, condição que pode causar o acometimento de outras funções fisiológicas desses indivíduos. Sua patogênese é caracterizada comumente pelas alterações musculoesqueléticas, neurológicas e cardiovasculares (ANTONARAKIS et. al., 2020), e foi a primeira causa de incapacidade intelectual conhecida (FBASD, 2021). Os portadores de Síndrome de Down, normalmente, possuem baixa estatura, hipotonia muscular, redução da densidade neuronal, defeitos cardíacos congênitos e no septo atrioventricular (ANTONARAKIS et. al., 2020).

Atualmente com o aumento de conhecimento e a melhoria de cuidados, a expectativa de vida dessa população vem aumentando podendo chegar até mais de 68 anos, porém são indivíduos que possuem propensão para o desenvolvimento de patologias, principalmente nutricionais, necessitando inclusive métodos de avaliação nutricional específicos para Síndrome de Down, como curvas de acompanhamento que definem as características da população (PRADO et. al., 2009).

A nutrição enteral é de suma importância para o fornecimento do aporte de nutrientes desses indivíduos quando apresentam limitações físicas ou cognitivas que afetem a alimentação via oral, sendo essas: risco de broncoaspiração, deglutição afetada, quando em uso de ventilação mecânica, baixo ou nenhum nível de consciência, dieta via oral incapaz de suprir necessidades nutricionais e energéticas, recém nascidos menores de 34 semanas, transição da parenteral para oral, trato digestório alto inoperante, realimentação do paciente desnutrido (FERNANDES *et al.*, 2013).

2.8.6.9. Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer, forma mais comum da demência, é caracterizada por uma diminuição de células nervosas do cérebro que sofrem uma redução de tamanho e número, afetando funções cognitivas. Os principais sintomas desta patologia são: perda de memória, confusão mental e até agressividade (CORREA *et al.*, 2015).

Com a progressão da doença e o aumento dos sintomas há a necessidade do cuidado de terceiros, uma vez que a higiene, atividades do dia-a-dia, bem como a alimentação ficam prejudicadas. Em um nível mais avançado da doença de Alzheimer, os pacientes diagnosticados não conseguem se locomover, se comunicar e nem alimentar-se adequadamente (CORREA *et al.*, 2015).

Essa alimentação pode estar prejudicada devido, muitas vezes, ao esquecimento da realização das refeições, da mastigação e deglutição. Por conta disso, o cuidador é indispensável no tratamento dietoterápico, uma vez que irá auxiliar o paciente a realizar estas refeições e evitar um estado nutricional prejudicado.

Caso o paciente apresente a mastigação e ou deglutição prejudicadas, em um primeiro momento pode ser necessário, alterar a consistência da alimentação oferecida, sendo a mais comum a alimentação de consistência pastosa. Para alimentos líquidos muitas vezes será necessário acrescentar módulos de espessantes para que esta consistência seja alcançada. Neste momento, quando a ingestão alimentar não é suficiente para manter e/ou recuperar o estado nutricional, o uso de suplementos alimentares podem ser recomendados, podendo ser por meio de receitas caseiras (a base de alimentos) ou industrializados. Quando esta situação

de desnutrição, disfagia e/ou ingestão alimentar reduzida se mantêm, é indicada uma avaliação multiprofissional a fim de verificar a alteração de via de administração da dieta, através do uso de sondas.

Muitos casos avançados de demência são de alta complexidade moral e ética, envolvendo decisões da equipe multiprofissional. A nutrição enteral é uma forma alternativa de continuidade do tratamento para que não haja escassez de nutrientes devido à inapetência e disfagia encontrada nesses pacientes e, como medidas de conforto, a alimentação oral pode ser continuada caso não exista risco de engasgo ou broncoaspiração (GOLDBERG e KENNETH, 2014) .

A doença de Alzheimer, forma mais comum da demência, é caracterizada por uma diminuição de células nervosas do cérebro que sofrem uma redução de tamanho e número, afetando funções cognitivas. Os principais sintomas desta patologia são: perda de memória, confusão mental e até agressividade (CORREA *et al.*, 2015).

Com a progressão da doença e o aumento dos sintomas há a necessidade do cuidado de terceiros, uma vez que a higiene, atividades do dia-a-dia, bem como a alimentação ficam prejudicadas. Em um nível mais avançado da doença de Alzheimer, os pacientes diagnosticados não conseguem se locomover, se comunicar e nem alimentar-se adequadamente (CORREA *et al.*, 2015).

Muitos casos avançados de demência são de alta complexidade moral e ética, envolvendo decisões da equipe multiprofissional. A nutrição enteral é uma forma alternativa de continuidade do tratamento para que não haja escassez de nutrientes devido à inapetência e disfagia encontrada nesses pacientes e, como medidas de conforto, a alimentação oral pode ser continuada caso não exista risco de engasgo ou broncoaspiração (GOLDBERG e KENNETH, 2014).

2.8.6.10. Doenças Neurológicas

As doenças que acometem o sistema nervoso são caracterizadas por sintomas de fadiga, dificuldades cognitivas e no controle da movimentação, fraqueza, tremor e dores também são comumente encontrados nesses pacientes que podem também experimentar ataques epiléticos (GILMOUR *et. al.*). Escassez de alguns nutrientes ou excessos de outros, podem estar relacionados com a causa de algumas doenças neurológicas, e por isso o tratamento nutricional é de grande

importância, outras não são de etiologia ligadas alimentação, porém a terapia nutricional é de igualmente relevância para uma eficaz melhora dos pacientes (KRAUSE, 2005).

Com a função neurológica afetada é difícil para os pacientes, não só deglutirem, mas também obterem, higienizarem, prepararem os alimentos além de problemas para o manuseio dos talheres, fazendo com que o risco de desnutrição seja elevado. Para isso é necessário uma avaliação nutricional meticulosa e uma conversa com a equipe multiprofissional para que em casos de risco nutricional e em pacientes com diagnóstico relacionado à disfagia, condição que muitas vezes exclui diversos grupos alimentares, medidas sejam tomadas. Diferentes consistências e texturas podem causar diferentes efeitos, pacientes com dificuldade de deglutição podem ser avaliados para o consumo de líquidos espessados, porém esses não são suficientes para atingir as metas nutricionais sendo importante uma suplementação, caseira ou industrializada, ou que os portadores das doenças alimentem-se via nutrição enteral, em casos mais graves (KRAUSE, 2005).

O suporte nutricional via sonda pode beneficiar o paciente para que suas funções sejam recuperadas, no estado inicial da doença, até uma melhora do quadro ou em casos mais desenvolvidos e finais para que as necessidades metabólicas sejam atingidas e os efeitos deteriorantes sejam retardados. A nutrição enteral oferece os nutrientes necessários para aqueles que não conseguem se alimentar com suficiência e evita o risco de broncoaspiração nos pacientes com disfagia, prevenindo complicações como a pneumonia e a sepse (KRAUSE, 2005).

2.8.6.11. Lesão por Pressão

Mais comum em adultos, as lesões por pressão (LPP), acometem aqueles que estão restritos ao leito ou cadeiras de rodas e principalmente em pacientes que possuem condições médicas como diabetes ou doença vascular periférica, deficiências cognitivas, enfermidades crônicas, problemas de motilidade ou neurológicos, são comumente encontradas nos membros inferiores mas podem se desenvolver em qualquer parte do corpo (KRAUSE, 2005).

Ocasionada pela pressão do corpo do paciente contra superfícies ou aparatos médicos, a LPP tem, também, como fatores de risco as condições nutricionais do paciente; a ingestão de nutrientes, a desnutrição, as medidas de

circunferência de braço e panturrilha, o peso, o índice de massa corporal (IMC) e demais medidas de avaliação nutricional, quando não adequadas podem levar a propensão do desenvolvimento de úlceras em pacientes acamados (EPUAP, 2019). Assim como a diminuição do nível sérico de albumina ($<3,5\text{mg/dL}$) e baixa na contagem de linfócitos ($<1.800/\text{L}$) (KRAUSE, 2005).

As lesões por pressão são classificadas em quatro estágios de acordo com sua profundidade. A LPP em estágio I é caracterizada por uma hiperemia em pele intacta, normalmente sob proeminência óssea; o estágio II já acomete parte da pele, podendo apresentar exsudato; já no estágio III, a LPP, caracteriza-se pela totalidade da perda do tecido dérmico e a gordura pode estar aparente. No estágio IV o tecido encontra-se em perda total podendo estar visível o músculo, tendão e até exposição óssea (RANGEL et CALIRI, 2009).

Para a cicatrização o essencial é uma dieta com alto teor de proteína e energia, além da suplementação da vitamina C e zinco, a ingestão de zinco também deve ser levada em consideração e a hidratação do paciente é de grande importância (KRAUSE, 2005). A nutrição enteral tem impacto positivo na cura de LPP, uma vez que pode, de forma eficaz, oferecer o aporte necessário de nutrientes para o paciente, principalmente quando existe necessidade de metas hipercalóricas ou hiperproteicas (EPUAP, 2019).

2.8.6.12. Hidrocefalia

Assim como as demais doenças neurológicas já citadas a hidrocefalia também requer um tratamento nutricional com aporte adequado que leve em consideração todas as vias de administração. Lesões que acometem o cerebelo e o tronco cerebral podem causar obstrução do sistema ventricular, levando a condição denominada de hidrocefalia, que pode ter como consequência a morte ou sinais de anormalidade de equilíbrio e coordenação, além de sonolência elevada e cefaléia, principalmente ao acordar. Essas lesões podem afetar diversos nervos cranianos, afetando as condições da face e o paciente entra em risco de aspiração ao se alimentar e muitas vezes a nutrição deve ser feita por outras vias e não a oral (KRAUSE, 2005).

Com a capacidade física e cognitiva afetada e com o fornecimento de alimento via oral debilitado, a nutrição enteral entra como modo de adequação das

necessidades daquele paciente, evitando com que exista complicações como aspiração, pneumonia ou sepse. Principalmente em crianças, a nutrição enteral entra com o objetivo de manutenção do crescimento e desenvolvimento corporal e manter a qualidade de vida (PASTORE, 2011).

2.8.7. Complicações da TNE

É comum que ocorram complicações durante a terapia nutricional, porém, se forem frequentes e graves devem ser relatadas à equipes de saúde para que sejam tomadas medidas a fim de minimizar seus efeitos. Dentre elas, destacam-se: as mecânicas, as gastrointestinais, as metabólicas, as infecciosas, as respiratórias e as psicológicas.

As complicações mecânicas são aquelas relacionadas à presença da sonda, podendo variar de acordo com seu diâmetro, material ou posicionamento, tais como: erosão nasal e necrose, abscesso septonasal, sinusite aguda, rouquidão, otite, faringite, esofagite, ulceração gástrica, estenose, fístula traqueoesofágica, ruptura das varizes esofágicas, obstrução da sonda, saída ou migração acidental da sonda, deslocamento da sonda, extravasamento de fluido gastrointestinal ou fórmula nutricional, deterioração ou perfuração da sonda, entre outras. A obstrução da sonda é um dos problemas mais frequentes nos pacientes em terapia nutricional, podendo ser ocasionada por lavagem incorreta da sonda após a infusão de fórmula nutricional e medicamentos ou dobramento e nó na sonda.

Quanto às complicações gastrointestinais, estas apresentam etiologia multifatorial. São comuns episódios de náuseas e vômitos, bem como alteração do hábito intestinal, seja por diarreia ou obstipação. Ainda, pode ocorrer distensão abdominal, devido a grandes volumes de fórmula administrados em curto período de tempo.

No que se refere às complicações metabólicas, no uso de terapia nutricional enteral as principais são: as interações fármaco-nutrientes, intolerância à glicose, hiperglicemia, hipoglicemia, desidratação/super-hidratação, hipernatremia/hiponatremia, hipercalemia/hipocalemia, hiperfosfatemia/hipofosfatemia, deficiências de macronutrientes (especialmente tiamina) e síndrome de realimentação (KRAUSE, 2018).

2.8.8. Cuidados de Higiene e Manipulação de Fórmulas Infantis, Suplementos e Dietas Enterais

2.8.8.1. Fórmulas Infantis e Suplementação Oral

A OMS recomenda que a preparação, manipulação e conservação de fórmulas infantis sejam realizadas como demonstrado a seguir, por ser um alimento em pó, utilizou as recomendações para o cuidado com os suplementos orais que também são oferecidos em pó. E para garantir a segurança do alimento em pó, recomenda-se que siga os seguintes passos:

1. Limpar e desinfetar a superfície da bancada onde vai ser manipulado o alimento em pó;
2. Lavar as mãos com água e sabão e secar com papel ou com um pano limpo (IMAGEM X);
3. Para FI ou suplementos com uso de água da torneira: ferver um volume suficiente de água potável, acrescentar à água a quantidade exata de acordo com as instruções indicadas no rótulo ou pela nutricionista;
4. Eliminar quaisquer sobras que não tenham sido consumidas no intervalo de duas horas.

É muito importante que todos os utensílios utilizados para a preparação das fórmulas ou suplementos tenham sido cuidadosamente limpos e esterilizados antes da utilização. Para garantir a higienização adequada dos utensílios, se recomenda que:

1. As mãos devem ser sempre lavadas com água e sabão antes da limpeza e esterilização dos utensílios utilizados na preparação;
2. Lavar cuidadosamente os utensílios utilizados em água quente com detergente. Quando são utilizadas mamadeiras, estas e os bicos devem ser esfregados com escovilhões no interior e exterior para garantir que todos os resíduos de FI remanescentes sejam removidas;
3. Após lavar os utensílios enxaguar cuidadosamente em água potável;
4. Esterilização: Os utensílios podem ser esterilizados pela fervura:

a. Encher uma panela grande com água e submergir completamente todos os utensílios previamente lavados, certificando-se que não há bolhas de ar presas no interior dos utensílios;

b. cobrir a panela com uma tampa e levar à fervura, garantindo que a panela não fique sem água; e

c. manter a panela tapada até à utilização dos utensílios.

5. As mãos devem ser lavadas cuidadosamente com água e sabão antes de retirar os utensílios da panela. Recomenda-se o uso de pinças esterilizadas para manipular os utensílios esterilizados.

6. Para prevenir uma recontaminação, é preferível retirar os utensílios imediatamente antes de ser requerido o seu uso. Se os utensílios forem retirados da panela e não forem utilizados imediatamente, devem ser tapados e guardados num local limpo. As mamadeiras podem ser totalmente montadas para prevenir a contaminação do interior do recipiente esterilizado e do interior e exterior do bico (OMS, 2015).

2.8.8.2. Dieta Enteral Mista

Segundo o Manual do Paciente em Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (Bento, 2010) para iniciar a manipulação da dieta enteral, deve-se iniciar pela higienização das mãos que se faz da seguinte maneira:

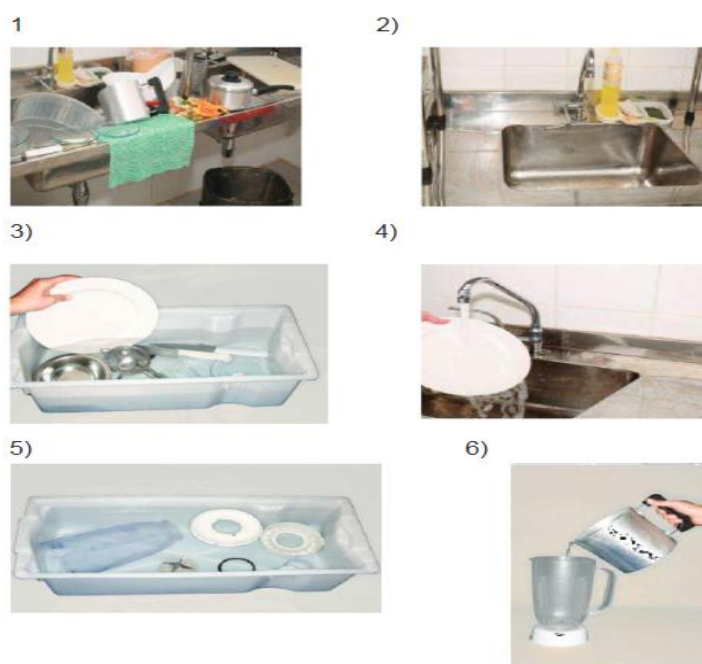
1. Umedecer a mãos e antebraços com água tratada;
2. Passar o sabão ou detergente neutro esfregando durante 15 segundos;
3. Enxaguar e secar as mãos e antebraços com papel toalha, se possível;
4. Desinfetar com solução de álcool (3 copos de álcool para 1 copo de água), deixando secar naturalmente.

No que se refere à higienização de superfícies, como pias, balcões e mesas; de equipamentos como liquidificador, equipo, frasco e geladeira; e de utensílios como colheres, facas, garfos, copos, travessas e medidores, recomenda-se a retirada de restos de alimentos e lavagem com sabão neutro e enxágue com água corrente. Após esse procedimento deve-se realizar a desinfecção de superfícies, equipamentos e utensílios utilizando a diluição de cloro de uma colher de sopa de

água sanitária para um litro de água, deixando essa solução em contato por 15 minutos. Em seguida, deve-se enxaguar com água tratada e secar naturalmente. No caso específico do uso do liquidificador, após realizar a higienização com solução de cloro recomenda-se para enxágue despejar água fervente dentro do copo do equipamento montado, deixando por 15 minutos.

Com relação ao uso de equipamentos e frascos, recomenda-se a troca diária destes equipamentos utilizados na administração da dieta, mas se isso não for possível, pode-se reutilizá-los. Porém existem alguns cuidados que devem ser tomados para evitar a contaminação microbiana, tais como: lavar o frasco e o equipo com detergente neutro e enxaguá-los em água corrente, colocá-los em solução de cloro por 7 horas, enxaguar e deixar secar ao ar livre por 1 hora e guardá-los em geladeira até sua reutilização. Segue Figura 02 sobre o passo a passo dos procedimentos de higienização.

Figura 02 - Passo a passo do Procedimento de Higienização



Fonte: Bento, 2010

Além de todo o processo de higienização existem outros cuidados comportamentais relacionados com a manipulação de alimentos que devem ser levados em consideração:

1. Proteger o alimento ou a dieta pronta de insetos, animais domésticos e vetores;

2. Proteger os cabelos com touca; · Ter as unhas curtas, limpas e sem esmalte;
3. Não utilizar anéis ou aliança, pulseiras, colares, fitas, brincos e relógio ao preparar a dieta;
4. Lavar as mãos várias vezes antes e durante o preparo (após utilizar os sanitários, tossir, espirrar ou assoar o nariz, usar esfregões, panos ou materiais de limpeza, fumar, recolher o lixo, tocar em embalagens de alimentos, papelão, garrafas e sapatos e manusearem dinheiro);
5. Cozinhar bem os alimentos;
6. Evitar o contato entre alimentos crus e cozidos;
7. Utilizar água tratada e ferver sempre antes de usá-la.

A dieta pode ser armazenada na geladeira por 24 horas. Retire da geladeira, a quantidade a ser passada, meia hora antes do horário programado, pois a dieta não deve ser administrada gelada ou quente, ela deve estar em temperatura ambiente. Em dias de frio, ao retirar a dieta da geladeira, amorne em banho-maria ou microondas antes de administrá-la.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse manual tem como utilidade auxiliar os nutricionistas responsáveis pela dispensação de dietas especiais do Município de Piraquara - PR, quanto às dúvidas na prática clínica, além de servir de base para condutas realizadas pelas mesmas.

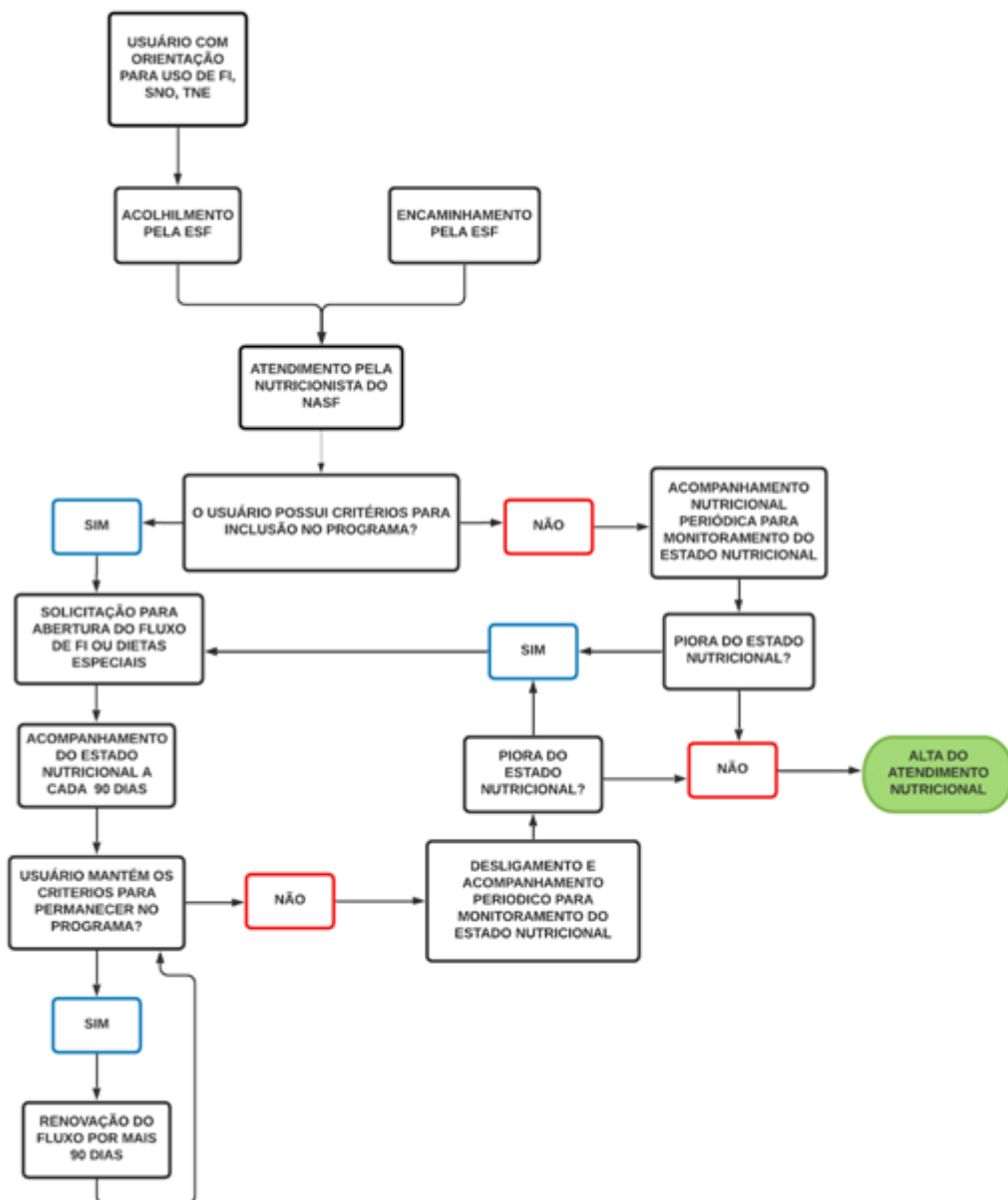
Além disso, servirá de apoio à equipe de saúde para averiguar a necessidade de possíveis encaminhamentos a nutrição diante de patologias que possam ser necessários a suplementação, sendo ela artesanal, semi artesanal ou industrializada.

Este material será revisado periodicamente, conforme atualização científica.

ANEXOS

ANEXO 1

FLUXOGRAMA PARA RECEBIMENTO DE DIETA E/OU FÓRMULA ALIMENTAR INDUSTRIALIZADA



FONTE: AUTORAS, 2021

ANEXO 2

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS

Eu, _____, RG
nº _____
responsável por _____, nascido em:
_____/_____/_____
Unidade _____ de Saúde: _____ Telefone(s):

estou de acordo com os termos do Programa de dispensação de dietas especiais da
Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara.

- O recebimento das fórmulas, suplementos, módulos e dietas especiais está vinculado à avaliação periódica realizada pela equipe de profissionais de saúde conforme o Protocolo Clínico de dispensação de dietas especiais.
- Os produtos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde estarão de acordo com as especificações técnicas e não com o nome comercial, podendo durante o tratamento de terapia nutricional receber produtos com nomes comerciais diferentes. Será garantida ao paciente a similaridade do produto prescrito conforme a patologia de base. (Lei n.º 8666/93);
- O tipo e a quantidade de fórmulas dispensadas poderão, a qualquer momento, sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente, após criteriosa avaliação dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento e do estoque disponível na Secretaria Municipal de Saúde.
- No caso de não seguimento das orientações (relacionadas ao preparo, diluição e número de mamadas/dia, cuidados com a alimentação e dieta de exclusão) repassadas pela equipe do Programa, a mesma não poderá ser responsabilizada por qualquer problema decorrente disso.
- Não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação das dietas especiais concedidas pelo Programa. Caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do Programa.
- No caso de não aceitação e/ou adaptação pela criança à fórmula fornecida, ou à troca de fórmula pelo profissional prescritor, o responsável deverá devolver as latas restantes, que ainda estiverem lacradas, à Secretaria Municipal de Saúde.
- A não retirada do produto ou não renovação da prescrição do nutricionista a cada três meses acarretará no cancelamento do fornecimento;
- O não comparecimento a três consultas consecutivas sem justificativa, bem como a recusa ao acompanhamento dos profissionais das equipes de saúde da família ou

Atenção Básica, dos profissionais do NASF e da nutrologia municipal, implicará na suspensão temporária da entrega das fórmulas infantis especiais.

- Em caso de mudança de endereço ou telefone, ou internamento o paciente ou responsável deverá comunicar à Unidade de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde.
- A mudança de município implicará na suspensão imediata do fornecimento.
- O desligamento do Programa ficará a critério do parecer dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento (em casos de alta), podendo também acontecer no caso de descumprimento ou não concordância com os termos acima.
- Em caso de falecimento ou alta do paciente no Programa, o responsável deverá comparecer a Unidade de Saúde para assinar o Termo de Desligamento. Em caso de sobra do produto o mesmo deverá ser devolvido;

Estou ciente e concordo com as normas do Programa de dispensação de dietas especiais.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO 3

TERMO DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS

Eu, _____, RG
nº _____
responsável por _____, nascido em:
____/____/____
Unidade _____ de Saúde: _____ Telefone(s):

solicito o desligamento do Programa Municipal de dispensação de dietas especiais da
Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara, conforme o motivo abaixo:

Produtos que recebe da Secretaria Municipal de saúde: _____

Motivo do desligamento: _____

Estou ciente e concordo com o desligamento no Programa Municipal de dispensação de dietas
especiais.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

**Obs: No caso de desligamento devido a não retirada dos produtos ou qualquer outro
motivo que desrespeite o protocolo do programa, o nutricionista responsável tem
autonomia para o cancelamento, mesmo sem assinatura do paciente/requerente ou
responsável.**

ANEXO 4
**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS,
SUPLEMENTOS, MÓDULOS E DIETAS ENTERAIS**

- ☐ Abertura do fluxo de dietas
☐ Renovação/Manutenção do fluxo de dietas

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTOS OBRIGATÓRIOS

DATA: / /	UNIDADE DE SAÚDE:	
PRONTUÁRIO: _____ ÁREA DE ABRANGÊNCIA: _____	DATA DE NASCIMENTO: / /	IDADE:

NOME DO USUÁRIO:
NOME DA MÃE
Nº CARTÃO SUS DO USUÁRIO:
ENDEREÇO COMPLETO:
BAIRRO:
TELEFONE PARA CONTATO:
DATA DA AVALIAÇÃO: / / Peso ao nascer: Peso Atual: Alt: IMC:

SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR

QUESTIONÁRIO	SIM	NÃO
A família tem água tratada e filtrada em casa?		
A família tem energia elétrica em casa?		
A família tem liquidificador ou processador ou mixer em casa?		
A família tem fogão em casa?		
A família tem geladeira em casa?		
A família tem acesso a produtos de limpeza?		
Número de moradores da residência		

PARECER DO PROFISSIONAL DA ESF

DATA: / / Assinatura e carimbo do responsável pelo parecer: _____

As assinaturas abaixo são obrigatórias

_____	_____
Assinatura do paciente/responsável	Assinatura do Coordenador

PARECER DA SECRETARIA DE SAÚDE

DATA: / / DEFERIDO: () INDEFERIDO: ()

Assinatura e carimbo do responsável na Secretária da Saúde: _____

CARTA DO NUTRICIONISTA PARA SOLICITAÇÃO DE ABERTURA OU RENOVAÇÃO DE FLUXO DE FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS, MÓDULOS OU DIETAS ENTERAIS

TIPO DE FLUXO

☐	Abertura do fluxo de dietas
☐	Renovação/Manutenção do fluxo de dietas
DADOS DO PACIENTE	
Nome completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/_____ UBS: _____	
ANOTAÇÃO DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL / DIETA SOLICITADA	
PRODUTOS	QUANTIDADES
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Piraquara, ____ de _____ de 20__	
_____ Assinatura do nutricionista e Carimbo Contendo nome e nº de registro profissional	

ANEXO 5

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA COMERCIAL EXCLUSIVA

DATA: ____/____/____

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

UNIDADE _____ DE _____ SAÚDE: _____

História _____ dietética _____ atual: _____

Recebe dieta: () Via oral consistência () SNE () gastrostomia () jejunostomia
 Tipo de dieta: () 100% industrializada () mista () com alimentos () outra ____
 Volume _____ e _____ frequência: _____

Calorias ofertadas / dia: _____

CRITÉRIOS CLÍNICOS (critério de exclusão):

() Portador de via alternativa de alimentação.

Especificar:

- () Insuficiência renal crônica - IRC severa ou dialítica, com restrição importante de volume e íons que não permita o manejo com dieta artesanal ou mista;
- () Pós-operatório (4 meses) de cirurgia do trato gastrointestinal de médio ou grande porte que envolvem estômago, intestinos, pâncreas e fígado ou de transplante, não considerando cirurgia para acesso de via alternativa de nutrição;
- () Pré-operatório (4 meses) de cirurgias do trato gastrointestinal de médio ou grande porte que envolvem estômago, intestinos, pâncreas e fígado ou transplantes não considerando cirurgia para acesso de via alternativa de nutrição, cursando com desnutrição;
- () Distúrbio de absorção de nutrientes (doença de Crohn, doenças inflamatórias intestinais, fístulas enterocutâneas de médio e alto débito, síndrome do intestino curto e outras síndromes intestinais desde que especificadas) associado à desnutrição;
- () Diarreia crônica (por mais de 20 dias), sem melhora com medidas clínicas e dietéticas, associada à desnutrição.
- () Lesão(ões) por pressão estágio III e IV sem recuperação com dieta artesanal ou mista, com especificação do período de uso da dieta artesanal, associado à desnutrição.
- () Outros

1. Avaliação antropométrica:

- peso (atual ou estimado): _____

- altura: _____
- IMC: _____
- Circunferências _____ (valores _____ e adequação): _____

1. Exame físico (pele, fâneros, turgor cutâneo, edemas):

1. Avaliação Nutricional Subjetiva

CRITÉRIOS LABORATORIAIS:

- Albumina (**critério de exclusão**): _____
- Hemograma: _____
- Uréia e creatinina: _____
- Sódio e potássio: _____
- Glicemia: _____

Diagnóstico nutricional:

Necessidade calórica e protéica estimada (calorias totais VCT e cal/ Kg de peso*):

Dieta solicitada:

Justificativa:

Assinatura e carimbo do nutricionista:

ANEXO 6

FICHA DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL DOMICILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____	Data da Visita: _____/_____/_____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos	Telefone: () _____
Peso (prontuário eletrônico): _____ kg em ____/____/____	ACS responsável: _____
Altura (prontuário eletrônico): _____ m.	
Última consulta UBS: ____/____/____ Última visita domiciliar: ____/____/____	

1. ASPECTOS SOCIAIS E DE SAÚDE

Fumante: ☐ S ☐ N ☐ Ex-tabagista Eventualmente	Bebida alcoólicas: ☐ S ☐ N ☐
Mora sozinho (a): ☐ S ☐ N	Se não, mora com quem? _____
Está tomando a medicação corretamente? ☐ S ☐ N ☐ NA	Medicamentos utilizados pelo paciente: _____
Diagnóstico Clínico/Patologias/Queixa Principal: _____	
Como tem passado nos últimos dias e como está se sentindo hoje? _____	
Via atual de alimentação:	
☐ Oral (Consistência: ☐ Normal ☐ Pastosa ☐ Líquida) ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gastrostomia ☐ Jejunostomia	
Responsável pelo preparo das refeições: _____ Número de refeições/dia: _____	
Apresentou alterações na ingestão alimentar: ☐ S ☐ N ☐ Diminuiu	
Apetite: ☐ Igual ☐ Aumentou	
Há quanto tempo? _____	
Alimentos consumidos diariamente:	
☐ Frutas ☐ Legumes e Verduras ☐ Carnes e Ovos ☐ Leguminosas ☐ Cereais ☐ Óleos e Gorduras	
Outros alimentos: _____	

Que nota você daria para sua alimentação? (opcional) _____

Motivo: _____

Ingestão hídrica: _____ litros/dia

1. INGESTÃO ALIMENTAR

Recordatório de 24 horas

Horário:	Refeição:	Horário:	Refeição:
Alimentos	e	Alimentos	e
Bebidas:		Bebidas:	
Horário:	Refeição:	Horário:	Refeição:
Alimentos	e	Alimentos	e
Bebidas:		Bebidas:	
Horário:	Refeição:	Horário:	Refeição:
Alimentos	e	Alimentos	e
Bebidas:		Bebidas:	

1. INGESTÃO ALIMENTAR - PARA MENORES DE 2 ANOS

Idade Gestacional do parto: _____.	Peso ao nascer: _____ g. Peso na alta: _____ g.
Alimentação materna e/ou complementar:	

1. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Peso habitual: _____ kg

Perda de peso? ☐ S ☐ N ☐ Não sabe relatar
tempo? _____ kg _____ meses

Se sim, quanto/

1. DIURESE E EVACUAÇÃO

Hábito urinário: _____ x/dia Observações:

Hábito intestinal: _____ x/dia Observações:

1. OBSERVAÇÕES

Dificuldades apresentadas pelo paciente (sintomas gastrointestinais, acesso aos alimentos, preparo, fracionamento, outras):

1. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Peso Atual:	Estatura:	IMC:	Classificação:
AJ:	CB:	CP:	PCT:
Outras medidas:			

1. EXAME FÍSICO

Apresenta perda de gordura aparente? ☐ S ☐ N
Moderada ☐ Grave

Se sim: ☐ Leve ☐

Desidratação aparente? ☐ S ☐ N

Edema: ☐ S ☐ N
☐ Grave

Se sim: ☐ Leve ☐ Moderado

Capacidade funcional: ☐ Preservada ☐ Diminuída ☐ Deambulando ☐ Confinado ao leito

Outras Observações:

1. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL E ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS ESTABELECIDAS

Necessita de dieta especial/suplemento alimentar? ☐ S ☐ N		
Se sim, qual?		
Outras Observações:		
Orientações/plano:		
Necessita de intervenção de outro profissional de saúde? ☐ S ☐ N		
Se	sim,	qual?
Necessita de rede de apoio? ☐ S ☐ N		
Se	sim,	qual?
Necessidade de nova visita domiciliar? ☐ S ☐ N		
/ /		Se sim, quando?

Assinatura do nutricionista/CRN _____

ANEXO 7
MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - IDOSOS

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

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

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	☐
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	☐
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	☐
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	☐
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	☐
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	☐ ☐
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	☐
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	☐
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	☐
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	☐
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ ☐ ☐
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	☐
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	☐ ☐
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	☐
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	☐
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	☐ ☐
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	☐ ☐
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	☐
Avaliação global (máximo 16 pontos)	☐ ☐ ☐
Pontuação da triagem	☐ ☐ ☐
Pontuação total (máximo 30 pontos)	☐ ☐ ☐
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos ☐ estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos ☐ sob risco de desnutrição menos de 17 pontos ☐ desnutrido	

References
 1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2008; 10:456-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377.
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-467.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO 8

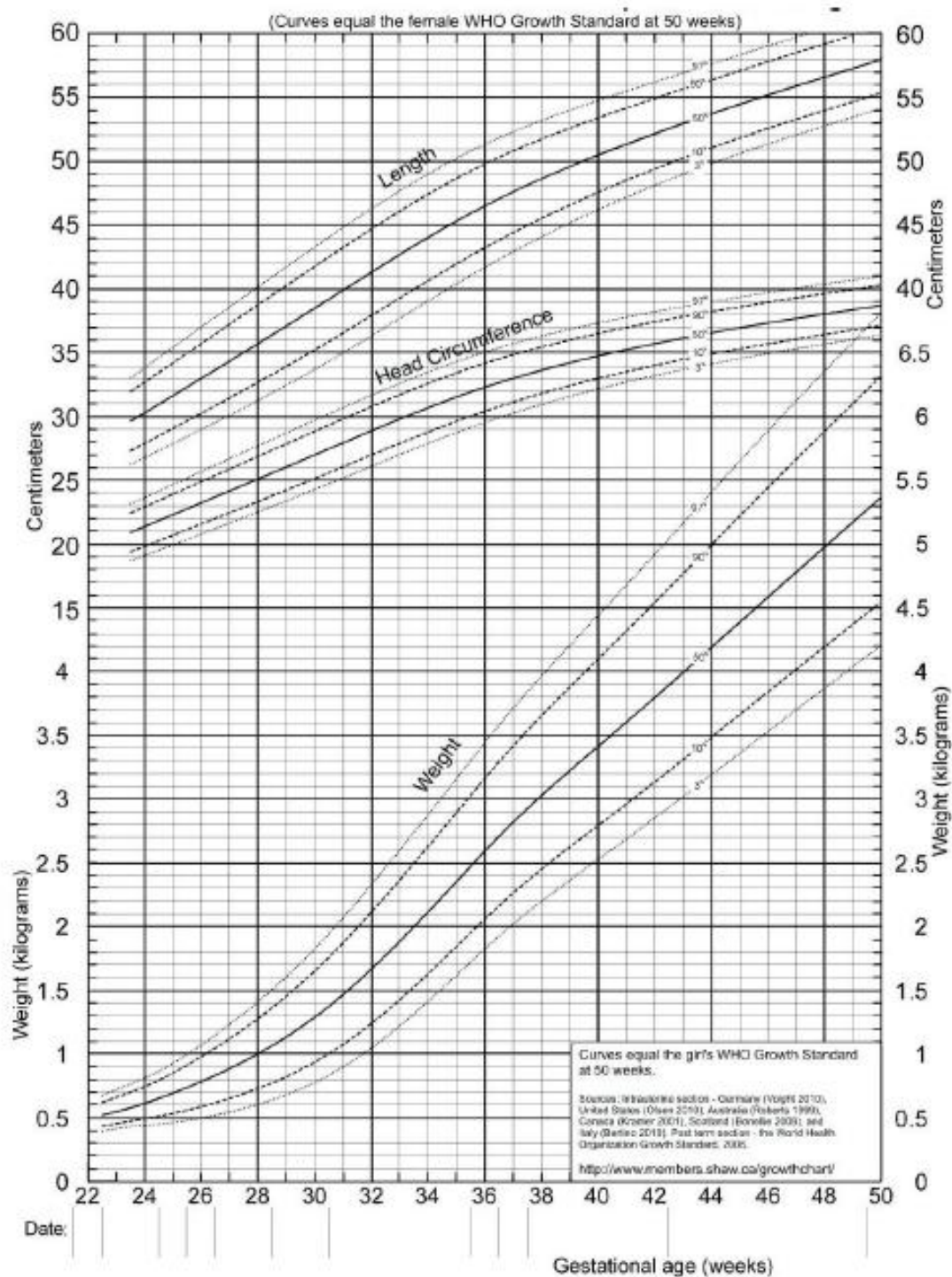
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL - 20 (IVCF-20) - IDOSOS

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 www.fvccf20.com.br			
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.</i> <i>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade? ☐ 60 a 74 anos ^B ☐ 75 a 84 anos ^C ☐ ≥ 85 anos ^D	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: ☐ Excelente, muito boa ou boa ^B ☐ Regular ou ruim ^D	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item 4 de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ☐ Sim ^A ☐ Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ☐ Sim ^A ☐ Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ☐ Sim ^A ☐ Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ☐ Sim ^A ☐ Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ☐ Sim ^A ☐ Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ☐ Sim ^A ☐ Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ^A ☐ Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ☐ Sim ^A ☐ Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ☐ Sim ^A ☐ Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e punção	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ☐ Sim ^A ☐ Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ☐ Sim ^A ☐ Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . ☐ Sim ^A ☐ Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ^A ☐ Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ☐ Sim ^A ☐ Não	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ☐ Sim ^A ☐ Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ☐ Sim ^A ☐ Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ☐ Sim ^A ☐ Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . ☐ Sim ^A ☐ Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

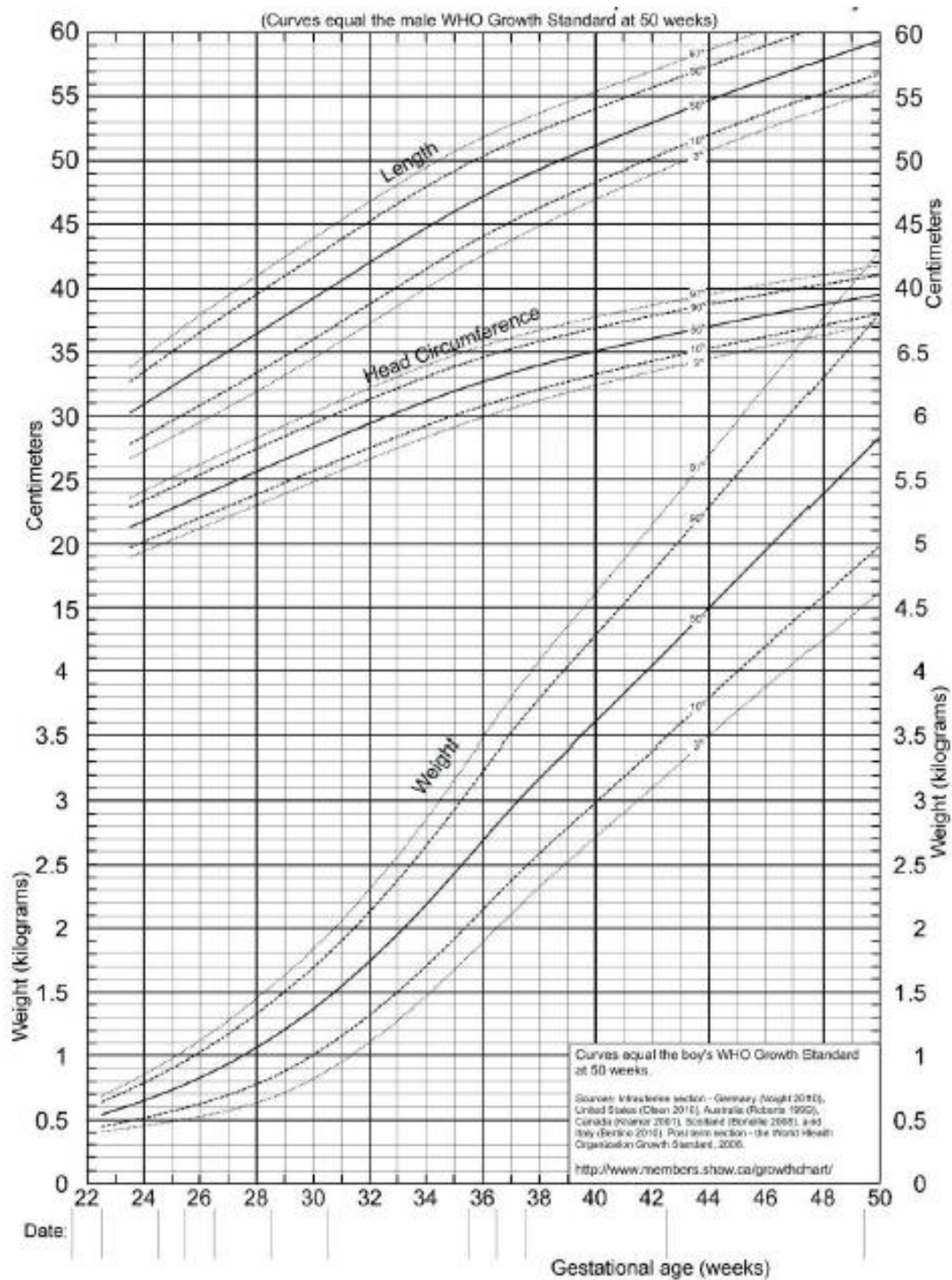
ANEXO 9

CURVAS DE CRESCIMENTO PARA PREMATURO

Curva de Crescimento para Prematuros - Meninas (Fenton, 2013)



Curva de Crescimento para Prematuros - Meninos (Fenton, 2013)



ANEXO 10

Quantidades máximas sugeridas de cada tipo de fórmula, conforme indicação clínica

FÓRMULA DE PARTIDA				
Idade	Água (mL)	Colheres medida*	Mamadeiras/dia	Latas/mês (400g)
1ª e 2ª semanas	90	3	6	7
3ª e 4ª semanas	120	4	5	
2º mês	150	5	5	9
3º e 4º mês	180	6	5	10
5º mês	210	7	5	12

*A colher medida aqui refere-se a 4,5g

FÓRMULA DE SEGUIMENTO				
Idade	Água (mL)	Colheres medida*	Mamadeiras/dia	Latas/mês (400g)
6º mês	210	7	5	12
A partir do 7º mês	210	7	3-4	7 - 10

*A colher medida aqui refere-se a 4,5g

**Em uso exclusivo de fórmula

FÓRMULA DE ORIGEM VEGETAL				
Idade	Água (mL)	Colheres medida*	Mamadeiras/dia	Latas/mês (400g)
6º mês	210	7	3-5	7-12
A partir do 7º mês	210	7	3-4	7-10
12 meses até 2 anos	210	7	2-3	5-7

*A colher medida aqui refere-se a 4,5g

FÓRMULA SEMI-ELEMENTAR E AMINOÁCIDOS				
Idade	Água (mL)	Colheres medida*	Mamadeiras/dia	Latas/mês (400g)

1ª e 2ª semanas	90	3	6	7
3ª e 4ª semanas	120	4	5	
2º mês	150	5	5	9
3º e 4º mês	180	6	5	10
5º mês	210	7	5	12
6º mês	210	7	3-5	7-12
A partir do 7º mês	210	7	3-4	7-10
12 meses até 2 anos	210	7	2-3	5-7

*A colher medida aqui refere-se a 4,5g

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, 7 jul. 2000.

ALEXANDROV, A. W. What is Stroke? In: Acute Stroke Nursing. Williams, J., Perry, L. Watkins, C. Ed. Wiley-Blackwell: Oxford, UK, 2010.

ALTINTAS, N.D.; AYDIN, K.; TURKOGLU, M. A. et. al. Effect of enteral versus parenteral nutrition in outcome of medical patients requiring mechanical ventilation. Nutr. Clin. Paract., v 26, p. 322-329, 2011.

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. Ischemic Strokes, 2014. Disponível em: <http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/IschemicClots/Ischemic-Strokes-Clots_UCM_310939_Article.jsp#.WDrwjLKLTIU> Acesso em: 21 de nov. de 2021.

Antonarakis SE, Skotko BG, Rafii MS, et al. Down syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):9. Published 2020 Feb 6. doi:10.1038/s41572-019-0143-7

ANVISA, Resolução da diretoria Colegiada. RDC nº 63 de 6 de julho de 2000.

ASBAI, Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia & Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. Guia prático de diagnóstico e tratamento da alergia às proteínas do leite de vaca mediada pela imunoglobulina E. Revista brasileira de alergia e imunopatologia. 2012.

BALDWIN, C.; PARSONS, T. J. Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness-related malnutrition: systematic review. Clinical Nutrition, [S.l.], n. 23, p.1267-79, 2004.

BALDWIN, C.; PARSONS, T. J. Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness-related malnutrition: systematic review. Clinical Nutrition, [S.l.], n. 23, p.1267-79, 2004.

BANKHEAD, R. et al. A Enteral nutrition practice recommendations. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 122-167, 2009.

BARBOSA, M. B.; PALMA, D.; BATAGLIN, T.; TADDEI, J. A. de A. C. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. Revista de Nutrição. Campinas, 20(1): 55-62, jan/fev, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732007000100006&script=sci_abstract&lng=pt> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROTAGE Study Group. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542-59.

Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROTAGE Study Group. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542-59.

BAUER, J.; BIOLO, G.; CEDERHOLM, T. et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: A position paper from the PRO-AGE Study Group. JAMDA, v. 14; p. 542-559, 2013.

BENTO, A. P. L.; JORDÃO JÚNIOR, A. A.; GARCIA, R. W . D. Manual do paciente em terapia nutricional enteral domiciliar. Trabalho de Mestrado em Medicina Clínica. 2010

BRASIL, 2009a. Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de Atenção Básica, nº 23. Brasília – DF.

BRASIL, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 1, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm> Acesso em 24 Nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. Brasília- DF, 2010d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf> . Acesso em 24 Nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. Volume 3. Brasília, DF, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília – DF 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica - nº 19. Brasília - DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia Prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília- DF, 2006.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Agência Nacional de Vigilância

Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2008. 160 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Cuidados em terapia nutricional. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 3. 2015a. (Caderno de Atenção Domiciliar ;v. 3). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7272.htm#:~:text=ALIMENTAR%20E%20NUTRICIONAL-,Art>. Acesso em 24 Nov. 2020.

BRASIL. DECRETO Nº 9.579, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2018. Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2018a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. EMENDA, Legislação. Emenda Constitucional Nº 64, de 4 de Fevereiro de 2010. Diário do Congresso Nacional, 1p. Diário Oficial da União, 2010b. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2010/emendaconstitucional-64-4-fevereiro-2010-601824-publicacaooriginal-123345-pl.html>> . Acesso em 24 Nov. 2020.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente - Versão Atualizada. CEDECA – RIO DE JANEIRO: Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2017a. 258p. Disponível em: <https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/wp-content/uploads/2017/06/LivroECA_2017_v05_INTERNET.pdf>. Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Estatuto do idoso. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. Edição do Senado Federal, 2017b. 40 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/530232/estatuto_do_idoso_1ed.pdf> Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Informe Dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome. SANTARELLI, M.; BURITY, V.; ROCHA, N. C. Brasília: FIAN Brasil, 2019a. 102p.

Disponível em: <https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Informe-Dhana-2019_v-final.pdf> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA - IN Nº 28, DE 26 DE JULHO DE 2018. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estabelece as listas de constituintes, de limites de uso, de alegações e de rotulagem complementar dos suplementos alimentares. Diário Oficial da União, 2018b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/34380639/do1-2018-07-27-instrucao-normativa-in-n-28-de-26-de-julho-de-2018-34380550> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Lei Municipal nº 446. Rio de Janeiro, Câmara Municipal de Rio Claro. 2009.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm> Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 143, n. 179, 2006a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Lei, nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União v. 8080, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 1). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/cap_3_vol_%201_gestao_CAD.pdf> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Caderno de Atenção Domiciliar, v 3. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_v03.pdf. Acesso em: 02 Dez. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 204 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2_ed.pdf> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 256 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pediatria/Repositorio/ppsca/bibliografia/nutricao/ministerio-da-saude-guia-alimentar-para-criancas-menores-de-dois-anos>> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 84 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Brasília: Ministério da Saúde, nov-2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_APLV_CP6_8_2017.pdf . Acesso em: 09/06/2022.

BRASIL. Nota Técnica nº 84 de 2010 da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS). Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/cgan.php>> Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. PORTARIA Nº 272, DE 8 DE ABRIL DE 1998. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária, 1998. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0272_08_04_1998.html#:~:text=Terapia%20Nutricional%20\(TN\)%3A%20conjunto,Nutri%C3%A7%C3%A3o%20Parenteral%20e%20ou%20Enteral.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0272_08_04_1998.html#:~:text=Terapia%20Nutricional%20(TN)%3A%20conjunto,Nutri%C3%A7%C3%A3o%20Parenteral%20e%20ou%20Enteral.)> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

BRASIL. Protocolo do programa municipal de dietas especiais. Francisco Beltrão-PR, 2021. Disponível em: PROTOCOLO-DIETAS-ESPECIAIS.pdf (franciscobeltrao.pr.gov.br). Acesso em: 16/10/2022.

Brasil. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília, DF. 2008

Brasil. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília, DF. 2008

BRASIL. Resolução RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2000. Available from: www.anvisa.gov.br

BRASPEN. Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Diretrizes de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. Volume 36, N. 3, Suplemento 3, 2021.

BRASPEN. Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Diretriz Braspen de terapia nutricional no paciente com câncer. Braspen Journal, v. 34, suplemento 1, 2019.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 23, p. 1-55, 2018. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

CHOW, R. BRUERA, E. CHIU, L. et. al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Annals of Palliative Medicine, v. 5, n. 1, jan. 2016.

CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A.F.; STEINBAUGH, M. L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. Journal of the American Geriatrics Society, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 116-20, 1985.

Ciosak SI, Matsuba CST, Silva MLT, Serpa LF, Poltronieri MJ. Acessos para Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. Assoc Médica Bras e Cons Fed Med. 2011;1–10.

CONITEC. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação. Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Nº 345, nov. 2018;

DENNIS, M. S.; LEWIS, S. C.; WARLOW, C. Effect of timing method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): A multicentre randomised controlled trial. Lancet, 365, p. 764-772, 2005.

DIAS, M. C. G.; HORIE, L. M.; WAITZBERG, D. L. Exame Físico e Antropometria. In: WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

Fenton, T.R., Kim, J.H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatr - vol. 13, n.59, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-59>

Fernandes V. P., Lima A., Junior A. A., Nogueira R. Nutrição enteral em pediatria. Rev. Resid. Ped. 2013 Sep;3(3):67-75.

FERREIRA, I. K. C.. Terapia Nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Goiânia, p. 90-97, 1 jan. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/JFbfq3DZrSm75BHtMdvfP8G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2022.

FISBERG, R. M.; MARTINI, L. A.; SLATER, B. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, R. M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L. et al. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos. São Paulo: Manole, 2005, p. 8-18.

Florentino, A.M., Reis, N.T.; Calixto-lima, L. Nutrição Clínica na Terceira Idade. In: REIS, N.T.; CALIXTO-LIMA, L. Nutrição Clínica- Bases para Prescrição. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

Freitas EV, PY L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan; 2016.

Freitas EV, PY L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan; 2016.

Garófolo A, Alves RF, Rezende MAC. Suplementos orais artesanais desenvolvidos para pacientes com câncer: análise descritiva. Rev Nutr 2010;23(4):523-33.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GILMOUR, G. S., NIELSEN, G., TEODORO, T., YOGARAJAH, M., COEBERGH, J. A., DIELEY, M. D., MARTINO, D., EDWARDS, M. J. Management of functional neurological disorder. J Neurol. v. 267(7) p. 2164-2172. jul. 2020. doi: 10.1007/s00415-020-09772-w.

GOLDBERG, L. S., KENNETH W. A. "The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: a critical review." Clinical interventions in aging v. 9. p. 1733 - 1739, 14 out. 2014, doi:10.2147/CIA.S53153

HARRIS, J. A.; BENEDICT, F. G. Biometric studies of basal metabolism in man. Washington, DC: Carnegie Institute of Washington, 1919. (Publication Number 297).

Hickson M. Malnutrition and ageing. Postgrad Med J. 2006;82(963):2-8.

HORN, S. D. et. al. Enteral nutrition for patients with traumatic brain injury in the rehabilitation setting: associations with patient preinjury and injury characteristics and outcomes. Arch. Phys. Med. Rehabil, 96, p. 245-255, 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. O que é câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>> Acesso em: 21 de nov. 2021.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. CADERNO ESTATÍSTICO: MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, 2020. 50p. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83300&btOk=ok>> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

JAMES, R. et. al. Nutrition support (tube feeding) as a rehabilitation intervention. Arch. Phys. Med. Rehabil, 86, p. 82-92, 2005.

Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. J Am Diet Assoc. 2000;100(1):59-66.

LIMA, Adriana Martins de; GAMALLO, Silvia Maria M; OLIVEIRA, Fernanda Luisa C. Desnutrição energético-protéica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. Rev Paul Pediatría, São Paulo, p. 353-361, 26 set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/SK4MNPvgfRhLQbPNQ34LCDw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2022.

MAHAN, L. K., e ESCOTTSTUMP, S.. "Krause's Food, Nutrition, & Diet Therapy." (2005).

MAIA, L. C.; MORAES, E. N.; COSTA, S. M.; CALDEIRA, A. P. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. Ciência e Saúde Coletiva, v. 25, n.12, dez. 2020.

MARTINS, C., MOREIRA, S. M. e PIEROSAN, S. R. Interações droga-nutriente. 2ª edição. Curitiba, 2003.

MINAS GERAIS. PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO LEOPOLDO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo clínico para dispensação de fórmulas nutricionais na rede pública de saúde do município de Pedro Leopoldo, Minas Gerais. [20--]. Disponível em: <http://pedroleopoldo.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/Protocolo-Cl%C3%ADnico-de-dispensa%C3%A7%C3%A3o-de-F%C3%B3rmulas-Nutricionais.pdf> . Acesso em: 24 Nov. 2020.

MINICUCCI, M. F. et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. Revista de Nutrição, [S.l.], v. 18, p. 553- 559, 2005.

MORAES, N. E.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L., et. al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 81, 2016.

NATIONAL ADVISORY GROUP (NAG) ON STANDARDS AND PRACTICE GUIDELINES FOR PARENTERAL NUTRITION. Safe practices for parenteral

nutrition formulations. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition [S.l.], v. 22, p. 49-66. 1998.

National Institutes of Health. Offices of Dietary Supplements. Nutrient recommendations: Dietary Reference Intakes (DRI). Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545442/table/appJ_tab3/?report=objectonly NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Stroke and Transient Ischaemic Attack in over 16s: Diagnosis and Initial Management. Clinical Guideline, 2008. Disponível em: < <https://www.nice.org.uk/guidance/Cg68> > Acesso em: 21 de nov. 2021.

OJO, O. e BROOKE, J. The use of enteral nutrition in the management of stroke. Nutrients, v. 8, n. 2, p. 827, out-dez 2016.

Prado, M. B., Mestrinheri, L., Frangella, V. S., & Mustacchi, Z. (2009). Acompanhamento nutricional de pacientes com Síndrome de Down atendidos em um consultório pediátrico. O mundo da saúde, 33(3), 335-46.

Roediger MA, Marucci MF, Latorre MR, Hearst N, de Oliveira C, Duarte YA. Validation, reliability and operational equivalency of the nutritional screening method "Determine The Nutritional Health Of The Elderly". Ciência & Saúde Coletiva; 2017. p. 509-18.

Roediger MA, Marucci MF, Latorre MR, Hearst N, de Oliveira C, Duarte YA. Validation, reliability and operational equivalency of the nutritional screening method "Determine The Nutritional Health Of The Elderly". Ciência & Saúde Coletiva; 2017. p. 509-18.

SÃO PAULO, Diário Oficial. Aprova Protocolo Clínico para Normatização da Dispensação de Fórmulas Infantis Especiais a pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo. 2007

Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento/ Cadernos de Atenção Básica, nº33. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SCHIEFERDECKER, M. E. M. et al. Seleção de fórmula para nutrição enteral no Brasil. In: CAMPOS, A. C. L. Tratado de nutrição e metabolismo em cirurgia. Rio de Janeiro: Editora Rubio Ltda, 2013.

Secretaria Municipal de Curitiba. Programa de Atenção nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação. Prefeitura de Curitiba, 2011.

SILVA, Claudia Maria Estevão. A INTOLERÂNCIA À LACTOSE E AS CONSEQUÊNCIAS NA ABSORÇÃO DO CÁLCIO. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. Salvador, v. 6, n. 6, p. 29-35, jul./dez. 2017

Síndrome de Down. Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down. 2021 Disponível em <<http://federacaodown.org.br/sindrome-de-down/>> Acesso em: 06, dez. 2021.

Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma Alerg Imunol. 2018;2(1):7-38

SOLÉ, Dirceu; SILVA, Luciana Rodrigues; ROSÁRIO FILHO, Nelson A.; SARNI, Roseli Oselka Saccardo. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia. São Paulo.Vol. 31, nº2. 2008

VERAS, R. P. E OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciência e Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38(1):10-47.

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38(1):10-47.

Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38(1):10-47.

Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Fruhwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015;34(6):1052-73.

Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Fruhwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. Clin Nutr. 2015;34(6):1052-73.

VOLKERT, D. et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. Clinical Nutrition,[S.I.], v. 25, p. 330-360, 2006

Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. Nutrition. 2001;17(7-8):573-80.

WEIMANN, A. et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Surgery incl. Organ Transplantation. Clinical Nutrition, [S.I.], v. 25, n. 2, p. 224-44, 2006.

WHO (World Health Organization). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: The Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).In: ROMANI, SAM; LIRA, PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. vol.4 nº1 Recife jan./Mar. 2004

Willis H. Causes, assessment and treatment of malnutrition in older people. Nurs Older People. 2017;29(2):20-5.

Willis H. Causes, assessment and treatment of malnutrition in older people. *Nurs Older People*. 2017;29(2):20-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) World Report on ageing and health. Geneva, 2015.