

PROTOCOLO DE ACESSO TERAPIA NUTRICIONAL

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí –
2025



**Prefeitura
de Jundiaí**

PROTOCOLO DE ACESSO



TERAPIA NUTRICIONAL

Setor de Terapia Nutricional

Protocolo singularizado para o município de Jundiaí

Setembro 2025



Organização e Elaboração

Núcleo de Regulação da Saúde
Secretaria de Promoção da Saúde

SECRETÁRIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Márcia Pereira Dobarro Facci

SECRETÁRIO ADJUNTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Allan Gomes de Lorena

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE

Suellen Marília de Souza Silva Melo

DIRETORA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E FINANÇAS

Andreia Pinto de Souza

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Tatiane de Luca Barbosa

ELABORAÇÃO

Mariana de Novaes Oliveira – Apoiadora Técnica em Nutrição

REVISÃO

Mariana Marques de Melo - Nutricionista



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	04
FLUXO DE ATENDIMENTO	05
CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO	06
INDICAÇÕES DE TERAPIA NUTRICIONAL	07
CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL	07
CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL	08
FLUXO DE ACESSO AOS PRODUTOS E INSUMOS DE TN	08
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ACESSO	09
ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO E QUANTITATIVO DISPONÍVEIS	10
MONITORAMENTO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS	11
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E ALTA	11
DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS	12
PRODUTOS FORNECIDOS PELO SETOR DE TN	12
FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DE ACESSO AO SETOR DE TN	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXO 1 – FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL	16
ANEXO 2 – FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ESPESSANTE	18
ANEXO 3 – EQUAÇÕES PARA CÁLCULO DA TAXA METABÓLICA BASAL	19

APRESENTAÇÃO:

Este documento estabelece critérios de regulação ao acesso à assistência à saúde para a inclusão, permanência e exclusão de usuários no Setor de Terapia Nutricional do Município de Jundiaí, para dispensação de suplemento alimentar infantil, espessante alimentar e dieta enteral industrializada para crianças, adolescentes, adultos e idosos com os devidos insumos para sua administração.

Considerando que a alimentação e nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), compreende a atenção nutricional como os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos (BRASIL, 2013).

Assim, a atenção nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inclui o cuidado aos indivíduos que apresentam necessidades alimentares especiais, como os portadores de alterações metabólicas ou fisiológicas que causem mudanças temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (BRASIL, 2013).

Pessoas impossibilitadas de ingerir alimentos em quantidades adequadas ou aqueles em que a ingestão via oral está contraindicada, podem necessitar de terapia nutricional, de modo a fornecer energia e nutrientes em qualidade e quantidade suficientes para suprir suas necessidades diárias (BRASIL, 2013).

Baseando-se nestes casos, o Setor de Terapia Nutricional da Secretaria de Promoção da Saúde da Prefeitura do Município de Jundiaí, tem como principal objetivo promover a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente nas situações onde haja indicação de suplementação oral para o público infantil, adaptação de consistência com espessante alimentar e alimentação por via enteral (exclusiva ou parcial) de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

A definição dos critérios de dispensação de suplemento infantil e dietas de nutrição enteral tem como finalidade atender à necessidade dos usuários que apresentam maior fragilidade clínica e nutricional, bem como contra indicação de dieta por via oral. Sendo assim, a Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de

saúde, priorizando consultas e procedimentos aos pacientes de maior risco, necessidade e/ou indicação clínica, em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, a oferta deste protocolo é uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Complementarmente, ele deve servir como filtro de encaminhamentos, priorizando o acesso dos pacientes ao recebimento de dieta e/ou insumos, quando eles apresentam indicação clínica para tanto, otimizando o uso dos recursos em saúde.

FLUXO DE ATENDIMENTO

- Usuários que foram avaliados em consulta p nutricionista que tenham a indicação do uso de dieta para alimentação por via enteral, espessante ou de suplemento alimentar infantil.
- O profissional nutricionista solicitante deverá preencher o formulário de Solicitação de Terapia Nutricional (Anexo 1) e receituário em duas vias com especificação do produto (com nome genérico do produto, dosagem, diluição, etc) e/ou insumos. Somente serão aceitos os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário. No caso da prescrição de espessante alimentar a ficha de solicitação de espessante (Anexo 2) poderá ser preenchida pelo nutricionista ou fonoaudiólogo, devendo também estar acompanhada de receituário em duas vias com especificação e modo de uso do produto.

Observação: Solicitações contendo nome comercial serão rejeitadas.

Os processos terão validade de 03 (três) meses, sendo necessária sua renovação caso haja indicação de continuidade da terapia nutricional indicada.

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO:

- Usuários **residentes e domiciliados** em Jundiaí, seja criança, adolescente, adulto ou idoso.
- Usuários cadastrados no Cadastro Único dos Usuários do SUS e na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Clínicas de Família (CF) de referência no município de Jundiaí.



- O solicitante deverá seguir os critérios deste protocolo, sobre o tipo e o quantitativo máximo da dieta, espessante ou suplemento infantil a ser disponibilizado.

É necessário ressaltar que quaisquer informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante, tais como: história, tempo de evolução, dados de exames físicos e outras situações clínicas, medicamentos em uso, exames e tratamento já realizados podem fazer parte deste encaminhamento.

INDICAÇÕES DE TERAPIA NUTRICIONAL

Definição:

A Terapia Nutricional é considerada um procedimento terapêutico com objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional de indivíduos. A escolha da via de administração depende primordialmente da funcionalidade do trato gastrointestinal, associado à adequação nutricional e clínica, de acordo com o(s) diagnóstico(s) do paciente (BRASPEN, 2018).

Terapia Nutricional Enteral:

A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é indicada quando as necessidades nutricionais não podem ser alcançadas devido ao comprometimento da via oral, da absorção dos nutrientes e consequentemente do estado nutricional (BRASIL, 2015).

Segundo a RDC nº 503, de 27 de maio de 2021, a nutrição enteral é um 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, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Critérios da Indicação de TNE:

- Sistema digestório funcionando, capaz de digerir alimentos, absorver e metabolizar nutrientes, total ou parcialmente.
- Quando a ingestão via oral e o uso de técnicas dietéticas (modificação da alimentação habitual) e complementos não suprir, pelo menos 60% das recomendações calóricas-proteicas em até dez dias.
- Perda ponderal importante ($\geq 10\%$ do peso habitual em um período de 6 meses)

Observação: Recomenda-se que o uso de sonda nasoenteral seja indicado para curto prazo. Se o período for superior a seis semanas, deve-se considerar a confecção de estomas (BRASIL, 2015), encaminhando para o cirurgião para indicação do procedimento hospitalar.

Terapia Nutricional Oral:

A Terapia Nutricional Oral (TNO) no público infantil é recomendada quando a ingestão alimentar é menor de 80-60% da meta nutricional através da alimentação por um período maior de 10 dias (ESPGHAN, 2010). Tem como objetivo de manter ou recuperar o estado nutricional de pacientes em risco nutricional, evitando as consequências indesejáveis da desnutrição (BRASPEN, 2018).

O termo suplemento alimentar adotado neste protocolo refere-se a fórmulas para fins especiais, assim como a nutrição enteral. Desde modo, não engloba a denominação de suplemento alimentar definido pelo novo marco regulatório da ANVISA, que enquadra seis categorias de alimentos e uma de medicamento, sendo elas: (1) suplementos de vitaminas e minerais; (2) substâncias bioativas e probióticos; (3) novos alimentos e novos ingredientes; (4) alimentos com alegações de propriedades funcionais e de saúde; (5) suplementos para atletas; (6) complementos alimentares para gestantes e nutrízes; e (7) medicamentos específicos sem prescrição médica (CFN, 2021).

Critérios da Indicação de TNO:

SUPLEMENTO NUTRICIONAL INFANTIL: A necessidade do uso de suplemento nutricional tem como premissa o estado nutricional e clínico do indivíduo. Sendo assim, o principal critério para a dispensação de terapia nutricional oral, **por parte deste setor**, baseia-se na classificação do estado nutricional, ou seja, sua “magreza”, de acordo com o exposto abaixo:

- **Crianças (0 – 18 anos 11 meses e 29 dias)** - Peso ou IMC abaixo do p3 – segundo OMS, 2006.

Observação: caso de pacientes com impossibilidade de alimentação via oral satisfatória, porém sem via alternativa para alimentação, serão avaliados individualmente.

Critérios socioeconômicos e de SUS dependência também serão considerados como justificativa caso haja necessidade

ESPESSANTE ALIMENTAR: Os espessantes alimentares são indicados para pacientes com disfagia (dificuldade de engolir) para aumentar a consistência de líquidos e alimentos, o que reduz o risco de engasgos, tosse e broncoaspiração (entrada de líquido nos pulmões). Além disso, garante uma ingestão mais segura de líquidos evitando a desidratação e auxilia no processo de transição entre a retirada da terapia nutricional enteral e a alimentação via oral.

FLUXO DE ACESSO AOS PRODUTOS E INSUMOS DE TERAPIA NUTRICIONAL:

Para acesso aos produtos e insumos as solicitações serão avaliadas por equipe técnica do Setor de Terapia Nutricional, para deferimento ou indeferimento. Essa análise será realizada através da avaliação de ficha padronizada preenchida por nutricionista e/ou fonoaudiólogo de acordo com as especificidades de cada situação.

Além dessa ficha, as solicitações devem vir acompanhadas de cópia dos documentos pessoais e receituário em duas vias contendo a especificação do produto que está disponível no Setor de Terapia Nutricional, sem marca comercial (dilução, modo de utilização e etc).

As solicitações poderão ser entregues:

- Pessoalmente na sede do referido setor, atualmente situado na Rua Monsenhor Emílio José Salin nº 110, – Vila Hortolândia, Jundiaí/SP.



- Enviadas por e-mail – tneprocessos@jundiai.sp.gov.br.

O prazo para a entrega dos produtos de nutrição enteral será em média de dez dias úteis, após a documentação ser apresentada, avaliada e aprovada. É necessário que o endereço informado na ficha de solicitação seja o mesmo contido no cadastro SUS para que a entrega seja efetuada. No caso em que os endereços não sejam os mesmos os processos não serão aceitos até que o cadastro seja atualizado.

Nos casos de indeferimento, o paciente ou responsável será orientado quanto às causas da negativa e a necessidade de retorno com o prescritor para que sejam proporcionados outros acessos de tratamento.

Documentos necessários para o acesso:

- Ficha de Solicitação de Terapia Nutricional: preenchida e assinada pelo nutricionista responsável. – **ANEXO 01**
- Ficha de Solicitação de Espessante: preenchida e assinada pelo nutricionista ou fonoaudiólogo responsável. - **ANEXO 02**
- Cópia dos documentos: RG, CPF, Cartão da Unidade de Saúde ou Clínica da Família que conste o Cadastro SUS e comprovante de endereço do paciente (o mesmo que consta no cadastro SUS);
- Prescrição nutricional em receituário (duas vias) contendo a especificação do produto, volume e modo de administração, diluição e modo de preparo no caso de formulações em pó.
- Para pacientes da saúde suplementar será necessário apresentação de Carta de Negativa de fornecimento da dieta enteral e/ou espessante por parte da instituição privada (complementar).

ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO E QUANTITATIVO DISPENSADOS:

O fornecimento da dieta enteral, suplemento alimentar infantil e espessante será autorizado para o período de três meses, podendo ser renovado por mais três meses e assim sucessivamente se houver manutenção da condição clínica prevista nos critérios de dispensação contidos neste documento. Para essa renovação, faz-se necessária a apresentação de novo formulário com dados atualizados.

Todo familiar/responsável pelo usuário que demanda nutrição enteral deverá receber as orientações sobre cuidados, preparo, administração e armazenamento pelo prescritor responsável.

Quanto à dispensação da nutrição enteral, serão adotados os seguintes critérios técnicos de liberação de dietas e insumos aos usuários cadastrados no Setor de Terapia Nutricional:

- **Dieta Enteral líquida/pó:** para os pacientes que fazem uso exclusivo de dieta via enteral serão liberados no máximo 1500 kcal/dia. Caso o paciente faça uso de volume superior a este, deve ser complementado por dieta artesanal conforme prescrição do nutricionista responsável.
- **Frasco e Equipos:** Serão liberados 30 frascos e 30 equipos gravitacionais por mês, sendo indicada a troca dos insumos a cada 24 horas (ANVISA, 2006; COREN, 2010; BRASIL, 2015).

Quanto à dispensação do suplemento oral infantil, serão adotados os seguintes critérios técnicos de liberação aos usuários cadastrados no Setor de Terapia Nutricional:

- **Suplemento Oral Infantil:** mediante prescrição da nutricionista responsável, será liberado até 03 unidades/vezes ao dia, não devendo este ser superior a 40% das necessidades calóricas totais de acordo com a idade da criança. Para o cálculo da necessidade calórica total deverá ser levado em consideração o preconizado pela FAO/OMS (1985) – **ANEXO 3**.
- **Espessante alimentar:** Será liberado conforme prescrição do profissional **fonoaudiólogo e/ou nutricionista** até o volume máximo de aproximadamente 500 porções/mês (4 latas).



- ✓ Consistência néctar: 1 lata
- ✓ Consistência mel: 2 latas
- ✓ Consistência pudim: 3 ou 4 latas.

MONITORAMENTO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS:

Após o deferimento da solicitação o usuário será cadastrado no Setor de Terapia Nutricional para o fornecimento de suplemento alimentar infantil, espessante alimentar ou dieta industrializada e/ou insumos. A renovação do processo não se dá de forma automática e para que haja manutenção do fornecimento faz-se necessário apresentação de uma nova ficha ao Setor de Terapia Nutricional.

Nos casos de solicitação de dietas e insumos perante sondagem de pacientes em PAs e desospitalização a solicitação deve ser realizada no ato pelo profissional nutricionista do estabelecimento seguindo os mesmos fluxos estabelecidos. Os serviços deverão encaminhar o usuário para a UBS de seu território para que seja realizada a continuidade do tratamento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E ALTA:

Ficam excluídos da oferta de produtos e insumos do Setor de Terapia Nutricional:

- Pacientes não residentes no município de Jundiaí;
- Prazo de renovação de processo expirado;
- Solicitação não condizente com o rol de produtos e insumos a serem dispensados pelo setor

- Qualquer motivo que não se enquadre mais nos critérios contidos neste protocolo.

São critérios para alta: óbito, mudança de município, recebimento da dieta por outro fluxo, melhora do quadro clínico com retorno à alimentação via oral ou qualquer motivo que não se enquadre mais nos critérios contidos neste protocolo.

DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS:

- **Dieta enteral, frascos e equipos:** serão entregues na residência, 1 x por mês, apenas no endereço que consta no cadastro SUS.
- **Suplemento oral infantil:** deverá ser retirado no setor em data agendada.
- **Espessante alimentar:** deverá ser retirado no setor mediante data agendada.

Cada processo de solicitação dá direito a 03 agendamentos. Caso o paciente/familiar não compareça para retirada do produto na data agendada, o mesmo tem até 05 dias úteis para realizar reagendamento. Caso contrário, o produto retornará ao estoque, podendo ser disponibilizado a outro usuário.

PRODUTOS FORNECIDOS PELO SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL

Adultos:

Dietas Enterais Padrão:

- Dieta Enteral polimérica hipercalórica com fibras (líquida)
- Dieta enteral polimérica normocalórica com fibras (líquida)
- Dieta à base de proteína de soja (pó)

Infantil:

Dietas Enterais Padrão:

- Dieta enteral infantil polimérica hipercalórica com fibras (líquida)
- Dieta enteral infantil polimérica normocalórica com fibras (líquida)
- Fórmula infantil enteral/oral para crianças menores de 01 ano (pó) (0-18 meses)

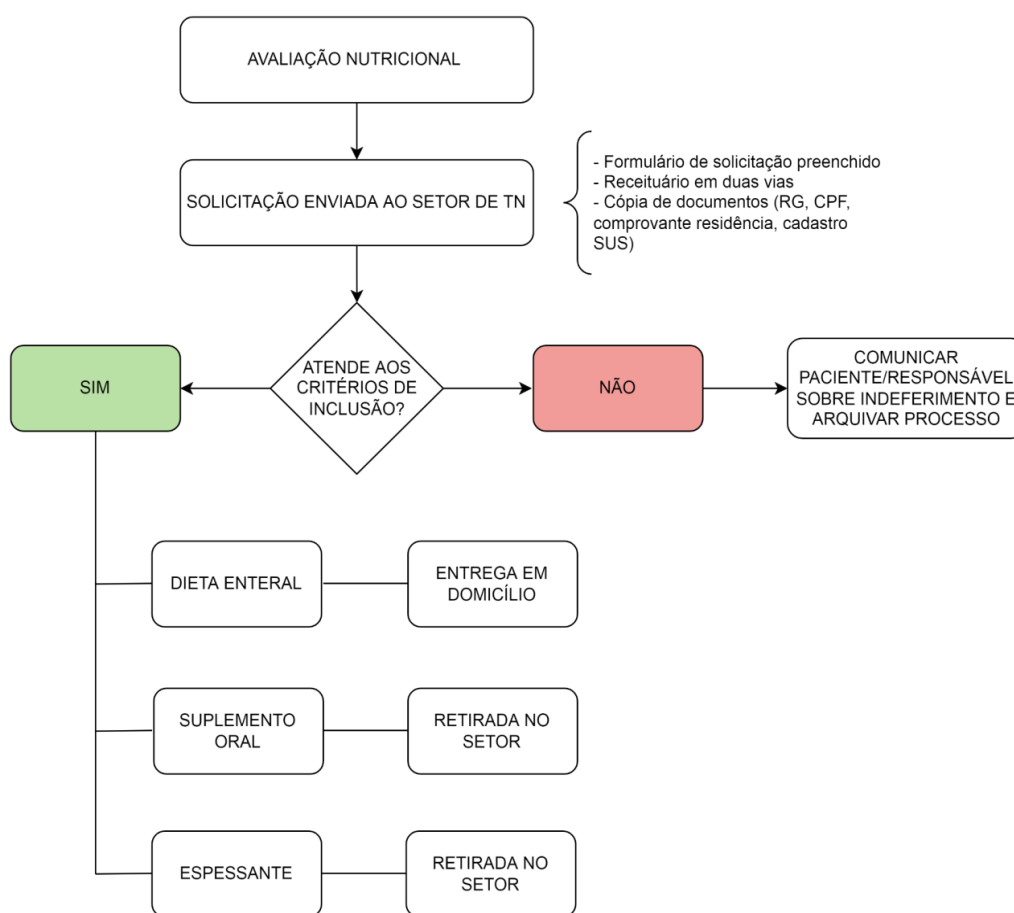
Suplementos Orais para crianças:

- Suplemento oral infantil em pó (1 – 10 anos)
- Fórmula infantil enteral/oral para crianças menores de 01 ano (pó) (0-18 meses)
- Dieta infantil enteral/oral à base de peptídeos (pó)

Adulto/Infantil:

- Espessante Alimentar em Pó (pó) (a partir de 03 anos)
-

FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DE ACESSO AO SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL



Observação: retirada no setor mediante agendamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília, 2016.

Disponível

em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializada.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3 v.: il. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3)

Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. BRASPEN Journal: Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. BRASPEN Journal, 2018. 1º Suplemento: 37-46.

Disponível

em:

<https://www.braspen.org/files/ugd/a8daef_695255f33d114cdfba48b437486232e7.pdf>

Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. BRASPEN Journal: Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento. 3º Suplemento Diretrizes/2019. Disponível em:

<https://www.braspen.org/files/ugd/a8daef_13e9ef81b44e4f66be32ec79c4b0fbab.pdf>

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 656 de 15 de junho de 2020. Dispõe sobre a prescrição dietética, pelo nutricionista, de suplementos alimentares e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-656-de-15-de-junho-de-2020-262145306>>

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. CÂMARA TÉCNICA PARECER COREN-SP 012/2023. Ementa: Intervalo para troca de equipos.



ANVISA. Resolução RE nº 2605, de 11 de agosto de 2006. Lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados.

FAO/OMS/UNU - Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization & United Nations University. Reunión Consultiva Conjunta de Expertos en Necesidades de Energía y de Proteínas [Roma, 5-17 de octubre de 1981]. FAO/OMS/UNU. Roma, Italy, 1985, 220p. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/40157>.

ESPGHAN Committee on Nutrition. Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: A Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. JPGN 2010;51: 110–122.

ANEXO 1 - SOLICITAÇÃO DE TERAPIA NUTRICIONAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA:

Nome: _____
Sexo: () M () F Cadastro SUS: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____
Endereço: _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Ponto de referência: _____
Telefone: _____ Nome responsável: _____
1ª VEZ () RENOVAÇÃO ()
Possui Plano de Saúde: () NÃO () SIM Qual? _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal: _____ Há quanto tempo? _____ CID: _____
Outros diagnósticos e seus respectivos CIDs: _____

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

- () Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo
() Afagia / Disfagia por doença neurológica
() Transtorno de motilidade intestinal
() Síndrome de má absorção
() Desnutrição
() Outros: _____

AValiação Nutricional

Peso: _____ Atual () Estimado () Altura: _____ Atual () Estimado ()
Peso há 6 meses: _____ Perda de peso nos últimos 6 meses: _____ IMC: _____
CB (cm): _____ Possui úlcera por pressão? () SIM () NÃO
Locais: _____ Grau: _____
Observações: _____

DADOS PROFISSIONAIS PRESCRITORES

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____
NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL: _____ CRN: _____
SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO: _____
() Tratamento Oncológico () Internação Domiciliar () Alta Hospitalar () SUS
CLASSIFICAÇÃO: () AMBULATORIAL () ACAMADO () AD1 () AD2 () AD3



ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

Tipo de vias de administração da alimentação: VO () TNE + VO () TNE exclusiva: () TNE + NPP ()

Via de acesso:

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

Por ostomia: () Gastrostomia () Jejunostomia

Nome genérico: _____

Volume total mês: _____

Posologia: Volume total dia: _____ Fracionamento: _____

Equipo Gravitacional: Quantidade: _____ mês Frasco descartável: Quantidade: _____ mês

ATENÇÃO:

CABE AO SERVIÇO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: 1- O SEGUIMENTO E REAVALIAÇÃO PERIÓDICA DO PACIENTE; 2- INFORMAR IMEDIATAMENTE O SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL QUANDO ALTA OU ÓBITO DO PACIENTE. 3- ENCAMINHAR ANEXO RECEITA DA DIETA EMITIDA EM 2 VIAS CONTENDO AS EXIGÊNCIAS LEGAIS (LETRA LEGÍVEL, DATA, ASSINATURA DO PRESCRITOR, CARIMBO COM O Nº DO CRM OU CRN).

USO EXCLUSIVO DO SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL

() AUTORIZADO POR _____ MESES () NÃO AUTORIZADO

PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL:

_____ Quantidade Mensal: _____

_____ Quantidade Mensal: _____

_____ Quantidade Mensal: _____

() FRASCO () EQUIPO GRAVITACIONAL () EQUIPO BOMBA

CARIMBO E ASSINATURA

LIBERADO EM: ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

Para entrada do processo no Setor, é necessário apresentar:

- Ficha de solicitação com receituário em 2 vias
- Cópia do RG/CPF
- Cópia do comprovante de residência – de acordo com o endereço do cadastro na UBS
- Cópia da carteirinha do SUS

SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL

Rua Monsenhor Emílio José Salin nº 110 – Vila Hortolândia

Telefone: (11) 45896690

2ª a 6ª feira 8:00 – 12:00h / 13:00 – 16:00h



ANEXO 2 - SOLICITAÇÃO DE ESPESSANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA:

Nome: _____
Sexo: () M () F Cadastro SUS: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____
Endereço: _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Telefone: _____ Nome responsável: _____
1ª VEZ () RENOVAÇÃO ()
Possui Plano de Saúde: () NÃO () SIM Qual? _____
Doença principal: _____ Há quanto tempo? _____ CID: _____

Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS)

- () NÍVEL 1 – Nada por via oral
() NÍVEL 2 – Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido
() NÍVEL 3 – Dependente de via alternativa com consistente via oral ou líquido
() NÍVEL 4 – Via oral total de uma única consistência
() NÍVEL 5 – Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações
() NÍVEL 6 – Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares
() NÍVEL 7 – Via oral total sem restrições

PRESCRIÇÃO

- () NÍVEL 1 – sugere-se via alternativa para alimentação
() NÍVEL 2 – sugere-se via alternativa para alimentação com treino para retorno de alimentação via oral ou ingestão mínima de via oral – 1 LATA DE ESPESSANTE MÊS
() NÍVEL 3 – CONSISTÊNCIA PUDIM – 3/4 LATAS DE ESPESSANTE MÊS
() NÍVEL 4 – CONSISTÊNCIA MEL – 2 LATAS DE ESPESSANTE MÊS
() NÍVEL 5 – CONSISTÊNCIA NÉCTAR – 1 LATA DE ESPESSANTE MÊS
() NÍVEL 6 e NÍVEL 7 – sem indicação de uso de espessante

DADOS PROFISSIONAIS

NUTRICIONISTA/FONOAUDIÓLOGA RESPONSÁVEL: _____
SERVIÇO RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO: _____

ATENÇÃO: CABE AO SERVIÇO RESPONSÁVEL PELA PRESCRIÇÃO: 1- O SEGUIMENTO E REAVALIAÇÃO PERIÓDICA DO PACIENTE; 2- INFORMAR IMEDIATAMENTE O SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL QUANDO ALTA OU ÓBITO DO PACIENTE. 3- ENCAMINHAR ANEXO RECEITA DA DIETA EMITIDA EM 2 VIAS CONTENDO AS EXIGÊNCIAS LEGAIS (LETRA LEGÍVEL, DATA, ASSINATURA DO PRESCRITOR, CARIMBO COM O N° DO CRM OU CRN OU CFO).

Para entrada do processo no Setor, é necessário apresentar:

- Ficha de solicitação com receituário em 2 vias
- Cópia do RG/CPF
- Cópia do comprovante de residência – de acordo com o endereço do cadastro na UBS
- Cópia da carteirinha do SUS

SETOR DE TERAPIA NUTRICIONAL

Rua Monsenhor Emílio José Salin nº 110 – Vila Hortolândia

Telefone: (11) 45896690

2ª a 6ª feira 8:00 – 12:00h / 13:00 – 16:00h



Av. da Liberdade, S/N - Jd. Botânico,
Jundiaí/SP, 13214-900 | jundiai.sp.gov.br
(11) 4589-8400 | @cidadedejundiai

ANEXO 3 - Tabela 01 – Equações para cálculo da taxa metabólica basal a partir do peso corporal

Homens

Intervalo de idade (anos)	Kcal/dia
0 – 3	60,9 P – 54
3 – 10	22,7 P + 495
10 – 18	17,5 P + 651
18 – 30	15,3 P + 679
30 – 60	11,6 P + 879
>60	13,5 P + 487

Mulheres

Intervalo de idade (anos)	Kcal/dia
0 – 3	61,0 P – 51
3 – 10	22,5 P + 499
10 – 18	12,2 P + 746
18 – 30	14,7 P + 496
31 – 60	8,7 P + 829
>60	10,5 P + 596