# PROTOCOLO
# FÓRMULAS NUTRICIONAIS

PREFEITURA DE TRABIJU
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

PREFEITURA DE
TRABIJU
NOSSA CIDADE, NOSSO ORGULHO,
NOSSO PROGRESSO
ADMINISTRAÇÃO 2025-2028

# PROTOCOLO CLÍNICO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TRABIJU/SP

## INTRODUÇÃO

O alimento constitui-se um elemento essencial à vida humana, sem o acesso a uma alimentação adequada em termos de qualidade e quantidade, o ser humano não apresenta as condições necessárias para desenvolver suas capacidades, potencialidades e aspirações.

Ressalta-se que pacientes bem nutridos se recuperam melhor de doenças, mostram-se mais resistentes às infecções e tendem a permanecer menos tempo hospitalizados. Além disso, quando submetidos a um procedimento cirúrgico, apresentam melhor cicatrização e taxas de morbimortalidade reduzidas.

A Lei Federal 8080/90 elucida a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art. 3º, caput) e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar (art. 6º) como atribuições específicas do SUS. Sendo assim, ao Estado (gênero) cabe formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição, e em casos nos quais a alimentação apresenta status de fármaco, como na situação das dietas enterais, este deve fornecê-la de acordo com os princípios e normas do SUS.

O Protocolo de Fórmulas Nutricionais tem como objetivos dispor sobre as normas pertinentes à prescrição e dispensação de suplementos nutricionais, dietas enterais, fórmulas infantis e leite de soja para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes no município de Trabiju, bem como acompanhar o estado nutricional destes, por meio de visitas domiciliares e orientações. A relação das fórmulas nutricionais licitados pelo município, encontra-se detalhada no ANEXO 1.

Contudo, vale destacar que o Protocolo tem como diretriz para alimentação das crianças o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até 1 ano.

## DEFINIÇÕES

- Suplementos Nutricionais: são os alimentos que se destinam a complementar com macro e micronutrientes a dieta de um indivíduo, em casos onde sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente ou ainda quando a dieta requer suplementação, não sendo possível substituir os alimentos, nem ser utilizados como alimentação exclusiva.

- Dietas Enterais: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, 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.

- Fórmula Infantil: é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição, especialmente fabricado para satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes.

- Leite de soja: é o produto, em forma líquida ou em pó, utilizado sob prescrição para satisfazer as necessidades nutricionais de crianças ou adultos com alergia à proteína do leite ou com intolerância à lactose.

- Terapia Nutricional (TN): uso de intervenções nutricionais específicas para tratar uma enfermidade, lesão ou condição.

**OBJETIVO**

- Padronizar o fornecimento de fórmulas nutricionais pelo Município de Trabiju quais sejam: suplementos nutricionais, dietas enterais, fórmulas infantis e leite de soja.
- Definir as indicações clínicas e nutricionais e estabelecer critérios de inclusão, exclusão, acompanhamento e alta de usuários do SUS de Trabiju para o fornecimento de fórmulas nutricionais.
- Definir o fluxo e o envio de documentos para o fornecimento e a continuidade deste.

## INDICAÇÕES CLÍNICAS E NUTRICIONAIS POR FAIXA ETÁRIA

### Quadro 1 – Critérios clínicos e nutricionais por faixa etária

| | CRIANÇAS: 0 a 1 ano | CRIANÇAS: 01 a 10 anos | Pessoas maiores de 10 anos |
|---|---|---|---|
| **1- Para Nutrição Enteral:** | Pacientes com ingestão via oral suspensa em **uso exclusivo** de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, **01 (um) critério clínico e nutricional** descrito abaixo: | Pacientes com ingestão via oral suspensa em **uso exclusivo** de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, **01 (um) critério clínico e nutricional** descrito abaixo: | Pacientes com ingestão via oral suspensa em **uso exclusivo** de Sonda nasogástrica (SNG) ou nasoentérica (SNE), gastrostomia ou jejunostomia, apresentando, pelo menos, **01 (um) critério clínico e nutricional** descrito abaixo: |
| **2- Para Nutrição Oral:** | Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos **01 (um) critério clínico e nutricional** descrito abaixo: | Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos **02 (dois) critérios clínicos e nutricional** descrito abaixo: | Pacientes com ingestão via oral preservada, apresentando pelo menos **02 (dois) critérios clínicos e nutricionais** descritos abaixo: |
| **3- Critérios clínicos:** | 1- Alergia à proteína do leite de vaca ou intolerância à lactose (diagnóstico clínico confirmado de Alergia Alimentar ou laudo do Gastroenterologista).<br>2- Impossibilidade de aleitamento materno (óbito materno, mãe hospitalizada ou em uso de medicação que impeça a amamentação).<br>3- Disfagia neurológica grave.<br>4- Prematuridade extrema (22-28 semanas).<br>5- Baixo peso (IMC: Percentil <3).<br>6- Doenças metabólicas ou disabsortivas.<br>7- Pós operatório imediato do Trato Gastrointestinal.<br>8 - Refluxo Gastroesofágico | 1- Baixo peso (IMC: Percentil < 3).<br>2- Doenças metabólicas ou disabsortivas<br>3 - Disfagia neurológica<br>4 - Câncer.<br>5 - Pós operatório imediato do Trato Gastrointestinal ou transplante.<br>6 - IRC severa ou estágio 4 (Filtração glomerular de 15 a 29 ml/min) com necessidade de restrição hídrica importante, que não permita o manejo com dieta artesanal. | 1- Baixo peso:<br>11 – 17 anos: IMC: Percentil < 3<br>18 - 59 anos: IMC < 18,5 kg/m2<br>>60 anos: IMC < 22 kg/m2<br>2 - Presença de úlcera de pressão<br>3 - Doenças metabólicas ou disabsortivas.<br>4 - Disfagia neurológica<br>5- Câncer.<br>6- Pré ou Pós operatório do Trato Gastrointestinal ou transplante.<br>7 - IRC severa ou estágio 4 (Filtração glomerular de 15 a 29 ml/min) com necessidade de restrição hídrica importante, que não permita o manejo com dieta artesanal. |

Referência: Protocolo de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas do Município de Contagem-MG.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

**INCLUSÃO**

- Residir no município de Trabiju - SP;
- Ser usuário cadastrado na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside, realizando acompanhamento obrigatório com Equipe da Saúde da Família quando houver, além do acompanhamento com pediatra de referência quando se tratar de criança.
- Possuir Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo 2) corretamente preenchido;
- Estar de acordo com os critérios clínicos do protocolo.

**EXCLUSÃO**

- Receber alta da equipe de saúde da UBS ou de Unidade de referência por evolução positiva do estado nutricional.
- Não realizar o acompanhamento clínico na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência ao local onde reside;
- Usuário/cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento proposto pelo programa.
- Transferência/mudança para local fora da área de abrangência da UBS de Trabiju;
- Óbito

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO

O paciente que atender a todos os critérios estabelecidos no protocolo deverá apresentar os seguintes documentos:

- Cópia do documento de identidade;
- Cópia CPF;
- Cópia Cartão do SUS;
- Cópia do comprovante de endereço;
- Relatório médico original;
- Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo 2);
- Quando se tratar de crianças até 12 anos, o laudo deverá ser preenchido pelo médico pediatra de referência para dispensação de fórmulas nutricionais.

Observação: o preenchimento do laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (anexo 2) deverá ser feito em duas vias. Sendo que uma via será anexada ao prontuário do paciente e a outra direcionada à Farmácia Municipal.

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO**

O caso clínico será avaliado na Unidade de Saúde pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) considerando os critérios clínicos estabelecidos neste protocolo para dispensação das fórmulas nutricionais. Quando necessário deverá ser realizada a avaliação do Médico Pediatra e Nutricionista de referência da UBS.

A documentação do processo será apresentada na Farmácia Municipal para deferimento ou indeferimento da solicitação pela Gestão Municipal.

**ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO**

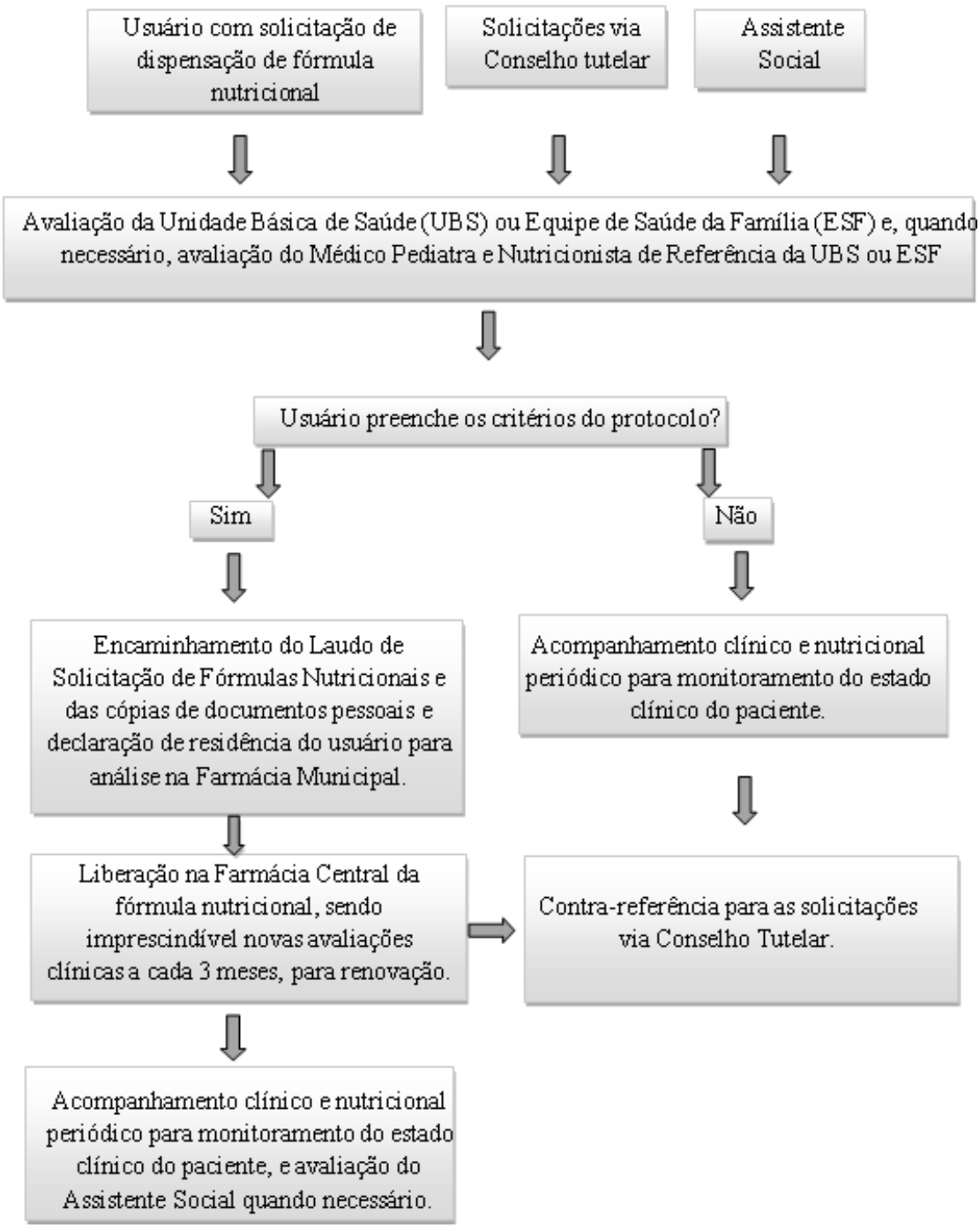
O acompanhamento e monitoramento do paciente deverá ser realizado por meio de visita domiciliar ou atendimento ambulatorial, conforme necessidade.

O usuário deverá ser submetido a uma reavaliação para renovação do processo na Farmácia Municipal no período de 3 em 3 meses, ou conforme avaliação clínica. A reavaliação é imprescindível para que o fornecimento das fórmulas nutricionais seja de acordo com a necessidade do usuário.

Documentação necessária:

- Cópia do documento de identidade e do comprovante de endereço;
- Laudo de reavaliação (anexo 2);
- Quando se tratar de crianças o laudo deverá ser preenchido pelo médico pediatra de referência do município para dispensação de fórmulas nutricionais.

**FLUXOGRAMA**


Usuário com solicitação de dispensação de fórmula nutricional
Solicitações via Conselho tutelar
Assistente Social
Avaliação da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Equipe de Saúde da Família (ESF) e, quando necessário, avaliação do Médico Pediatra e Nutricionista de Referência da UBS ou ESF
Usuário preenche os critérios do protocolo?
Sim
Não
Encaminhamento do Laudo de Solicitação de Fórmulas Nutricionais e das cópias de documentos pessoais e declaração de residência do usuário para análise na Farmácia Municipal.
Acompanhamento clínico e nutricional periódico para monitoramento do estado clínico do paciente.
Liberação na Farmácia Central da fórmula nutricional, sendo imprescindível novas avaliações clínicas a cada 3 meses, para renovação.
Contra-referência para as solicitações via Conselho Tutelar.
Acompanhamento clínico e nutricional periódico para monitoramento do estado clínico do paciente, e avaliação do Assistente Social quando necessário.

**DISPENSAÇÃO**

No momento da dispensação das fórmulas nutricionais pela Farmácia Municipal, será entregue ao usuário ou responsável legal um termo de compromisso (anexo 3), o qual deverá ser assinado e feito em duas vias, sendo que uma via será anexada ao cadastro do paciente e a outra entregue ao usuário ou responsável legal.

É vetada a dispensação para menores de 12 anos desacompanhados e que contrariem as normas legais e técnicas estabelecidas.

Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebidos do Departamento Municipal de Saúde, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente cadastrado.

A quantidade de produto recebida na data de inclusão poderá a qualquer momento sofrer alteração, como acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente e de acordo com os critérios para o fornecimento de fórmulas alimentares industrializadas descritos no protocolo do programa.

Portanto, a quantidade de produto dispensado ao mês pode variar de acordo com a idade, diagnóstico e evolução do quadro clínico. Salienta-se que poderão ocorrer casos em que não serão dispensados 100% da quantidade de produtos que o paciente necessita e utiliza por mês, tendo em vista que o programa é um auxílio. As quantidades máximas a serem dispensadas mensalmente estão descritas no anexo 4.

As fórmulas infantis são entregues somente aos pais ou responsável autorizado por escrito pelos mesmos, e aos responsáveis legais pelo paciente adulto.

**REFERÊNCIAS**

ALMIRANTE TAMANDARÉ. Protocolo do programa municipal de dietas especiais. Estado do Paraná. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. 2019 – Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Departamento de Promoção da Saúde. Link: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

CONTAGEM. Protocolo de dispensação de fórmulas alimentares industrializadas. Estado de Minas Gerais.

SÃO PAULO. Formulário para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas. Estado de São Paulo. 2012.

Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos atualizado em 2019 (http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf)

**ANEXOS**

**ANEXO 1 - RELAÇÃO DE PRODUTOS LICITADOS NO MUNICÍPIO**

Os produtos fornecidos pelo Departamento Municipal de Saúde serão de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo durante o tratamento apresentar nomes comerciais diferentes, porém com a garantia de similaridade, eficácia e segurança (Lei nº 8.666/93).

**Suplementos nutricionais, dietas enterais, fórmulas infantis e leite de soja**

| ITEM | DESCRIÇÃO | REFERÊNCIA COMERCIAL* | PÚBLICO ALVO | QUANTIDADE MÁXIMA/MÊS |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **Dieta Enteral Hipercalórica Líquida para adultos**<br>Dieta enteral líquida, polimérica, padrão, nutricionalmente completa, hipercalórica (1,5 Kcal/ml), normoprotéica (10 a 16%), isenta de sacarose, lactose e glúten. Com adição de fibras. Sistema aberto. | **Tropic Soya 1.5** | **Adulto** | **31/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| 2 | **Dieta Enteral Normocalórica em pó para adultos**<br>Nutrição enteral em pó com mínimo de 60% de proteína isolada de soja, nutricionalmente completa, normocalórica (1,0 kcal/ml), normoprotéica, normolipídica, hipossódica, isenta de lactose, sacarose e glúten. | **Tropic Basic 1.0** | **Adulto** | **10/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| 3 | **Suplemento Alimentar em pó para Adultos**<br>Suplemento hipercalórico, hiperprotéico, rico em vitaminas e minerais. Isento de sacarose, lactose e glúten. Indicado para casos de desnutrição calórica ou risco nutricional, pré e pós-operatório, pacientes neurológicos e pacientes com capacidade calórica aumentada. | **Ensure**<br>**Nutren** | **Adulto** | **08/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **4** | **Fórmula Láctea infantil de partida (0 – 6 meses)**<br>Fórmula infantil a base de proteínas lácteas, em pó, com prebióticos. Indicada para lactentes desde o nascimento até o 6º mês de vida. Que atende todas as recomendações do Codex Alimentarius. Isenta de glúten e sacarose. | **NAN Comfor**<br>**0-6 meses**<br><br>**Aptamil**<br>**0-6 meses** | **Infantil**<br>**0 a 6 meses** | **05/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| **5** | **Fórmula Láctea infantil de seguimento (6 – 12 meses)**<br>Fórmula infantil de seguimento, em pó, enriquecida com ferro à base de proteínas lácteas, com prebióticos. Indicada para lactentes a partir de 6º mês. Que atende todas as recomendações do Codex Alimentarius. Isenta de glúten e sacarose. | **NAN Comfor**<br>**6-12 meses**<br><br>**Aptamil**<br>**6-12 meses** | **Infantil**<br>**6 a 12 meses** | **05/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| **6** | **Leite de Soja em pó**<br>Leite de soja em pó, rico em cálcio, adicionado de L-metionina. Indicado para intolerantes à lactose e alérgicos à proteína do leite de vaca. | **Aptanutri**<br>**0-1 ano**<br><br>**Aptanutri**<br>**1-3 anos** | **Infantil**<br>**0 a 1 ano**<br><br>**Infantil**<br>**1 a 3 anos** | **05/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| **7** | **Leite Zero Lactose**<br>Leite integral, maltodextrina, soro do leite, enzima lactase, vitaminas A, D, C, E, minerais, ferro e zinco. Emulsificante Lecitina de Soja. | **Ninho Zero Lactose** | **Infantil**<br>**1 a 3 anos** | **05/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| **8** | **Fórmula Infantil AR**<br>Fórmula infantil anti-regurgitação, em pó, constituído principalmente de polissacarídeos do tipo galactomanas. Indicada para lactantes de 0 a 12 meses. Isenta de glúten. | **Aptamil AR** | **Infantil**<br>**0 a 1 ano** | **05/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |
| **9** | **Suplemento alimentar infantil**<br>Suplemento nutricional infantil elaborado com ingredientes que contribuem para o crescimento e desenvolvimento cerebral. | **Ascenda** | **Infantil**<br>**1 a 3 anos** | **02/mês**<br>**Conforme avaliação nutricional prévia** |

- ** Nome comercial apenas para referência, podendo o município receber produtos de outras marcas porém, com formulação idêntica.*

## ANEXO 2 – LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS

| PREFEITURA MUNICIPAL DE TRABIJU - SP<br>DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE | | |
|---|---|---|
| **LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS – LFN** | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO** | | |
| Nome completo: | | |
| Sexo: ( ) M ( ) F | Data de nascimento: _____/____/____ | |
| CPF: | RG: | CNS: |
| Endereço: | | |
| Bairro: | Município: | CEP: |
| Telefone (s): | | |
| **INFORMAÇÕES SOBREA DOENÇA** | | |
| Doença principal: | CID: | |
| Outro (s) Diagnóstico (s): | CID (s): | |
| Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:<br>( ) Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo<br>( ) Afagia / Disfagia por doença neurológica ( ) Síndrome de má absorção<br>( ) Desnutrição moderada a grave ( ) Transtorno de mobilidade intestinal<br>( ) Outro:_____ | | |
| **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL** | | |
| Peso (kg):_____( )atual ( )estimado | Estatura (cm) :_____( )atual ( ) estimado | |
| IMC (kg/m2):_____ | | |
| Diagnóstico nutricional: _____ | | |
| Possui úlcera por pressão? ( ) Sim ( ) Não | Locais: _____ | |
| **VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL** | | |
| ( ) VO ( ) TNE+VO ( )TNE EXCLUSIVA | ( ) TNE+TPP | |
| Via de acesso Sonda:<br>( ) Nasogástrica ( ) Nasoentérica ( ) Gastrostomia ( )Jejunostomia | | |
| Descritivo da fórmula solicitada | Volume e fracionamento/dia | |
| | | |
| | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO (s) PROFISSIONAL (is) SOLICITANTE (s)** | | |
| Nome do estabelecimento: | CNES: | |
| Nome do profissional: | CPF: | |
| Nome do profissional: | CPF: | |
| Nome do profissional: | CPF: | |
| Data: __/__/____<br><br>_____ e/ou _____<br>Assinatura e carimbo (Médico) Assinatura e carimbo (Nutricionista) | | |

**ANEXO 3 – TERMO DE COMPROMISSO**

Eu,_____(nome do (a) usuário ou responsável legal), declaro ter sido informado (a) claramente sobre as condições de fornecimento de fórmulas nutricionais. Estou de acordo que a fórmula nutricional somente pode ser utilizada por mim, comprometendo-me a devolvê-la caso não queira ou não possa utilizá-la ou se a indicação for interrompida. Nestes casos, estou ciente que a interrupção por qualquer motivo deverá ser comunicada imediatamente a Farmácia do Município de Trabiju, para que seja feita a exclusão do cadastro do paciente beneficiado com o fornecimento de fórmulas nutricionais.

Data:

Nome do usuário ou do responsável legal:

Documento de identificação do usuário ou do responsável legal:

_____

Assinatura do usuário ou do responsável legal

**ANEXO 4 – ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA UTILIZAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL**

RESPONSÁVEL PELA PREPARAÇÃO DA DIETA:

- Usar cabelos presos ou protegidos com touca, lenço ou rede;
- Usar roupas limpas durante o preparo da dieta;
- Manter as unhas curtas e limpas;
- Lavar bem as mãos e antebraços (região do punho até o cotovelo) com água e sabão neutro, massageando uma mão na outra, esfregando bem entre os dedos, o polegar e o dorso das mãos, por no mínimo 1 minuto;
- Secar as mãos com toalha limpa ou toalha de papel;
- Não fumar, tossir, falar e espirrar durante o preparo da dieta;
- Usar luvas se estiver com as mãos machucadas (cortes ou feridas).

AMBIENTE, UTENSÍLIOS E GÊNEROS ALIMENTÍCIOS PARA PREPARAÇÃO:

- Deixar o ambiente (pias, bancadas, mesas e chão) sempre limpo para preparar a dieta e evitar o acúmulo de louças sujas;
- Utilizar os utensílios de material liso, resistente e de fácil limpeza;
- Higienizar os materiais e utensílios que serão utilizados, é importante complementar com água fervente (copo do liquidificador, colheres, peneira fina, etc.);
- Separar os ingredientes e os utensílios antes de começar o preparo;
- Observar a data de validade dos alimentos;
- Limpar as embalagens dos produtos antes de usar;
- Armazenar os alimentos não perecíveis (açúcar, óleo, arroz etc.) e o suplemento industrializado em local arejado e seco, separados de produtos de limpeza, sujeira e poeira;
- Armazenar os alimentos perecíveis (carnes, ovos, leite, verduras etc.) na geladeira.

HIGIENIZAÇÃO DOS FRASCOS E EQUIPOS

- Os equipos e frascos podem ser reaproveitados, desde que seja realizado a higienização correta.
- Lavar frascos equipos em detergente neutro, enxaguar até remover todo detergente.
- Colocar em solução clorada por 15 minutos, enxaguar em água corrente.
  Solução clorada: diluir em 01 colher de sopa de água sanitária em 01 litro de água filtrada.
- Armazenar, os insumos já higienizados, em caixas plásticas com tampa na geladeira.

PREPARAÇÃO E ACONDICIONAMENTO DA DIETA ENTERAL ARTESANAL:

- Lavar as frutas e vegetais utilizados em água corrente e depois sanitizar com solução clorada por 15 minutos, antes do preparo das dietas;
  Solução clorada: para cada 1 litro de água filtrada adicionar 1 colher de sopa de água sanitária.
- A água utilizada para preparar a dieta enteral deverá ser sempre mineral, ou filtrada e fervida por 15 minutos.
- A dieta enteral deverá ser preparada preferencialmente para seu consumo imediato ou deverá ser consumida em até 24 horas.

- Caso não seja possível, a dieta enteral poderá ser preparada e acondicionada em embalagens previamente identificadas e higienizadas. Essas embalagens deverão ser armazenadas e fechadas em uma geladeira (preferencialmente na prateleira superior), não os colocando na porta.
- Retirar a dieta da geladeira de 15 a 30 minutos antes do horário de administrar a dieta, oferecer em temperatura ambiente.
- A dieta não deve ser congelada, bem como não pode ser aquecida em banho-maria ou em forno micro-ondas (o calor pode alterar a composição da dieta).
- Se sobrar dieta, esta deverá ser descartada, pois não é recomendado reaproveitá-la de um dia para o outro.

CUIDADOS COM A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA:

- Importante verificar o posicionamento da sonda antes de iniciar o procedimento. Caso a sonda tenha saído ou mudado de local, entrar em contato com a equipe de saúde;
- A dieta pode ser administrada com seringa ou por gotejamento (através do equipo e frasco), o mais indicado é por gotejamento;
- Por seringa: abrir a sonda e injetar a dieta lentamente com o auxílio de uma seringa de 20 ml – administrar o volume total em 45/50 min;
- Por gotejamento: tendo a disponibilidade de frascos plásticos de dieta e equipos descartáveis, transferir o conteúdo da dieta para o frasco;
- Colocar o frasco em um suporte acima do nível da cabeça do paciente;
- Conectar o equipo ao frasco, abrir a pinça de rolete do equipo, permitindo que a dieta preencha todo o equipo, e retirar todo o ar presente, lembrando de fechar a pinça de rolete e conectar o equipo à sonda do paciente;
- Abrir o rolete do equipo, deixando a dieta gotejar lentamente
- A dieta deve ser administrada por gotejamento, média de 45 min à 60 min.
- Após a administração da dieta, passar 30 ml de água mineral ou água filtrada e fervida para lavar a sonda.
- Ao término da dieta, desconectar o equipo da sonda e do frasco, fechar a sonda, descartar o equipo e higienizar o frasco de dieta.

## REFERÊNCIAS

Guia multiprofissional de orientação para pacientes em uso de nutrição enteral domiciliar – Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Petrolina/ PE) – EBSERH - 2017

Protocolo clínico para dispensação de fórmulas nutricionais na rede pública de saúde do município de Pedro Leopoldo/mg – 2016