

SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BREJO DA MADRE  
DE DEUS**

**PROTOCOLO DE DIETAS ESPECIAIS DO SISTEMA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE**

**Prefeito**  
Roberto Asfora

**Secretaria Municipal de Saúde**

*Anne Gabrielle Bezerra*

**Equipe Técnica**

**Wivian Rafaella Barbosa da Costa**

**Assistente Social**

**Lais Lira Brito**

**Nutricionista**



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	2
2.	LEGISLAÇÃO .....	4
3.	OBJETIVO DO PROTOCOLO.....	5
4.	JUSTIFICATIVA.....	5
5.	CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO PACIENTE .....	5
6.	DISPENSAÇÃO .....	10
7.	PERMANÊNCIA, DESLIGAMENTO E DESISTÊNCIA .....	11
8.	FLUXO PARA ABERTURA DO PROTOCOLO .....	12
	ANEXOS .....	13
	REFÊRENCIAS.....	16



## 1. INTRODUÇÃO

O alimento representa-se como essencial à vida humana, uma alimentação inadequada em termos de quantidade e qualidade não oferece as condições necessárias para desenvolvimento humano com qualidade de vida, sendo assim a alimentação, bem como a nutrição, são considerados como requisitos básicos para promoção à saúde (BRASIL, 2013).

Aliado a isto, a tecnologia voltada para a área da nutrição é crescente e muitos produtos e substâncias estão sendo colocadas no mercado para tratar carências nutricionais e melhorar condições de saúde, embora os alimentos *in natura* ainda são os recomendados pelo Guia Alimentar da População Brasileira (2014). Visto que, a alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes na forma de alimentos combinados entre si, além de envolver práticas culturais, sociais, de saúde e bem-estar.

O município de Brejo da Madre de Deus atende usuários cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentam necessidades dietéticas aumentadas, devido à patologias específicas ou carências nutricionais, que levam a necessidade de terapia nutricional com objetivo de oferecer melhor recuperação, tornando o paciente mais resistente às infecções, apresentando melhor cicatrização e diminuição das taxas de morbimortalidade.

O protocolo de dietas especiais é financiado por recursos municipais, atendendo as solicitações de dieta enteral, fórmulas infantis, suplemento alimentar e módulos, bem como acompanha o estado nutricional e clínico do paciente por meio de visitas domiciliares, atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e centros de saúde, que tem responsabilidade de estabelecer o seu estado de saúde e encaminhar os mesmos para tratamento dentro de seu domicílio.



## 2. LEGISLAÇÃO

A Constituição Federal em seu artigo 196, define que:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

A Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e elucida a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (Art. 3º) e estabelece a vigilância nutricional e orientação alimentar (Art. 6º) como atribuições específicas do SUS. Entretanto é de competência da União formular, avaliar e apoiar as políticas de alimentação e nutrição.

A Nota Técnica nº 84/2010 CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, cita que:

*“O Sistema Único de Saúde – SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazo”*

Com vistas aos artigos citados e à nota técnica da Coordenação Geral de Alimentação e nutrição, este protocolo visa garantir o acesso aos pacientes que necessitem de uma alimentação especial respeitando os princípios do SUS, assim como fazer predominar as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e



regionalização da assistência, conforme o Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011, seção II Art. 8º, o qual define que “O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pela Porta de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”.

### **3. OBJETIVO DO PROTOCOLO**

Sistematizar o fornecimento de alimentos especiais (dietas, módulos, suplementos) e fórmulas infantis aos usuários do SUS municipal com necessidade de tratamento dietoterápico especial.

### **4. JUSTIFICATIVA**

De acordo com a política nacional de saúde e de alimentação e nutrição, é de responsabilidade da gestão municipal da saúde o fornecimento de aporte nutricional aos usuários com necessidades específicas de terapia nutricional especial. E pela alimentação e nutrição ser vital para o ser humano, bem como um direito universal garantido, este protocolo faz-se necessário para sistematizar o acesso dos usuários do SUS aos alimentos especiais e fórmulas infantis no município de Brejo da Madre de Deus -PE.

### **5. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO PACIENTE**

Estarão aptos para receber alimentação especial ou fórmulas infantis do município de Brejo da Madre de Deus os usuários que contemplem e comprovem através de documentos os critérios abaixo estabelecidos:

I – ser usuário do Sistema Único de Saúde – SUS municipal por meio de apresentação do comprovante de residência atualizado (dos últimos três meses) em nome do paciente, responsável ou do cônjuge, mediante a apresentação da certidão de casamento ou outro documento que comprove a união;

II – ser acompanhado por Médico e Nutricionista da rede municipal de saúde através de prescrição nas guias oficiais do programa (anexo A) válidas até o mês subsequente;

III – portar toda a documentação exigida (item V deste protocolo) original e cópia no momento do cadastramento no programa de dietas especiais;

IV - ser paciente acometido das patologias e situações clínicas abaixo descritas com comprovação em exame e/ou laudo médico com CID:

- a) Alergia a proteína do leite da vaca comprovada com exame e/ou laudo médico (idade de 0 a 2 anos ou em casos especiais que deverão ser avaliados por médico e nutricionista)
- b) Câncer com comprometimento da função do trato gastrointestinal
- c) Cuidados paliativos com comprometimento da função do trato gastrointestinal
- d) Desnutrição energético protéica moderada e grave
- e) Diarreia crônica inespecífica
- f) Disfagia grave com quadro de desnutrição
- g) Doença de Crohn
- h) Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) em crianças com comprovação através de exame e/ou laudo médico
- i) Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) com comprometimento da função do trato gastrointestinal
- j) Enterocolite necrotizante
- k) Epilepsia refratária em crianças
- l) Esclerose Lateral Amiotrófica
- m) Fibrose cística
- n) Fistulas digestivas de baixo débito
- o) Insuficiência renal crônica severa ou tratamento dialítico com quadro (via recomendação de equipe de nefrologia)
- p) Intolerância a lactose comprovada com exame e/ou laudo medico (idade de 0 a 2 anos, ou em casos especiais que deverão ser avaliados por médico e nutricionista)
- q) Microcefalia com comprometimento da função do trato gastrointestinal
- r) Obstrução do trato gastrointestinal
- s) Paralisia cerebral com comprometimento da função do trato gastrointestinal
- t) Síndrome de Guillan-Barré com quadro de disfagia
- u) Síndrome desarbsortiva



- v) Síndrome do intestino curto
- a) Lesão por pressão de alto grau (III-IV).

V – documentação necessária para inclusão no programa de dietas especiais:

- a) documentos necessários para cadastramento do paciente menor de dezoito anos no programa de dietas especiais:
  - ✓ Registro de nascimento ou Registro Geral (RG);
  - ✓ Cartão Nacional do SUS;
  - ✓ Comprovante de residência (caso o responsável não seja o proprietário, necessita de contrato de locação ou atesto da unidade básica de saúde);
  - ✓ Parecer médico da patologia acometida pelo paciente em guia padronizada do programa de dietas especiais;
  - ✓ Parecer nutricional da alimentação especial ou fórmula infantil em guia padronizada do programa de dietas especiais;
  - ✓ Registro Geral (RG) do responsável legal;
  - ✓ Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF) do responsável legal.
- b) documentos necessários para cadastramento do paciente maiores de dezoito anos no programa de dietas especiais:
  - ✓ Registro de nascimento ou Registro Geral (RG);
  - ✓ Cadastro Nacional de Pessoa Física (CPF)
  - ✓ Cartão Nacional do SUS;
  - ✓ Comprovante de residência (caso o paciente e/ou responsável não seja o proprietário, necessita de contrato de locação ou atesto do agente comunitário de saúde);
  - ✓ Parecer médico da patologia acometida pelo paciente em guia padronizada do programa de dietas especiais;
  - ✓ Parecer nutricional da alimentação especial ou fórmula infantil em guia padronizada do programa de dietas especiais;



**VI – serão pacientes com indicação do uso de fórmulas de partida:**

- a) menores de seis meses de vida que estejam impossibilitados de receber leite materno (mães em tratamento quimioterápico, mães portadoras do vírus da imunodeficiência humana – HIV ou óbito materno);
- b) menores de seis meses de vida encontrando-se abaixo do percentil 15 na curva de acompanhamento do crescimento infantil do peso para idade de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007);
- c) Menores de seis meses de vida com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção dos nutrientes;

**VII – serão pacientes com indicação do uso de fórmulas de seguimento:**

- a) Crianças de seis até vinte quartos de meses de vida com distúrbio neurológico que comprometa a deglutição e absorção dos nutrientes;
- b) Crianças de seis até vinte quartos de meses de vida encontrando-se abaixo do percentil 15 na curva de acompanhamento do crescimento infantil do peso para idade de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007);

**VIII – serão pacientes com indicação do uso de fórmulas antirrefluxo:**

- a) menores de seis meses de vida que estejam impossibilitados de receber leite materno devido a DRGE comprovada por laudo médico;
- b) menores de dois anos de vida com DRGE comprovada por laudo médico que encontrando-se abaixo do percentil 15 na curva de acompanhamento do crescimento infantil do peso para idade, comprimento para a idade e IMC por idade de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007).
- c) menores de dois anos de vida com DRGE comprovada por laudo médico receberão fórmula anti refluxo para criança.

**IX – serão pacientes com indicação do uso de fórmulas alimentares para portadores de alergia a proteína do leite de vaca:**

- a) Crianças menores de seis meses de vida que estejam impossibilitados de receber leite materno e possuem alergia à proteína do leite de vaca comprovada por exame e/ou laudo médico;
- b) Crianças de seis a vinte e quatro meses de vida com alergia a proteína do leite de vaca comprovada por exame e/ou laudo médico que se encontrando abaixo do percentil 15 na curva de acompanhamento do crescimento infantil do peso para idade de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007).
- c) Crianças menores de seis meses de vida apresentando alergia a proteína do leite vaca comprovada por exame e/ou laudo médico receberão fórmula extensamente hidrolisada.
- d) Crianças de seis a vinte e quatro meses de vida apresentando alergia a proteína do leite vaca comprovada por exame e/ou laudo médico receberão fórmula a base de proteína isolada soja.
- e) Crianças de doze a vinte e quatro meses de vida apresentando alergia a proteína do leite vaca com comprometimento no trato gastrointestinal comprovado por exame e/ou laudo médico receberão fórmula extensamente hidrolisada.
- f) Crianças maiores de 24 meses não receberão fórmulas específicas para alergia a proteína do leite vaca, devendo ser orientada a alimentação saudável de acordo com o Guia Alimentar da População Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

**X – serão pacientes com indicação do uso de fórmulas alimentares para portadores de intolerância a lactose:**

- a) Crianças menores de seis meses de vida que estejam impossibilitados de receber leite materno (mães em tratamento quimioterápico, mães portadoras do vírus da



- imunodeficiência humana – HIV ou óbito materno) devido a intolerância a lactose comprovada por exame e/ou laudo médico;
- b) Crianças de seis a vinte quatro meses de vida com a intolerância a lactose comprovada por exame e/ou laudo médico que se encontrando abaixo do percentil 15 na curva de acompanhamento do crescimento infantil do peso para idade de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007);
  - c) Crianças menores de seis meses de vida apresentando intolerância a lactose comprovada por exame e/ou laudo médico receberão fórmula infantil isenta de lactose;
  - d) Crianças de seis a vinte e quatro meses de vida apresentando intolerância a lactose comprovada por exame e/ou laudo médico receberão fórmula infantil isenta de lactose.
  - e) Crianças maiores de 24 meses não receberão fórmulas específicas para intolerância à lactose, devendo ser orientada a alimentação saudável.

XI – serão pacientes com indicação do uso de dietas enterais, suplementos nutricionais e módulos:

- a) Pacientes de todas as idades com patologias descritas no item 5, subitem IV, comprovados por exames e/ou laudo médico.

## 6. DISPENSAÇÃO

I - é vedada a entrega do produto para pessoas menores de quatorze anos de vida não emancipadas;

II - não é permitido a comercialização ou doação dos produtos recebidos da Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os produtos dispensados são de uso exclusivo do paciente cadastrado no programa;



III – a quantidade de produto dispensada poderá sofrer alteração, acréscimo, redução ou suspensão dependendo da evolução do paciente e de acordo com os critérios de fornecimento estabelecidos;

IV – a dispensação será feita na Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF de segunda à sexta feira das 7:30 horas manhã às 13:00 horas da tarde;

V - o paciente ou responsável no ato do cadastramento assinará um termo de ciência e responsabilidade (Anexo B) quanto ao prazo de entrega dos produtos, que será de vinte dias corridos a contar do dia do cadastramento;

VI – o produto será entregue exclusivamente ao paciente cadastrado ou responsável legal do paciente previamente cadastrado.

## **7. PERMANÊNCIA, DESLIGAMENTO E DESISTÊNCIA**

I – o parecer médico e nutricional tem validade de no máximo 90 dias, após esse período o paciente será reavaliado para manutenção, alteração da terapia nutricional ou exclusão do programa.

II – o paciente ou responsável no ato do cadastramento assinará um termo onde irá se responsabilizar pela devolução dos produtos em condição de desistência, óbito ou alta nutricional/médica no prazo de 10 dias;

III – será automaticamente desligado do programa o paciente que não residir mais no município de Brejo da Madre de Deus -PE.



## 8. FLUXO PARA ABERTURA DO PROTOCOLO



## ANEXOS

### ANEXO A – Parecer do nutricionista e do médico

#### PARECER DO NUTRICIONISTA

NOME DO PACIENTE:				
IDADE:				
UNIDADE DE ATENDIMENTO:				
PESO:	ALTURA:	IMC:		
CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO:				
ALTURA DO JOELHO:				
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:				
<b>CONDUTA DIETOTERÁPICA</b>				
NECESSIDADES NUTRICIONAIS DIÁRIAS:				
Cal. T.:	P(g):	HC(g):	L(g)	Água(ml):
TIPO DE DIETA/SUPLEMENTO/MÓDULO/FÓRMULA INFANTIL:				
SUGESTÃO:				
VIA E FORMA DE ADMINISTRAÇÃO POR HORÁRIO/DIA:				
PERÍODO PRESCRITO:				
DATA:            /            /				

Assinatura/CRN

PARECER DO MÉDICO

---

**ASSINATURA/CRM**



## ANEXO B

### TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob n° \_\_\_\_\_ e no RG n° \_\_\_\_\_, me comprometo a informar no prazo de 10 dias a necessidade de mudança ou interrupção quanto ao fornecimento da(s) dietas(s), módulos, fórmula(s) ou suplemento(s) disponibilizado(s) a \_\_\_\_\_ usuário(a) do Sistema Único de Saúde – SUS por motivo de evolução do quadro com consequente alta quanto à utilização do produto, óbito do usuário, transferência de endereço do usuário para outro município ou outro(s). Outro sim declara ter ciência de que o descumprimento do compromisso acima resultará em desperdício de dinheiro público.

Declaro estar ciente que o prazo mínimo para a entrega do produto será de 20 (vinte) dias a contar da data em que o paciente ou responsável deu entrada com toda a documentação.

O paciente ou responsável se responsabilizará pela forma adequada de armazenamento do produto dispensado, estando sujeito a ficar sem o produto caso tenha sido armazenado inadequadamente.

BREJODA MADRE DE DEUS, / /

---

Assinatura do responsável

	<b>DESCRÍÇÃO DO ITEM</b>
	<p><b>ALIMENTOS EM PÓ PARA NUTRIÇÃO ORAL OU ENTERAL</b></p> <p>DESCRIÇÃO: suplemento infantil hipercalórico, com 1,5kcal/ml, indicado para crianças de 3 a 10 anos de idade, que estão com dificuldade de manter ou ganhar peso e/ou crescer adequadamente. Enriquecido com vitaminas e minerais e isento de lactose, sem sabor.</p> <p>Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>FORTINI PLUS SEM SABOR</b></p>
	<p><b>ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL.</b></p> <p>DESCRIÇÃO: Formulado com uma combinação de DHA e ARA, prebióticos e probióticos (lactobacillus acidophilus e Bifidobacterium lactis), <b>Densidade Calórica:</b> 1,0 kcal/ml na diluição padrão. Água desionizada (líquido), amido de milho (líquido) ou xarope de milho (pó), sacarose, caseinato de sódio, óleo de açafrão, óleo da soja, óleo de coco fracionado, minerais, concentrado de proteína da soro de leite, vitaminas, inositol, taurina, palmitato ascorbil, L-carnitina e b-caroteno. Pode ser usado como suporte total de nutrição, ou como suplemento nutricional na infância. Não contém glúten.</p> <p>Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>PEDIASURE COMPLETE</b></p>
	<p><b>COMPOSTO LÁCTEO COM VITAMINAS E MINERAIS PARA DIETAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE</b></p> <p>DESCRIÇÃO: constituído por leite integral, concentrado poteico de soro de leite, maltodextrina, caseinato de cálcio, vitaminas e minérios. Desenvolvido pensado nas necessidades nutricionais de idosos. Sem glúten e sem lactose.</p> <p>Apresentação: Lata de 740g. REF: <b>NUTREN SENIOR ZERO LACTOSE ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>COMPLEMENTO ALIMENTAR PARA JOVENS E ADULTOS</b></p> <p>DESCRIÇÃO: enriquecido com proteínas, vitaminas e minerais antioxidantes. Baixo em gorduras totais, sem adição de açúcares. Contém lactose, glúten e derivados de soja.</p> <p>Apresentação: Lata de 400 g. REF: <b>NUTEN ACTIVE ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>COMPOSTO LÁCTEO FORTIFICADO</b></p> <p>DESCRIÇÃO: presença de leite integral, maltodextrina, soro de leite, enzima lactase, rico em cálcio, ferro, zinco, vitaminas A D, C e E. Zero lactose. Sem presença de glúten.</p> <p>Apresentação: Lata de 380g. REF: <b>NINHO ZERO LACTOSE</b></p>



	<b>ESPESSANTE E GELIFICANTE PARA ALIMENTOS</b> <b>DESCRIÇÃO:</b> espessante e gelificante instantâneo de alimentos, que também possa ser usado em bebidas quentes ou frias, não cause alteração de sabor, cor e cheiro, contendo maltodextrina, espessante goma xantana e gelificante cloreto de potássio, para dieta oral em pacientes com disfagia. <b>Apresentação:</b> Embalagem Lata de 125g. <b>REF:</b> RESOURCE THICKEN UP CLEAR
	<b>FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA</b> <b>DESCRIÇÃO:</b> fórmula infantil em pó, à base de proteínas lácteas intactas, para lactentes até os 6 meses de vida. Com prebióticos ( scGOS / lcFOS ) e DHA e ARA e nucleotídeos e óleos vegetais. Apresentando lactose, e sem glúten <b>Apresentação:</b> Lata de 800g. <b>REF:</b> APTAMIL PREMIUM 1
	<b>FÓRMULA MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL</b> <b>DESCRIÇÃO:</b> hipercalórica, hiperproteica, sem adição de sacarose, com 18g de PTN. Para pacientes que apresentam distúrbios renais que necessitam de maior aporte calórico-protéico e restrição de volume. <b>Apresentação:</b> Tetra Slim 200ml. <b>REF:</b> NOVASOURCE REN
	<b>FÓRMULA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL</b> <b>DESCRIÇÃO:</b> alimento nutricionalmente completo, 1,2 KCAL/ML e normoprotéica, normolipídica, 100% constituído de proteína de soja. Isenta de sacarose, lactose, glúten e fibras. Recomendado para auxiliar na manutenção e/ou recuperação do estado nutricional. <b>Apresentação:</b> embalagem 1000 ml. <b>REF:</b> ISOSOURCE SOYA 1.2 TETRA PACK
	<b>FÓRMULA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL</b> <b>DESCRIÇÃO:</b> alimento nutricionalmente completo, 1,5 KCAL/ML, hipercalórica, normoprotéica. Constituído de caseinato de sódio obtido do leite de vaca, maltodextrina, óleos vegetais, fibra de soja, frutooligossacarídeos. Isenta de glúten. Recomendada para auxiliar na manutenção e/ou recuperação do estado nutricional de pessoas com maiores necessidades calóricas e/ou com restrição de volume. <b>Apresentação:</b> embalagem 1000 ml TETRA PACK, SISTEMA ABERTO. <b>REF: ISOSOURCE 1.5 Kcal/ml ou SIMILAR</b>
	<b>FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL</b>

	<p><b>DESCRIÇÃO:</b> fórmula pediátrica para nutrição enteral e oral, 1.0 kcal/mL, com TCM (25% do total de lipídeos) e isenta de lactose. Recomendada para crianças de 1 a 10 anos de idade.</p> <p>Apresentação: Lata 400 g. REF: <b>ISOSOURCE JÚNIOR ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>FÓRMULA PARA ESTADO DE TOLERÂNCIA ANORMAL À GLICOSE</b></p> <p><b>DESCRIÇÃO:</b> formulado especialmente para pessoas com diabetes tipo I e II, presença de carboidratos de lenta absorção, que ajuda no controle da glicemia. É uma fórmula normocalórica e hiperprotéica, presença de fibras e isenta de glúten. Sabor baunilha. Lata de 400g. REF: <b>GLUCERNA PÓ ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTANTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA</b></p> <p><b>DESCRIÇÃO:</b> para necessidades dietoterápicas específicas, nutricionalmente completa e com restrição de lactose e à base de aminoácidos livres, acrescentado de ARA e DHA. Não contém leite e produtos lácteos, sem presença de glúten. Indicado para crianças de 0 a 3 anos.</p> <p>Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>NEOCATE</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL PARA ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES E CRIANÇAS QUE APRESENTEM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA</b></p> <p><b>DESCRIÇÃO:</b> alimento a base de aminoácidos livres para situações metabólicas especiais para Nutrição Enteral/ Oral formulado para portadores de alergias a proteína do leite de vaca. Indicado para crianças de 3 a 10 anos de idade.</p> <p>Apresentação: Lata de 400g. REF <b>NEOFORTE ou SIMILAR.</b></p>
	<p><b>ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES E CRIANÇAS QUE APRESENTEM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA E/OU DE SOJA</b></p> <p><b>DESCRIÇÃO:</b> indicada para distúrbios absorтивos ou outras condições clínicas que requerem terapia nutricional com necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada e hipoalergênica, com restrição de lactose, sacarose, frutose e glúten.</p> <p>Apresentando na fórmula: Ácido Araquidônico (ARA), da família dos Ômega-6, e Ácido Docosahexaenóico (DHA), uma forma de Ômega-3, e é desenvolvida à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite, TCM e de Óleos Vegetais, de Mortierella Alpina e de</p>



	Peixe, além de Maltodextrina, Vitaminas, Minerais, Nucleotídeos e Oligoelementos.. Apresenta baixa osmoralidade, ótima tolerabilidade e aceitação. Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>PREGOMININ PEPTI</b>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO -</b>        DESCRIÇÃO: fórmula infantil em pó, à base de proteínas lácteas intactas, contendo prebióticos (gos/fos), DHA e ARA, Nucleotídeos e taurina, recomendada para uso em crianças de 1 a 3 anos. Apresentação: Lata de 800g. REF <b>APTANUTRI PREMIM 3 ou SIMILAR.</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO A BASE DE SOJA</b>        DESCRIÇÃO: em pó, constituída da proteína de soja, sem presença de proteínas lácteas, enriquecido com minerais e vitaminas. Não apresenta glúten. Recomendada para uso em crianças de 0 a 12 meses. Apresentação: Lata de 800g. REF <b>APTAMIL SOJA ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO</b>        DESCRIÇÃO: fórmula infantil em pó, à base de proteínas lácteas intactas, contendo prebióticos (gos/fos), DHA e ARA, Nucleotídeos, recomendada para uso em crianças de 6 a 12 meses. Apresentação: Lata de 800g. REF <b>APTAMIL PREMIM 2 ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO</b>        DESCRIÇÃO: fórmula infantil em pó, à base de proteínas lácteas, sem lactose, contendo prebióticos (gos/fos), DHA e ARA, Nucleotídeos e taurina, recomendada para uso em crianças de 0 a 3 anos. Apresentação: Lata de 800g. REF: <b>APTAMIL SL ou SIMILAR</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO EM PÓ</b>        DESCRIÇÃO: desenvolvida para lactentes de 6 a 12 meses, a base de proteínas lácteas intactas, adicionada de prebióticos, DHA e ARA e nucleotídeos. Sem presença de glúten. Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>APTAMIL PROFUTURA</b></p>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL DE PARTIDA</b>        DESCRIÇÃO: em pó, com presença de prebióticos, para nutrição de crianças, de 0 a 6 meses. Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>NESTOGENO 1 ou SIMILAR.</b></p>
	<p><b>FÓRMULA DE SEGUIMENTO</b>        DESCRIÇÃO: em pó, com presença de prebióticos, para nutrição de crianças, de 6 a 12</p>

	meses. Apresentação: Lata de 400g. REF: <b>NESTOGENO 2 ou SIMILAR</b>
	<p><b>FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES</b></p> <p>DESCRIÇÃO: Fórmula Infantil para o manejo da regurgitação, com duplo espessante, destinada para lactentes de 0 a 12 meses.</p> <p>Apresentação: Lata de 800 g.REF:  <b>NESTOGENO ESPESSAR ou SIMILAR.</b></p>

## REFÉRENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2<sup>a</sup> edição. Brasília, 2014.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Artigo 196.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS)**. N° 8.080, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Nota Técnica n° 84/2010** CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde.

BRASIL. **Decreto N° 7.508**, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011.