



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THAYLANE COUTINHO DOS SANTOS

ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS COM NECESSIDADES
ALIMENTARES ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA
CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO

Camaçari
2018

THAYLANE COUTINHO DOS SANTOS

ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA AS PESSOAS COM
NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA A
PARTIR DA CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa Integrado de
Residências da Fundação Estatal Saúde
da Família (FESF-SUS)/FIOCRUZ como
etapa para obtenção do grau de
Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Me. Lana Mércia S. Souza
Coorientador (a): Esp. Silvana Santana

Camaçari
2018

SANTOS, TC. Organização da linha de cuidado das pessoas com necessidades alimentares especiais: relato de experiência a partir da construção de um protocolo. Trabalho de conclusão de Residência. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-BA), Camaçari, 2018.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência da organização da linha de cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais a partir da construção de um protocolo do programa de complementação alimentar e a partir deste, discutir sobre o papel da Atenção Básica como organizadora da atenção e o potencial da atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nesse contexto. Trata-se de um estudo descritivo-reflexivo, de natureza qualitativa, na modalidade de relato da experiência. A construção do protocolo se deu no período de agosto a outubro de 2017 em um município da Região Metropolitana de Salvador. Durante a construção, foram realizados encontros com os profissionais envolvidos no cuidado aos usuários. As disputas de projetos de cuidado, o reconhecimento do protocolo como um instrumento político, o encontro com o outro e com o “inacabamento” do processo foram elementos motivadores para a ressignificação do trabalho em saúde na lógica da educação permanente. Concluiu-se que protocolos sozinhos não são suficientes para gerar a transformação das práticas e da produção de cuidado. É inegável o papel complexo da atenção básica como ordenadora e coordenadora do cuidado e a necessidade de uma estrutura organizativa que reduza a incoerência entre a necessidade do usuário e o sistema de atenção operado na prática, para isso a atuação do NASF é essencial para a consolidação de uma atenção básica mais resolutiva e mais próxima dos ideais almejados.

Palavras-chave: sistema único de saúde, protocolos, assistência alimentar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	04
2 METODOLOGIA	07
2.1 TIPO DE ESTUDO	07
2.2 ETAPAS DA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO	07
3 CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA	08
4 A EXPERIÊNCIA	11
5 ALGUMAS REFLEXÕES E DISCUSSÃO COM A LITERATURA	18
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A atenção nutricional diz respeito aos cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção, proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos. Por tanto, deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹. A RAS pode ser definida como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a população, prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo, com a qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta².

Ao pensar em uma assistência integral à saúde é necessário que a produção de cuidado seja vista de forma integrada aos demais níveis da rede, surge daí o conceito de linha de cuidado. Linha de cuidado pode ser entendida a partir de uma imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros, guiados pelo projeto terapêutico do usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, orientando e organizando o seu percurso pela rede e dentro dos próprios serviços^{3,4}.

A organização da atenção nutricional estabelece a Atenção Básica (AB) como ordenadora da RAS, portanto como coordenadora do cuidado e como “centro de comunicação” entre os demais pontos da rede, graças a sua capilaridade e capacidade de identificar e dar respostas às demandas e necessidades de saúde do território, considerando os critérios de risco, vulnerabilidade, relevância e frequência do agravo da população adscrita².

Embora a AB seja considerada como a porta de entrada preferencial dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), as demandas também podem ser identificadas em outros pontos da rede. Estes, juntos, devem funcionar de maneira integrada e transversal, na perspectiva da responsabilização compartilhada e na direção da superação do modelo de caráter hospitalocêntrico. Alicerçado a esses conceitos surge no ano de 2008, o Núcleo de Saúde da Família (NASF)^{5, 6}.

O NASF surge com a proposta de garantir suporte às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscando a qualificação da assistência, aumento da resolutividade das ações no território e o fortalecimento da RAS, em especial a AB. As equipes de NASF tem como objetivo apoiar, ampliar e qualificar o processo de produção do cuidado, abrangendo as possibilidades da clínica ampliada⁷.

A atual situação epidemiológica e as emergentes demandas de atenção à saúde decorrem, principalmente, de agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, razão pela qual justifica a incorporação das ações de alimentação e nutrição no contexto da AB. A operacionalização dessas ações tem na interdisciplinaridade um componente imprescindível, o que pressupõe que a ESF em parceria com o NASF, orientados pela Política de Alimentação e Nutrição (PNAN), desempenham papel estratégico na atuação da promoção de saúde e no enfrentamento de agravos que acomete o indivíduo, as famílias e a população².

Diante do exposto, são consideradas prioritárias pela PNAN, ações relacionadas à prevenção ou tratamento de obesidade, desnutrição e doenças crônicas não transmissíveis, contudo a política aponta também como demanda para a organização da atenção nutricional no SUS o cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais².

Necessidade alimentar especial pode ser definida como qualquer alteração metabólica ou fisiológica que possa causar mudanças temporárias ou permanentes, voltadas à utilização endógena dos nutrientes ou na via de administração alimentar do indivíduo, sejam elas restritivas ou suplementares². Nessa condição enquadram-se crianças com alergia ou intolerância alimentar, indivíduos desnutridos em condições específicas e outros indivíduos com doenças que comprometem o funcionamento normal do trato gastrointestinal, ocasionando má absorção e/ou uso de sonda enteral como via de alimentação.

Desse modo, indivíduos com necessidades alimentares especiais são mais vulneráveis à insegurança alimentar e nutricional, sendo necessário um suporte nutricional específico. Para tanto, torna-se fundamental a garantia do Direito

Humano à Alimentação Adequada (DHAA). O DHAA visa o acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de benefícios financeiros, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes para a manutenção do seu adequado estado nutricional⁷.

Os municípios são responsáveis por inserir em suas agendas programas que atendam a este público. No município em questão vem sendo desenvolvido o programa de complementação alimentar, cujo objetivo é acolher as demandas de solicitações de fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos dos usuários e realizar acompanhamento clínico e nutricional destes. Este programa vem se mantendo com recursos exclusivamente municipais, com aumento gradual das despesas e do número de participantes.

Considerando a necessidade de garantia do direito a saúde, mas também a organização da gestão do cuidado, eficiência e efetividade das ações, faz-se necessário e relevante perceber a importância da sistematização de normas/documentos que orientem a organização do cuidado nutricional a esses indivíduos, de modo que sejam padronizados os critérios para acesso a alimentos para fins especiais e sejam pactuados os demais fluxos de cuidado, a fim de regular o acesso aos produtos ofertados, promover equidade, reduzir o risco do desenvolvimento de desnutrição e comorbidades associadas e evitar as reinternações hospitalares, que comprometem a saúde dos indivíduos e tanto oneram os cofres públicos.

Por tanto, este trabalho tem como objetivo geral relatar a experiência de organização da linha de cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais a partir da construção do protocolo de cuidado do programa de complementação alimentar em um município da Região Metropolitana de Salvador e a partir deste, discutir sobre o papel da Atenção Básica como organizadora da atenção e o potencial da atuação dos profissionais do NASF nesse contexto.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-reflexivo, de natureza qualitativa, na modalidade de relato da experiência sobre a organização da rede de atenção aos indivíduos com necessidades alimentares especiais através da construção de um protocolo em um município da região metropolitana de Salvador. A construção do protocolo ocorreu no período de agosto á outubro de 2017, em conjunto com a coordenação de Alimentação e Nutrição e coordenação das áreas técnicas, além da contribuição dos nutricionistas da rede de Atenção Básica e da Média Complexidade do município.

2.2 ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

O protocolo padroniza as condutas pertinentes à prescrição dos profissionais e estabelece normas para a dispensação/fornecimento de fórmulas infantis, suplementos nutricionais ou dietas enterais para indivíduos com necessidades alimentares.

A construção do protocolo se deu no período de agosto a outubro de 2017, sendo composto por dois momentos. O primeiro momento aconteceu nos meses de agosto e setembro com a revisão da literatura sobre o tema, por meio da busca em bases de dados oficiais, de regulamentações, portarias de outros municípios e na literatura científica. Foi iniciada também a elaboração de instrumentos e fluxos, contemplando desde a anamnese realizada pelos profissionais no momento das consultas até a sistematização dos fluxos administrativos. Nesta etapa também foram realizadas reuniões com alguns profissionais do município e com as coordenações das áreas técnicas envolvidas na rede de cuidado a estes usuários e então foi validada a versão inicial do protocolo para apresentação.

O segundo momento aconteceu entre os meses de Setembro e Outubro, cujo objetivo foi a apresentação da versão inicial do protocolo aos nutricionistas da atenção básica e da alta e média complexidade do município para construção

coletiva. Para tanto, realizou-se dois encontros, o primeiro para apresentação da primeira versão e discussão do protocolo, e capacitação para os profissionais sobre o manejo nutricional na alergia à proteína do leite de vaca; No segundo encontro foi finalizada a apresentação e discussão do protocolo. Ambos os encontros foram voltados para apresentação, discussão, construção coletiva e padronização de condutas entre os profissionais.

O protocolo se divide em: (1) critérios de inclusão no programa, (2) terapia Nutricional voltada aos indivíduos com Alergia à Proteína de Vaca (APLV), (3) terapia nutricional para lactentes, crianças de primeira infância e suplementação alimentar, (4) terapia nutricional de crianças, adultos, idosos, gestantes e nutrízes, (5) fluxos para dispensação das fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos e (6) atribuições dos profissionais. Constitui-se, portanto, como um protocolo de cuidado à saúde guiado pelo compromisso e preocupação em produzir atos de saúde afinados com os princípios que constituem e dão significado ao conceito ampliado de saúde do SUS (apêndice I).

3 CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA

A minha primeira experiência com a Atenção Básica iniciou-se em março de 2016, a partir da minha inserção na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, alocada particularmente no NASF de um município da Região Metropolitana de Salvador.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família juntamente com a Residência de Medicina de Família e Comunidade faz parte do Programa Integrado de Residências desenvolvido pela Fundação Estatal Saúde da Família-FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz Bahia-FIOCRUZ-BA. A implantação do campo de prática da residência no referido município se deu desde o ano de 2015, através da seleção anual e alocação de residentes em 05 Unidades de Saúde da Família (USF), que compõem uma região de saúde do município. Os profissionais fazem parte das Equipes de Saúde da Família (enfermeiros, odontólogos e

médicos), do NASF(nutricionista, professores de educação física e fisioterapeutas) e do Apoio Institucional(sanitaristas).

A Residência Multiprofissional da FESF/FIOCRUZ é uma modalidade de especialização de ensino em serviço que se dá no período de 2 anos e tem como objetivo propiciar a qualificação e formação crítico-reflexiva dos residentes e demais trabalhadores da saúde para atuarem no campo da atenção primária e das Redes de Atenção à Saúde. No primeiro ano os residentes estão alocados nas USF, já no segundo ano poderão percorrer outros equipamentos da rede do próprio município (estágio optativo) e realizar estágio em outro lugar de sua própria escolha (estágio eletivo).

A medida que eu me envolvia neste ambiente de formação e reflexão das práticas cotidianas do serviço e vivenciava os espaços de acolhimento, consultas compartilhadas e individuais, algumas coisas me causavam grande inquietude, dentre elas, a atenção nutricional dos indivíduos com necessidades alimentares especiais. A minha atuação enquanto nutricionista residente do NASF seja através da assistência direta a esses usuários ou através do matriciamento das equipes possibilitou a identificação de fragilidades na rede de cuidado a esse grupo de usuários.

Tais constatações me motivaram a realizar o estágio eletivo do segundo ano de residência na Coordenação de Alimentação e Nutrição (CAN) do município em questão, para conhecer um pouco mais o funcionamento e gestão dos programas voltados para área de alimentação e nutrição no município, em especial o Programa de Complementação Alimentar.

O Programa de Complementação Alimentar é executado no município desde o ano de 2001 e tem como objetivo prestar assistência nutricional aos indivíduos com necessidades alimentares especiais, organizado em dois departamentos: a dispensação de gêneros alimentícios, voltadas para pacientes desnutridos e/ou portadores de tuberculose ou hanseníase e a dispensação de fórmulas infantis, suplementos alimentares e dietas enterais voltados para indivíduos que apresentem suspeita/diagnóstico de alergia ou intolerância alimentar ou outra situação em que

haja a necessidade de fórmulas ou complementos nutricionais.

O município em questão possui uma população de 296.893 habitantes⁸, a atenção básica possui 41 unidades de saúde, divididas em 8 regiões de saúde, 5 situadas na sede e 3 situadas na orla, sendo a região 4 o campo de atuação da residência. As unidades da Atenção Básica no Município são divididas em 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 34 Unidades de Saúde da Família (USF), nestas últimas estão implantadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁹.

Os nutricionistas estão inseridos em todas as UBS, realizando atendimentos ambulatoriais e atividades coletivas; A maior parte das USF do município não contam com o apoio do NASF, somente a região 1 e região 4, que possui na composição das equipes o profissional nutricionista; Os nutricionistas do NASF trabalham na lógica do apoio matricial e gestão de cuidado compartilhado, realizando atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, consultas compartilhadas e consultas individuais.

Na atenção à média e alta complexidade, encontram-se os centros de especialidades e os ambulatórios, que em sua grande maioria possui como componente da equipe multiprofissional o profissional nutricionista.

Durante a permanência na CAN, não encontrei nenhuma portaria, norma técnica ou algum outro documento que regulamentasse o programa de complementação alimentar a nível municipal, o único registro encontrado foi um fluxo de acesso, publicado em 2016, contudo com muitas informações divergentes do que era executado na prática.

Diante das fragilidades encontradas e da necessidade de fortalecimento da Atenção Básica, decidimos em conjunto com os profissionais pertencentes à rede municipal de saúde, construir um protocolo que norteasse as condutas pertinentes à prescrição e a dispensação das dietas especiais no município, na tentativa de iniciar a organização da linha de cuidado do município voltado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais.

4 A EXPERIÊNCIA

O relato desta experiência se dará na direção dos deslocamentos vivenciados por mim enquanto impulsadora da construção do protocolo, portanto pouca coisa aparecerá sobre as fases de construção do mesmo, preferi me deter nos deslocamentos vivenciados em cada etapa.

Embora já seja de conhecimento de todos que a rede de saúde não está dada e pronta para o usuário caminhar, no fundo, no fundo ainda esperamos encontrar uma estrutura organizacional (alocação de recursos, cenário político, recursos humanos) que propicie um enfrentamento mais otimista dos desafios do atual cenário socioeconômico posto.

Ao iniciar a aproximação com o campo de estudo o que mais me chamou a atenção foi o contexto institucional, marcado pelo início de uma nova gestão no município, tomada por atravessamentos políticos, que visivelmente interferiram no modo de funcionamento do Programa de Complementação Alimentar. A insuficiência de documentos norteadores pode ilustrar perfeitamente este cenário. No momento que estive no campo, não encontrei nenhum esboço, planilha ou qualquer outro documento que descrevesse a forma de organização do programa dentro da CAN, o que dificultou ainda mais o processo de diagnóstico situacional da rede. O programa de complementação alimentar não estar regulamentado por meio de nenhuma portaria ou documento oficial no município, talvez seja essa a maior dificuldade de operacionalização deste, já que não está previsto nenhum tipo de orçamento fixo para a compra dos produtos.

A falta de orçamento destinado exclusivamente para o programa dificulta a organização do cuidado, pois há interrupção no processo de fornecimento de fórmulas e suplementos aos usuários, dificuldade de dimensionamento da oferta e realização de planejamento, interferindo diretamente na continuidade do cuidado, qualidade da atenção e melhor utilização dos recursos financeiros disponíveis para garantia do acesso aos que realmente necessitam.

Apesar da falta de legitimação do programa impactar na desorganização do

cuidado, foi também possível identificar a dificuldade de organização a nível microestrutural, identificados na experiência: deficiência na organização do processo de trabalho em rede, a falta de alinhamento na utilização de critérios para inclusão dos usuários no programa, local inadequado para a distribuição dos produtos. O local de realização do cadastro dos usuários, marcação de consulta para especialista e distribuição dos produtos (fórmulas, suplementos e dietas enterais), divide espaço com todo o administrativo do Departamento de Atenção Básica (DAB), local este onde está localizado também a CAN, responsável pela gestão do programa.

Durante a construção do protocolo, busquei contato com os profissionais envolvidos ao cuidado destes usuários, com objetivo de levantar as principais dificuldades identificadas, além de também construir juntos soluções para superar as limitações identificadas. Momentos estes que pude refletir quão ricos são momentos de encontro com o outro, quantas coisas nos dizem sobre nós mesmos e o quanto isso é tão rico para a construção dos arranjos e (re)arranjos que são necessários para a modificação do processo de trabalho.

Realizei inicialmente um encontro com um profissional responsável pelo cuidado desses usuários na rede especializada, no qual podemos conversar sobre as principais dificuldades enfrentadas, esclarecimentos de dúvidas e apresentação da proposta de criação do protocolo, modificando e construindo juntos novos fluxos e discutindo novas propostas de aproximação entre a rede especializada e a atenção básica.

A partir desse primeiro contato com a atenção especializada, construí a primeira proposta do protocolo, levando em consideração a minha experiência enquanto profissional da atenção básica, a experiência da dinâmica vivenciada na CAN e através do encontro com os usuários nestes dois espaços.

A primeira versão do protocolo foi levada então para o encontro dos nutricionistas da atenção básica, realizado mensalmente, organizado pela CAN com o intuito disponibilizar espaços de matriciamento e discussão do processo de trabalho nas unidades. Ao perceber a falta de integração, a necessidade de

articulação entre os nutricionistas da rede e a transversalidade do tema do protocolo que perpassa por todos os níveis de atenção, decidi convidar também para estes momentos os nutricionistas que estão alocados nos serviços de média complexidade do município.

Nesses encontros, foram sendo re(construídos) fluxos e critérios, articulando estações de cuidado e possibilitando que encontrássemos e produzíssemos junto um projeto de cuidado. Esses momentos foram fundamentais para o meu deslocamento, o encontro com o outro e com o “inacabamento” do processo, traz à tona o quanto é necessário a educação permanente em saúde.

Por vezes também me vi refletindo se as criações de fluxos, protocolos, normas dificultariam o acesso e burocratizariam a entrada e utilização por parte de quem precisa dos serviços ofertados. Será que os profissionais estando fixados a essas regras, construídas por nós mesmos, não conseguirão ter a flexibilidade de pensar novas alternativas para o atendimento das diferentes necessidades do habitualmente ofertado?

Isso me fez refletir um pouco sobre o papel do protocolo e como o mesmo pode ser reconhecido como um instrumento que não é neutro, tornando-se orientador de diretrizes e políticas de saúde que contribuem ou não para os avanços necessários para a superação de modelos ou processos de trabalho destoantes da proposta do SUS.

A partir dessa perspectiva percebi que o protocolo é um caminho muito importante na organização das ações de saúde e na gestão do conhecimento na rede, orientador de mudanças no processo de trabalho, adequando às necessidades do serviço e respondendo as demandas da população. Exigindo, portanto o planejamento de metas, implementação das ações e sua constante avaliação, sem perder de vista a meta de uma rede integrada e possível de ser reavaliada continuamente.

Acredito também que protocolos de cuidado, podem ser entendidos como tal tanto por sua abrangência no processo de organização das ações e serviços como

por sua natureza clínica alinhada a um ato de compromisso em produzir saúde afinada com os princípios do SUS, que em conjunto com as práticas humanizadas dão vida e significado ao conceito de cuidado e atenção à saúde em sua concepção mais ampliada, com o desafio de não enrijecer o processo.

As necessidades alimentares especiais por sua vez, é uma realidade presente, mas permanece muito secundarizada e por que não dizer negligenciada na agenda da saúde, por isso, garantir uma atenção qualificada a esses indivíduos é fundamental para promover a organização da atenção nutricional no SUS, inicialmente a nível local e concomitantemente a nível nacional.

Algumas disputas de projeto de cuidado se fizeram presentes e tiveram de ser explicitadas durante nossos encontros. Em algumas pessoas, essas tensões foram menos evidentes, mas em outras, foram mais marcantes. Em alguns momentos o responsabilizar o outro, tomou frente ao responsabilizar-se com o outro, as disputas e tensões que (co) existem nas subjetivações das pessoas puderam ser percebidas nos atravessamentos do processo de cuidado em rede.

Essas disputas puderam ser percebidas desde a falta de entendimento do profissional da rede especializada de compreender a necessidade e importância da realização de espaços de matriciamento com a atenção básica até por alguns profissionais da atenção básica, ao entender que alguns casos deveriam ser encaminhados diretamente para a rede especializada, devido à dificuldade de manejo neste âmbito.

A partir daí pude perceber que produzir espaços de matriciamento está diretamente ligado ao exercício de identificação das suas potências, dificuldades e efeitos, e isso exige investimento e disponibilidade tanto dos profissionais para permitir o encontro com o outro como por quem está conduzindo, com a capacidade de negociar projetos de cuidado e modos de trabalho, que exigem uma movimentação, que não só questiona nossa formação, como nosso modo de fazer saúde.

Neste sentido durante estes encontros a minha experiência vivenciada no

NASF me ajudou muito no processo de resignificação dessa aposta, pois foi através do meu olhar enquanto “matriciadora” que pude perceber neste modo de reorganização do processo de trabalho em saúde, a importância do favorecimento da liberdade e cidadania das pessoas. Acredito, que o conflito quando nomeado é democrático, pois abre-se espaço para o diálogo e daí surgem as possibilidades de ampliação da capacidade de apreensão do conteúdo e se necessário mudanças e transformações através do simples movimento de ideias.

Durante a construção do protocolo tive também que enfrentar a minha própria frustração de não conseguir processar tantas demandas, são tantos os “furos” na rede, que a impressão era de que por mais que se tentassem estruturar os processos, tudo permaneceria como está, contudo ao me dar conta que afinal estávamos ali na aposta de uma construção coletiva que ainda que inacabada impulsionaria outros processos comecei a me dar por satisfeita.

Manter encontros protegidos para o diálogo é um elemento motivador para o trabalho em saúde. Espaços como esses permitem uma reflexão sobre os “gargalos” e nós críticos que deflagram a crise de um sistema fragmentado, encará-los de forma mais sábia, crítica, responsável e baseada em conhecimento de causa nos permite um caminhar mais leve e mais prazeroso na direção do alcance de resultados positivos na superação da lógica biologicista.

Os encontros também possibilitaram o fortalecimento da integração e vínculo entre os profissionais, pelas afetações que provocam e pela aprendizagem que traz o mundo do trabalho e no mundo da vida, os encontros mostram-se um potente dispositivo para ativar o recurso de educação permanente que por sua vez energizam as redes produtoras de cuidado, descentralizando e disseminando a capacidade de atuação no SUS como uma verdadeira rede-escola.

Durante os encontros com os profissionais notei a dificuldade de compreensão da atenção básica como o ponto da atenção responsável por ordenar e coordenar o cuidado na rede, facilmente durante as falas os profissionais traziam uma necessidade de encaminhamento para outro nível de atenção ou para algum outro especialista. Pude então constatar a dificuldade de entendimento de trabalho

coletivo e de gestão participativa do processo de trabalho, no qual o foco das ações e decisões deveriam estar baseados na transferência de responsabilidades e não no fortalecimento dos atributos e do papel da Atenção Básica, como achava que até então era a perspectiva de todos.

As experiências vivenciadas diariamente pelos profissionais inseridos na Atenção Básica permite o confronto diário com as iniquidades de um sistema de saúde falho, que muitas vezes não traz segurança para o usuário e nem para o trabalhador, ao ponto do mesmo pensar, mesmo sem perceber, que a forma de organização hierárquica, o foco em ações ambulatoriais e a inexistência da continuidade da atenção com ênfase nas intervenções curativas podem ser o caminho para um cuidado mais organizado.

Durante a construção coletiva do protocolo também foi ofertado momentos de educação continuada, que auxiliaram os trabalhadores no processo de empoderamento na perspectiva de garantir mais resolubilidade na atenção básica, fortalecendo seus atributos no papel de coordenadora e ordenadora do cuidado. A partir dessa perspectiva também é possível perceber que os trabalhadores quando agenciados, produzem redes vivas e ao mesmo tempo, lidam melhor com seus limites e dificuldades, utilizando isso como propulsor da busca por cada vez mais conhecimento.

Essas reflexões me fizeram compreender como é necessário trazer para o debate o plano da micropolítica nas práticas de saúde, no qual as subjetividades furam os muros institucionais e produzem vivamente as redes de conexões existenciais e relacionais, disputando assim novos modos de construir as redes de cuidado. O simples fato de nos reunir e estarmos conectados a um mesmo objetivo, mesmo que com pensamentos distintos nos faz encontrarmos consigo mesmo, através de nossas concepções de cuidado e com as concepções do outro e construir juntos, em ato, redes fortalecidas, ultrapassando as barreiras da fragmentação das maneiras de agir individualmente e fortalecendo a comunicação.

Também pude compreender o quanto é importante reconhecer quem nem todos se movimentam da mesma forma e nem ao mesmo tempo. É incrível admitir

também que é preciso poder interrogar tudo, nada está dado, todos os arranjos podem ser questionados, sem perder de vista o sentido da produção de redes colaborativas. O ambiente de trocas, o acolhimento de críticas e a escuta foram fundamentais para a reflexão da prática dos envolvidos.

A inserção do usuário nesse processo de construção é um grande ponto a ser levantado. Não foi possível a sua inserção em nenhum dos encontros realizados, pois foi entendido que estes momentos eram voltados para a construção do alinhamento entre os profissionais, contudo agora após a finalização dessa etapa, acho de fundamental importância criar espaços de discussão com representantes dos grupos organizados já existentes no município com objetivo de estimular o processo de participação popular e fortalecer o modelo de gestão participativa.

Para que esses encontros entre usuários, trabalhadores e gestores aconteçam de maneira mais rotineira, estes precisam entender a importância das ações de cuidado, que passam pela resignificação do cotidiano do outro em sua produção intensiva de vida, o reconhecendo como protagonista da sua própria história e da produção do seu cuidado. Entender que o planejamento não é tarefa só dos “idealizadores” também é um grande avanço, pois os atores sociais que ocupam lugar no sistema intervêm nos processos planejados de acordo com os seus interesses e necessidades.

Todavia, esse movimento só tem espaço garantido, se profissionais de saúde e gestores conseguirem implementar modificações concretas no seu modo de produção de práticas no cotidiano do trabalho, tornando indispensável a produção de espaços de co-gestão cada vez mais qualificados e fomentadores de estratégias possíveis para alcançar a tão almejada democratização institucional e fomentar um nova cultura de planejamento participativo, adotado como uma prática social.

Sendo assim, não está em pauta somente a construção da linha de cuidado aos indivíduos com necessidades alimentares especiais, mas a transformação no modo de produção do cuidado em rede, da clínica de saberes ampliada frente às necessidades de saúde da população entre os nutricionistas do município e demais profissionais de saúde da rede.

5 ALGUMAS REFLEXÕES E DISCUSSÃO COM A LITERATURA

As ações de alimentação e nutrição, especialmente as ações voltadas ao Programa de Complementação Alimentar sofreram um nocivo processo de descontinuidade na passagem de uma gestão político-administrativa para outra no município. O planejamento do processo de transição não foi suficiente para gerar a continuidade da prestação do cuidado à população. Parece que a passagem do poder entre os governantes foram pautadas pelo desejo que a interrupção das ações de uma gestão provocasse o desgaste da subsequente, denotando a total falta de compromisso dos gestores com a saúde da comunidade, onde a prioridade está unicamente voltada aos interesses políticos-partidários.

A descontinuidade política-administrativa pode ser definida, conforme Nogueira¹⁰ como a ruptura de iniciativas, projetos, obras, programas, engavetamento de planos, em função do viés político, desprezando qualquer consequência, podendo ser motivos de desperdício de recursos públicos e de perda de saber e memória institucional.

Dado o processo de descontinuidade e as falhas encontradas na organização do processo de trabalho, pensar na legitimação do programa de Complementação Alimentar também é pensar na organização da atenção nutricional no SUS, em especial na garantia de uma atenção qualificada aos indivíduos com necessidades alimentares especiais. Portanto, o registro da construção desses processos deve ser percebido e preservado como informação estratégica para as atividades de gestão e planejamento das ações, pois os erros e acertos do passado ajudam a entender o presente e a planejar as ações futuras.

Nesse contexto, estar em diferentes cenários de aprendizagem do SUS, em locais privilegiados de ensino e cuidado em saúde, na posição de residente, abriu o meu espectro de investigação ampliada das necessidades de saúde da população, visto que a produção de saberes multiprofissionais podem conformar redes de atenção que qualifiquem e fortaleçam a produção do cuidado a partir do

fortalecimento da atenção básica como disparador do processo.

A Atenção Básica tem o papel fundamental na construção e manutenção da RAS, pois está localizada no centro de comunicação entre os serviços, tornando-se “nó intercambiador” que regula o fluxo dos sistemas de atenção à saúde^{11,12}.

Apesar da expansão da Atenção Básica ter ampliado o acesso dos usuários aos cuidados com a saúde, as falhas na coordenação do cuidado ainda podem ser percebidas: a ausência de articulação em redes integradas; o modelo biomédico hegemônico; ausência de espaços reflexivos e democráticos para reorganizar o processo de trabalho; dentre outros. Analisando o funcionamento do sistema com a perspectiva dos problemas encontrados, os serviços tornam-se ineficientes e inefetivos, resultando em problemas clínicos determinados pela fragmentação da atenção à saúde¹¹.

Mendes¹³ conceitua os sistemas fragmentados como um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns dos outros e, por consequência, incapazes de prestar atenção contínua aos usuários, sem população adscrita, portanto sem gestão baseada em responsabilização, impossibilitando a coordenação do cuidado e o centro de comunicação pela atenção básica.

Acompanhando os encontros pude identificar a presença de alguns princípios que estão tornando a saúde uma boa aposta do mercado capitalista; pude verificar a especialização do conhecimento e a abolição da solidariedade. Os profissionais ali presentes traziam com seus discursos a “tecnificação” dos seus fazeres, ou seja, valorizavam muito mais os conhecimentos científicos do que as especificidades contidas em cada sujeito a ser cuidado, principalmente ao considerar alguns casos muito “complexos” apenas por sua possível suspeita diagnóstica, sem interesse algum em buscar entender a necessidade real do usuário. A falta de solidariedade entre eles mesmos me pareceu bem marcante também, ao desconsiderar as demandas do outro colega sem nem ao menos se disponibilizar a conhecer o seu processo de trabalho.

Observei também a dificuldade de alguns dos profissionais em entender o

papel da atenção básica como coordenadora e ordenadora do cuidado. Nos seus discursos eles traziam que a atenção básica deve ser responsável basicamente pela realização de um pacote mínimo de serviços, tendo as suas ações e atendimentos voltados aos usuários que se enquadrassem nas ações programáticas direcionadas pelo ministério, o que passasse disso, seria muito “complexo” de ser realizado.

Segundo alguns dados da literatura, a coordenação do cuidado pode ser sustentada por três pilares: a da informação, a administrativa e a clínica. A primeira trata da democratização das informações dos usuários para todos os níveis de atenção. A coordenação clínica parte do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção e por fim, a administrativa compreende os fluxos e processos organizativos da rede que permitem a integração entre os diferentes níveis do sistema¹⁴.

Para orientar a organização dos serviços e o apoio no uso da ciência e tecnologia nas ações de saúde, geralmente são empregados os protocolos. As diretrizes contidas nos protocolos podem ser utilizadas como uma tecnologia de gestão da clínica, ou seja, recomendações e instrumentos direcionadores de linhas de cuidado, a respeito da atenção apropriada para cada circunstância específica, alinhados a um ato de compromisso em produzir saúde, afinados com os princípios do SUS¹⁵.

O protocolo quando empregado com critérios científicos, técnicos e políticos adequados à realidade, podem ser úteis na construção de um modelo de atenção mais democrático, por meio do estabelecimento de acesso aos serviços aos que realmente necessitam na possibilidade de redução das variações de práticas clínicas, no estabelecimento de relações mais efetivas com os usuários e na produção de indicadores e estabelecimento de metas, proporcionando assim um processo mais efetivo de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas¹⁵.

O modo como é conduzido o processo de implantação do protocolo é fundamental para a efetividade da sua aplicação, a aposta da construção do protocolo em conjunto foi essencial para a identificação da necessidade de mudanças no processo de trabalho e do aumento da capacidade crítica dos atores

envolvidos, propiciando assim uma melhora do desempenho individual e coletivo.

A condução da gestão frente à variedade de demandas e questionamentos traz a necessidade de produzir um melhor caminho metodológico para a construção de protocolos, que sugerem a adoção de uma gestão mais democrática, com o intuito de gerar mais autonomia dos profissionais, ao se sentirem motivados para a colaboração na elaboração, no acompanhamento e na avaliação dos protocolos, entendendo este como impulsionador da reorganização do processo de trabalho¹².

É certo também que a atenção básica precisa ser olhada além do foco dos protocolos e diretrizes normativas, é preciso que a prática produza impacto positivo na qualidade de vida da população, sendo suas diretrizes avaliadas e modificadas constantemente, segundo as circunstâncias envolvidas, capacidade operacional e perfil epidemiológico da população assistida. Moreira¹⁶ alerta para a utilização acrítica desses protocolos, que pode tornar-se um obstáculo para a construção de um diálogo que desconstrua a pretensão generalizante e potencialize a ampliação da clínica.

Com o propósito de auxiliar esses processos, ampliar as ações da Atenção Básica e elevar a sua resolubilidade é que atua também o NASF. ,, constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das ESF¹⁷. As ações desenvolvidas pelo NASF devem direcionar-se para reorientação do modelo de gestão e de atenção em saúde, na lógica contra-hegemônica que tem o objetivo de superar a lógica verticalizada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde atualmente vigente¹⁷.

As suas funções são norteadas pela interdisciplinaridade e integralidade da atenção e pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial¹⁸. Santos e Cutolo¹⁹ definem a interdisciplinaridade como uma intensidade de trocas que buscam superar as fronteiras disciplinares, incorporando-se ferramentas de diversos ramos do saber, a fim de garantir a integração em torno de um projeto específico.

Segundo Campos²⁰, o apoio matricial trata-se de arranjo de gestão inscrito na lógica das unidades de produção, ao passo da organização do coletivo em torno de um objeto comum de trabalho. Nesse sentido, introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saberes entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo uma maior qualificação e articulação da rede de serviços que compõem o sistema de saúde.

O NASF também tem como atribuição a integração das linhas de cuidado. A sua atuação próxima aos usuários e as equipes, com foco na prática da clínica ampliada favorecem a sua interlocução com outros setores e pontos de atenção e a otimização de fluxos, com contribuições relevantes para a reestruturação da atenção e melhoria de acesso à população²¹.

Todas essas ações tem o intuito de aumentar a capacidade de análise e de atuação das equipes sobre os problemas e necessidades de saúde do território, de forma que sejam qualificados e reduzidos os encaminhamentos para os serviços especializados, gerando uma ampliação da capacidade de coordenação e continuidade do cuidado através da utilização mais racional dos recursos terapêuticos da RAS²².

Para o alcance dos resultados esperados através da efetivação do apoio matricial, a simples presença do profissional do NASF não é suficiente, tais modificações exigem competências diferenciadas em todos os profissionais, sendo necessária uma revisão das práticas em busca de novas formas de produção de saúde, privilegiando atuação interdisciplinar, sob a lógica do compartilhamento e cogestão do cuidado.

A falta de clareza dos profissionais de saúde quanto aos núcleos de saber e as práticas pode ser um grande obstáculo para a efetivação da atenção integral. Ao sugerir durante a construção do protocolo, que pudéssemos realizar durante as consultas, uma anamnese mais completa e a indicação de fórmulas/suplementos para determinado tipo de patologia, abordando elementos que facilitaria a investigação diagnóstica pela gastropediatra, fui repreendida, por que o nutricionista não pode interferir no andamento do diagnóstico a ser dado pelo especialista.

Segundo Campos²⁰ os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais constituem o núcleo de saber de cada um deles e o campo pode ser considerado como saberes e práticas, em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho.

A minha atuação enquanto membro do NASF me fez e me faz compreender o quanto precisamos romper esses muros e amarras que nos prendem ao nosso núcleo de saber. Explorar o campo muitas vezes nos gera insegurança e medo, mas é preciso avançar, só com a interdisciplinaridade iremos acessar a multicausalidade do processo saúde-doença e alcançar práticas de saúde adequadas aos problemas da população, o apoio matricial é um grande aliado nesse processo.

O profissional que atua ou já atuou no NASF facilmente sente os riscos e as tensões existentes na sua operacionalização, dado o seu caráter “tensionador”. O apoio técnico-pedagógico prestado pelo NASF aponta para a reestruturação do processo de trabalho e permite a formação em serviço das equipes, a partir da reflexão do que está acontecendo e sobre o que precisa ser transformado. Ao optar por essa direção faz-se viver a educação permanente, ao qual considero uma importante estratégia para a avaliação do cotidiano do trabalho em saúde.

Segundo Ceccim²³ a educação permanente é uma estratégia importante para as transformações do trabalho para que venha a se atuar de maneira reflexiva, crítica, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, disseminando essa capacidade pedagógica entre gestores, trabalhadores, formadores e com o controle social, de modo a constituir o SUS como uma comunidade educativa.

Acredito que as ações de saúde que visam o trabalho colaborativo e fortalecem a integralidade do cuidado não deve se restringir ao cotidiano do NASF e das equipes de saúde da família, elas devem se estender para toda a rede de atenção, pois tais ações regem as práticas de saúde do território, interferindo na definição e na adoção de modelos de atenção à saúde, que muito dirão sobre a concepção de saúde impressa no cotidiano do fazer dos profissionais que nelas operam.

A ausência dos usuários nos encontros também me fez refletir como ainda não estamos preparados para possibilidade de construção de ofertas não pensadas, novas leituras a partir do processo de afetações mútuas entre o cuidador e aquele que demanda cuidado. O campo das ações cuidadoras é de domínio não só de profissionais de saúde, mas principalmente dos usuários e de sua família, desta forma o compartilhamento dos olhares adquiridos a partir de experiências e pontos de vistas diversos, enriquece e amplia as possibilidades das ações de cuidado a partir da construção de novas relações de poder.

Diante dos fatos é possível perceber que as normativas contidas nas políticas de saúde não são suficientes para a construção da rede de cuidados. A produção do cuidado é um ato vivo, guiado por tecnologias leves ou tecnologias relacionais, reconhecida como facilitadora de produção de vínculo, acolhimento e autonomia do cuidado, tornando o modo de produção intimamente singular, coexistindo entre as políticas, o processo de trabalho, os saberes científicos, as crenças populares e as pessoas envolvidas, com o objetivo primordial de captar as subjetividades do encontro com o outro, além de negociar saberes e tecnologias a serem utilizadas^{25,12}.

De acordo com Franco e Merhy²⁴ as redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho são calcadas por dimensões espaciais, temporais e sociais, a partir de determinados território de saberes e práticas, ou seja, não se trata apenas de um território geográfico, e sim um território existencial que trazem as singularidades e multiplicidades da produção da vida.

Os encontros com o outro em meio aos processos de subjetivações se constituem potência necessária para a desterritorialização. Desterritorializar é romper com as lógicas capitalísticas, biomédicas, procedimento centrada, dando lugar para as subjetivações que permeiam o mundo do trabalho e do cuidado, na sua forma complexa¹⁷. A sociedade e os indivíduos, que se misturam e convivem produzindo múltiplos planos de produção, são atravessados por um movimento permanente de desterritorialização e re-territorialização, não sendo possível prever como esses processos nas suas diferentes intensidades e fluxos vão se dar

atravessando e conformando as relações²⁷.

A complexidade e fragilidades da produção das existências dos diversos atores envolvidos na produção do cuidado exige principalmente que os trabalhadores de saúde se disponham a sair dos seus lugares tradicionais de meros expectadores e prestadores de assistência, deslocando-se para outros lugares reais e imaginários com outros arranjos de cuidado, tendo em vista a perspectiva da potência e da fragilidade, a fim de construir possibilidades de vida com a participação do próprio usuário, mesmo que esse tenha dificuldade de entender a realidade que o cerca²⁵.

Cerqueira e colaboradores²⁶ fortalecem esta ideia ao afirmar que todo e qualquer trabalho na saúde se faz nos encontros, seja com o outro profissional de saúde, seja com o usuário. Sendo assim, o modo de produção do cuidado se revela, de forma efetiva, no âmbito da micropolítica, que revela o complexo e dinâmico modo operativo de cada trabalhador na sua vida cotidiana que perpassa por sua produção subjetiva de produzir saúde e produzir o próprio trabalhador²⁷.

Os encontros permitem a ampliação das ferramentas para suportar as possíveis dificuldades do fazer e da produção da vida. Ao se desprender da razão da clínica instrumental e do entendimento do corpo como um objeto é possível articular saberes e negociar afetivamente as ações cuidadoras, território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores de saúde²⁸.

Sendo assim, entre conquistas e sucessos as equipes de saúde se colocam na luta micropolítica dos espaços, para o enfrentamento das fragilidades que surgem na dimensão intersetorial da RAS, incluindo a gama de sentidos de produção de redes, que vão desde a rede de apoio familiar até a rede de apoio comunitário, que juntos como dispositivos participam da construção da grande rede micropolítica do cuidado^{28,29}. Por tanto, todos os atores governam, devido ao razoável grau de liberdade existente nas práticas do trabalho vivo em ato²⁹.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dessa experiência pude entender que as transformações das práticas não dependem somente de protocolos, mas também da produção da saúde em ato. Portanto, produzir um cuidado que reconheça e legitime a autonomia dos sujeitos no seu modo de gerenciamento da sua vida implica no reconhecimento do seu protagonismo na sua própria história.

Ao pensar no papel complexo que a Atenção Básica tem no SUS, de ordenadora da RAS e de coordenação do cuidado desse usuário pela rede, pude refletir que, mesmo que imprescindível, o acesso aos serviços de saúde e aos profissionais, não garante necessariamente um cuidado resolutivo, que venha ao encontro das necessidades do usuário, integrando-o no território de sua rede de existências.

Nesta perspectiva, para produzir vida nos territórios é necessário uma rede compartilhada de pessoas (gestores, trabalhadores e usuários) que se conectem e construam projetos de cuidados conjuntos. Para tanto, uma estrutura organizativa com vistas o apoio matricial é fundamental, no sentido de reduzir a incoerência entre a necessidade dos usuários e o sistema de atenção operado na prática. Na atenção básica, a atuação do NASF, operando em uma lógica de trabalho pautada na educação permanente, participação popular e na construção de estratégias de cuidado, é essencial para a consolidação de uma atenção básica mais resolutiva e mais próxima desses ideais.

Considero que essas questões precisam ser continuamente debatidas, trazendo á tona as variedades de vivências presentes no cotidiano do SUS. Experiências como essas devem ser trabalhadas como potências a serem operadas na construção de novos modos de fazer gestão e de produzir cuidado. É preciso vivenciar cada vez mais esses espaços para que as mudanças efetivas no modelo de atenção possam se concretizar nas nossas práticas.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 1- Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG. 2009; p.50-56.
2. Brasil. Ministério da Saúde. PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2012.
3. Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. Porto Alegre, 2015.
4. Franco TB, Júnior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. HUCITEC-2ª. edição; São Paulo, 2004.
5. Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2012.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
7. Câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012/2015. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, CAISAN; 2011.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Rio de Janeiro, 2015.
9. Prefeitura Municipal de Camaçari. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório anual de Gestão. Camaçari, 2017.
10. Nogueira FA. Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2006.
11. McDonald KM et al. Care coordination. In: SHOJANIA KG et al (Editors). Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies, Volume 7. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed., Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011; 549p.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
14. Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. , Rio de Janeiro:Hucitec-Abrasco, 320 p.,2004.
15. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Nescon/UFMG, Coopmed, Belo Horizonte,2009.
16. Moreira MCN. A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1735-1742, jul 2017.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, DF, 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2008.
19. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arq Catarinenses Medicina*, v..33, n.3, p.31-40, Porto Alegre 2004.
20. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n. 2 ,p. 399-407, Rio de Janeiro, 2007.
21. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado ? O discurso do do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface*; vol.8, n.15, pp.331-348.. 2004.
22. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*.v. 6, n.2, Brasília 2012.

23. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc. Saúde Colet.*, v.10, n.4, p.975-86, 2005.
24. Merhy EE, Franco TB. “Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves”. *In: _____ Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.* 1 ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2013. p.111-121.
25. Merhy EE *et al.* “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 52, p. 153-164, out 2014.
26. Cerqueira P. *et al.* “Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção”. *In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. M. (Orgs.). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.* Porto Alegre: Rede Unida, (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). p. 25-42, 2014.
27. Mitre SM, Andrade, ELG, Cotta RM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.
28. Baduy RS. A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento. Tese apresentada na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ para obtenção do título de doutor, junho de 2010.
29. Bousquat Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017.

APÉNDICE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
PROGRAMA MUNICIPAL DE COMPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

**PROTOCOLO DE FÓRMULAS INFANTIS, SUPLEMENTOS
NUTRICIONAIS E DIETAS ENTERAIS**

Camaçari
2017

|

PREFEITURA DE CAMAÇARI

Antônio Elinaldo Araújo da Silva

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Dr. Elias Natan Moraes Dias

Dr. Luiz Duplat

COORDENAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Nataline Matos Aguiar

ELABORAÇÃO

Thaylane Coutinho dos Santos

REVISORES

Nataline Matos Aguiar

Viviane Goés

Dra Vanessa Jabobina

SUMÁRIO

1. Introdução	01
2. Justificativa	02
3. Amparo Legal	02
4. Objetivos	03
4.1 Objetivo geral	03
4.2 Objetivos específicos	04
5. Critérios de inclusão	04
5.1 Critérios de inclusão independentes	04
5.2 Fórmulas infantis destinadas a indivíduos com suspeita/diagnóstico de APLV	05
5.2.1 Crianças em aleitamento materno	06
5.2.3 Crianças em uso de fórmula infantil a base de LV ou alimentadas com leite integral	06
5.3 Fórmula de partida, fórmula de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância e suplemento alimentar	07
5.4. Dietas para terapia nutricional de crianças, adultos e idosos	08
6. Atenção Básica e demais serviços de saúde	10
7. Fluxos internos para dispensação de fórmulas , complementos ou dietas enterais	10
8. Atribuições dos profissionais	11
Apêndices	12
Referências	23

1. Introdução

Em algum momento no curso das fases da vida, algumas alterações metabólicas e fisiológicas podem causar mudanças nas necessidades alimentares e nutricionais, como

também algum agravo à saúde ou patologia também podem causar mudança nas necessidades nutricionais dos indivíduos, diante disso a Política Nacional de Alimentação e Nutrição define as necessidades alimentares especiais como qualquer alteração metabólica ou fisiológica que possa causar mudanças, temporárias ou permanentes, voltadas à utilização endógena dos nutrientes ou a via de administração alimentar, sejam elas restritivas ou suplementares ¹.

O programa de complementação alimentar é custeado com recursos exclusivamente municipais e tem como um dos seus objetivos acolher as demandas de solicitações de fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos para usuários com necessidades alimentares especiais do Sistema Único de Saúde(SUS) residentes do município de Camaçari, bem como acompanhar o estado nutricional destes, por meio de consultas periódicas realizadas por nutricionista e demais profissionais da rede municipal de saúde.

A organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde ² recomendam que as crianças com até seis meses de vida devem se alimentar exclusivamente de leite materno e depois complementa-lo com outros alimentos até completar dois anos de idade.O aleitamento materno é fundamental para garantir à saúde e o desenvolvimento adequado das crianças.Embora o excesso de ganho de peso ter aumentado expressivamente no Brasil nos últimos anos ,a desnutrição ainda se mantém com alta prevalência , em especial nas populações mais vulneráveis ^{2,3}.

A atenção básica deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do território, considerando os critérios de risco, vulnerabilidade, relevância e frequência do agravo, o qual se inclui os cuidados aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais. Apesar da Atenção Básica ser a ordenadora do cuidado e porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas também podem ser identificadas em outros pontos da rede, que juntos devem funcionar de maneira integrada e transversal; faz-se necessário, portanto protocolos ou normas técnicas que orientem a organização do cuidado nutricional na rede, de modo que sejam normatizados os critérios para acesso a alimentos para fins especiais, afim de promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos¹.

É importante considerar, que a manutenção do adequado estado nutricional evita e/ou minimiza os danos das complicações relacionadas às doenças de base, além de contribuir para uma melhor e mais rápida recuperação do paciente, evitando o surgimento de novos agravos, reduzindo assim o número de hospitalizações¹.

O presente protocolo padroniza por meio de normas técnicas e administrativas as condutas pertinentes à prescrição dos profissionais das unidades pertencentes à rede municipal de saúde, além de estabelecer normas pertinentes à dispensação/fornecimento de dietas especiais, no âmbito da secretaria de saúde do município de Camaçari.

2. Justificativa

Com o conseqüente aumento da demanda e dos custos com a aquisição de fórmulas infantis, suplementos e dietas enterais é necessário otimizar os recursos públicos gastos com a compra destes produtos, e de fundamental importância garantir o acompanhamento adequado dos indivíduos com necessidades alimentares especiais. Diante disso é emergente o estabelecimento de critérios para racionalizar o acesso e propor um fluxo possível, equitativo e igualitário para dispensação das fórmulas e suplementos, considerando os princípios e diretrizes do SUS.

3. Amparo legal

- **Artigo 196 da Constituição Federal (1988):** preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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 ⁴.

- **Artigo 197 da Constituição Federal (1990):** O artigo 197, da Constituição Federal, estabelece que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle” ⁵.

- **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 ⁵.

- **Lei Federal 8142/90:** dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências ⁶.

- **Lei 11.265/2006- NBCAL:** regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericultura correlatos, tentando garantir a segurança alimentar como um direito humano, apoiando as políticas públicas no sentido de minimizar o marketing abusivo e as pressões das indústrias de grande porte às instituições que prestam serviços aos binômios mãe e bebê, tanto no nível público como no privado ⁷.

- **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 ⁸.

- **Emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010:** altera o artigo 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social ⁹.

- **Artigo 8 do Decreto nº 7508(2011):** traz que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”¹⁰.

- **Relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias-CONITEC (2014):** recomenda a incorporação das fórmulas nutricionais para necessidades dietoterápicas específicas indicadas para crianças com alergia à proteína do leite de vaca¹¹.

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

Estabelecer diretrizes para dispensação de fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos alimentares disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari/BA.

4.2 Objetivos específicos

- Reestabelecer os critérios de inclusão ao Programa Municipal fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos.
- Garantir a confirmação do diagnóstico de APLV dos usuários através da realização dos exames específicos na rede municipal;
- Orientar as Equipes de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari em relação aos critérios e fluxos para dispensação dos produtos de que trata este protocolo, e para acompanhamento e tratamento das pessoas com necessidades nutricionais especiais;
- Definir as competências e responsabilidades de cada profissional da equipe de saúde envolvido na assistência aos usuários;
- Otimizar e racionalizar os recursos públicos em saúde demandados com a aquisição dos produtos de que trata este protocolo;

5. Critérios de inclusão

Para atender as principais demandas de dispensação/fornecimento de fórmulas infantis, suplementos alimentares e dietas enterais faz-se necessário definir, de acordo com o escopo de produtos licitados pelo município, as situações que serão atendidas pela Secretaria de Saúde de Camaçari, á citar: indivíduos com suspeita/diagnóstico de alergia e intolerância alimentar ou outras situações descritas neste protocolo em que haja necessidade de fórmulas ou complementos nutricionais.

5.1 Critérios independentes

- Residir no município de Camaçari
- Possuir Cartão Nacional de Saúde atualizado
- Estar cadastrado na USF/UBS de referência para o usuário
- Possuir formulário de dispensação de dieta/fórmulas devidamente preenchidos com prescrição e justificativa do profissional do SUS
- Possuir relatório do serviço social
- Estar de acordo com os critérios do protocolo

5.2. Fórmulas infantis destinadas a indivíduos com suspeita ou portadores de alergia à proteína do leite de vaca (APLV)

A alergia à proteína do leite de vaca é mais prevalente na infância, período este que o leite está presente em grandes proporções na alimentação do indivíduo. As manifestações clínicas são muito variáveis quanto ao tipo e severidade, tornando-se a alergia alimentar mais difícil de diagnosticar. (referenciar consenso), o diagnóstico é meramente clínico através de dieta de eliminação ¹².

A Sociedade Européia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição em Pediatria ¹³ divide a dieta de eliminação em duas categorias:

- a) Dieta de eliminação diagnóstica: é realizada através da exclusão do leite de vaca da dieta por um período de 2-4 semanas dependendo da gravidade das manifestações clínicas com o propósito de avaliar se houve manutenção ou desaparecimento dos sintomas e de proporcionar recuperação clínica para que seja possível programar o teste de provocação oral para confirmação diagnóstica. Se os sintomas persistem na vigência da dieta de exclusão, o diagnóstico de APLV é pouco provável.
- b) Dieta de eliminação terapêutica: realizada após a confirmação da APLV através do teste de provocação oral, seu período se estende por 6 a 12 meses de acordo com a

gravidade das manifestações do paciente, em seguida é indicado um novo teste de provocação oral para verificar se o paciente desenvolveu ou não a tolerância.

Os pacientes com suspeita de APLV deverão ser encaminhados inicialmente para o nutricionista, profissional que indicará a dieta de eliminação diagnóstica, em até 1 mês será agendada a primeira avaliação com a gastropediatra que conduzirá o tratamento de acordo com os sintomas; se melhora dos sintomas com o uso da fórmula infantil, a gastropediatra seguirá com dieta de eliminação diagnóstica indicada por até três meses e/ou até a programação do Teste de Provocação Oral (TPO). Após a realização do TPO o paciente deverá ser avaliado em seguida pela gastropediatra para fechar diagnóstico.

Portanto, após no mínimo 4 meses de tratamento (1 mês de dieta de eliminação+ 3 meses de dieta de eliminação terapêutica) com fórmula específica para APLV, a criança que responder positivamente ao tratamento clínico e dietoterápico deverá ser submetida ao TPO para confirmação diagnóstica. A APLV só é confirmada quando acontece o desaparecimento dos sintomas após dieta de eliminação diagnóstica e reaparecimento dos sintomas ao realizar o TPO. Nos casos de reações IgE mediadas em até 2 horas e nos casos de reações não-IgE mediadas ocorre de 2 horas a 7 dias. A periodicidade do teste de provocação oral, prioritariamente deverá seguir as recomendações descritas no apêndice I , salvo casos específicos devidamente justificados.

Os pacientes com suspeita de APLV serão avaliados pelo nutricionista e pelo gastropediatra trimestralmente conforme apêndice IX. Os pacientes com diagnóstico de APLV comprovado pelo TPO e clinicamente estáveis realizarão avaliação com a gastropediatra semestralmente e com o nutricionista trimestralmente. A conduta será preconizada de acordo com a faixa etária, conforme fluxograma (apêndice I). O volume necessário para cada criança deve ser calculado de acordo com as necessidades nutricionais do paciente, levando em consideração a idade, peso e estado nutricional (sugestão de quantitativo- apêndice II), assim como a prescrição deverá obedecer a padronização proposta por este protocolo (vide apêndice III) .

5.2.1 Crianças em aleitamento materno

Estimular a manutenção do aleitamento materno e orientar dieta de exclusão de leite de vaca e derivados da dieta materna por período estabelecido pelo profissional.

5.2.3 Crianças em uso de fórmula infantil a base de leite de vaca ou alimentadas com leite integral

a) Criança de 0 a 6 meses: Fórmula extensamente hidrolisada ou fórmula de aminoácidos livres

b) Criança de 6 a 12 meses: Fórmula extensamente hidrolisada ou fórmula de soja ou fórmula de aminoácidos associada às demais refeições isentas de proteína do leite de vaca.

c) Crianças com mais de 12 meses e menos de 24 meses: Fórmula hidrolisada, fórmula de soja ou fórmula de aminoácidos livres.

d) Crianças com mais de 24 meses: somente serão mantidos e/ou incluídos no programa crianças com diagnóstico de APLV confirmado através do Teste de Provocação Oral, casos de alergia alimentar a múltiplos alimentos ou casos de esofagite eosinofílica grave comprovada. Para os demais casos deve ser realizada uma orientação nutricional para uma dieta de substituição adequada.

OBS.: Os exames laboratoriais servirão como apoio na condução do diagnóstico e tratamento dos pacientes com APLV, portanto, sua periodicidade deverá ser estabelecida pela gastropediatra, para os pacientes inseridos no programa os exames solicitados deverão ser autorizados pela Coordenação de Alimentação e Nutrição e encaminhados para a Central de Regulação Municipal para marcação.

5.3 Fórmula de partida, fórmula de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância e suplemento alimentar

Fórmula infantil de partida é um produto destinado à alimentação de lactentes até o sexto mês de vida em substituição total ou parcial do leite materno, já a Fórmula infantil de seguimento é destinada à alimentação de lactentes a partir do sexto mês até os 12 meses, assim como as fórmulas de seguimento para crianças de primeira infância, faixa etária compreendida de 1 a 3

anos de idade. O suplemento alimentar é um produto destinado a aumentar a quantidade de nutrientes na alimentação da criança a partir de 1 ano de idade.

O leite materno é o alimento mais adequado para recém-nascidos (RNs) e lactentes, sua composição é única e capaz de atender todas as necessidades nutricionais desses RNs, contudo em algumas situações o aleitamento materno é contraindicado, seja de forma permanente ou transitória, sendo necessária a indicação do uso de substitutos. Diante disso os critérios para prescrição de substituto seguirá as situações descritas abaixo:

- Crianças com distúrbio neurológico ou que apresentam alguma patologia que comprometa a sucção, deglutição e absorção de nutrientes levando a um prejuízo nutricional e/ou impossibilidade de amamentação;
- Crianças prematuras e/ou gemelares que apresentem sequelas e/ou comprometimento nutricionais classificados conforme parâmetros do SISVAN
- Doenças congênitas graves que levem a comprometimento nutricional
- Crianças em uso de nutrição enteral como forma exclusiva de alimentação
- Óbito materno
- Mãe que apresente doença psiquiátrica grave
- Mãe que utilize medicamentos que sejam contraindicados durante a amamentação conforme recomendações do Ministério da Saúde ¹⁴
- Crianças que se encontram com risco nutricional (indicador Peso/ Estatura com z-score entre -1 e -2) e que não apresentam ganho de peso adequado após recomendações do nutricionista por 5 consultas consecutivas; Crianças classificadas como desnutridas (indicador Peso/ Estatura com z-score < -3) sem nenhuma doença de base podem ser incluídas imediatamente no programa.
- Doença materna que contra indique o aleitamento materno.

Condições de contraindicação absoluta do aleitamento materno:

- Infecção humana materna pelo vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV) e Infecção humana pelo vírus linfotrófico humano de células T (HTLV 1 e 2) : esses casos serão destinados para atendimento e aquisição de fórmulas infantis no CRES DST/AIDS.

Condições infecciosas que contraindicam temporariamente o aleitamento materno:

- Infecção materna pelo citomegalovírus(somente em casos de prematuros);
- Infecção materna pelo vírus Herpes simples e Herpes zoster, em casos de lesão na mama;
- Infecção materna pelo vírus da varicela;
- Infecção materna pelo vírus da Hepatite C no caso de lesão da mama;
- Hanseníase, quando a mãe não tem tratamento;
- Infecção materna pelo *Trypanosomacruzi*(Doença de Chagas), apenas na fase aguda da doença;
- Tuberculose pulmonar, sem tratamento.

Condições maternas não infecciosas que contraindicam o aleitamento materno:

- Mãe em quimioterapia e/ou radioterapia;
- Mães em exposição ocupacional ou ambiental a metais pesados (cobre cromo, zinco, alumínio, cádmio, arsênico, manganês, chumbo, mercúrio, entre outros);
- Uso de medicamentos, drogas e metabólitos a serem avaliados individualmente.

O volume necessário para cada criança deve ser calculado de acordo com as necessidades nutricionais do paciente, levando em consideração a idade, peso e estado nutricional (sugestão de quantitativo- apêndice II), assim como a prescrição deverá seguir a padronização descrita por este protocolo (vide apêndice III).

5.4. Dietas para terapia nutricional de crianças, adultos, idosos, gestantes e nutrízes

A Terapia Nutricional (TN) é definida como um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente, podendo ser oral, enteral e/ou

parenteral ¹⁵. Serão fornecidos para as crianças, adultos e idosos com patologias que comprometem o estado nutricional e/ou que se alimentem via sonda, tais como:

- Distúrbios neurológicos graves
- Doenças gastrointestinais
- Erros inatos do metabolismo
- Intolerância alimentar
- Síndromes genéticas
- Câncer
- Cirurgias e queimaduras
- Transplante de órgãos
- Doenças neurodegenerativas
- Tratamento quimioterápico e/ou radioterápico
- Insuficiência renal e hepática
- Desnutrição

OBS.: Serão incluídas no programa criança com diagnóstico de desnutrição isolada sem doença de base até 10 anos de idade. Gestantes, idosos e nutrizes desnutridas sem doença de base, podem ser encaminhadas ao programa a qualquer momento ;

As famílias em situação de vulnerabilidade social deverão ser avaliadas para verificar se atendem os critérios para aquisição de cesta básica, se não for elegível deverão ser encaminhadas para o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

O volume e fracionamento necessário para cada criança, adulto ou idoso devem ser calculados de acordo com as necessidades nutricionais do paciente, levando em consideração a idade, peso e estado nutricional (sugestão de quantitativo- apêndice II), assim como a prescrição deverá obedecer a prescrição padronizada por este protocolo (vide apêndice III) .

OBS.: casos que não atendam aos critérios estabelecidos neste protocolo deverão receber orientação pelos profissionais, conforme manuais e diretrizes do SUS para educação e orientação alimentar, a citar: Caderno de Atenção Básica ¹⁶, Caderno de Saúde da criança:

aleitamento materno e alimentação complementar ², Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos ¹⁷, Protocolo SISVAN ¹⁸.

6. Atenção Básica e demais serviços de saúde

A partir de consulta realizada com qualquer profissional de saúde em qualquer ponto da rede, inclusive a nível hospitalar e for identificada alguma suspeita/diagnóstico de alergia ou intolerância alimentar ou outras situações em que haja necessidade de fórmulas, dietas ou complementos nutricionais, os usuários deverão ser encaminhados para o profissional nutricionista da Unidade de Saúde de referência da rede municipal do SUS, se o usuário atender aos critérios de inclusão descrito neste protocolo, será encaminhado para avaliação com a assistente social e orientado a possuir alguns documentos em mãos para abertura do processo:

- Protocolo de solicitação de fórmulas infantis, suplementos e dietas enterais devidamente preenchido (utilizado pela gastropediatra)
- Relatório do Gastropediatra e/ou nutricional
- Relatório social
- Relatório médico com diagnóstico (quando necessário)
- Xérox e original do RG e CPF dos responsáveis
- Xérox e original da certidão de nascimento ou RG da criança
- Xérox e original do comprovante de residência em nome dos pais ou responsáveis, caso more de aluguel contrato de aluguel registrado em cartório.

OBS.: Os pacientes com suspeita de APLV deverão estar em posse inicialmente do formulário de prescrição nutricional para dispensação de fórmula infantil para fins de dieta de eliminação diagnóstica (vide apêndice V), após avaliação da gastropediatra se o paciente for incluído no programa este deverá estar em posse do formulário padrão de solicitação de fórmula infantil, suplementos nutricionais e dietas enterais (vide apêndice IV) devidamente preenchido pela gastropediatra.

7. Fluxos internos para dispensação de fórmulas , complementos ou dietas enterais

As solicitações e prescrições de dietas enterais, suplementos nutricionais e fórmulas infantis deverão ser realizadas por nutricionista e/ou gastropediatra e o relatório social deverá ser realizado pela Assistente Social, ambos da rede municipal do SUS. Estas deverão ser renovadas a cada 3 meses após uma nova avaliação. Os pacientes serão encaminhados das unidades de saúde para o Departamento de Atenção Básica (DAB) onde será realizada a abertura do processo e a dispensação das fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos, conforme os documentos já listados acima (vide apêndice VII e VIII).

8. Atribuições dos profissionais

Cabe ao nutricionista identificar portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, prestar atendimento nutricional individualizado com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, elaborando o diagnóstico nutricional seguido de prescrição dietética. As orientações nutricionais individualizadas devem priorizar sempre a inserção dos alimentos no plano alimentar do paciente e somente quando necessário, prescrever suplementos nutricionais, bem como alimento para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente(vide apêndice IX).

O Assistente Social intervém promovendo um atendimento humanizado, identificando os aspectos sociais, econômicos e culturais de cada família. No atendimento socioassistencial o profissional elaborará um estudo socioeconômico, reconhecendo as potencialidades e vulnerabilidades de cada núcleo familiar, avaliando a concessão das fórmulas, suplementos nutricionais e dietas enterais conforme o nível de vulnerabilidade social apresentada, ao qual servirá como base para a realização de seu relatório social (vide apêndice IX).

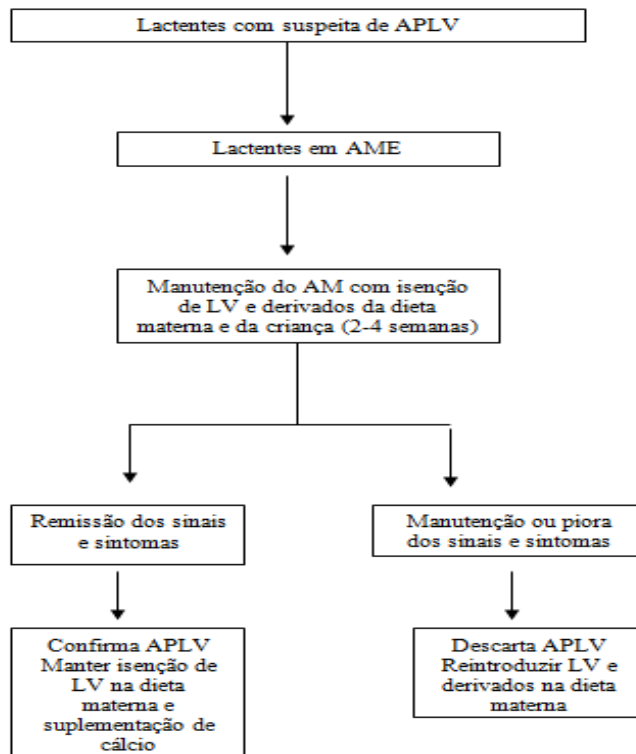
Ao médico gastroenterologista pediátrico cabe prestar assistência a crianças e adolescentes portadoras de sintomas relacionadas ao tubo digestivo, atuando na prevenção, diagnóstico, tratamento e avaliação de todas as patologias que envolvem o sistema gastrointestinal, como alergia à proteína do leite de vaca, intolerância à lactose, doença celíaca, constipação intestinal, dor abdominal, refluxo gastroesofágico, gastrite, doenças inflamatórias intestinais, esofagite eosinofílica, fibrose cística, disfagia, enteropatias perdedoras de proteína, úlceras pépticas, estenoses esofagianas, dentre outras (vide apêndice IX).

APÊNDICES

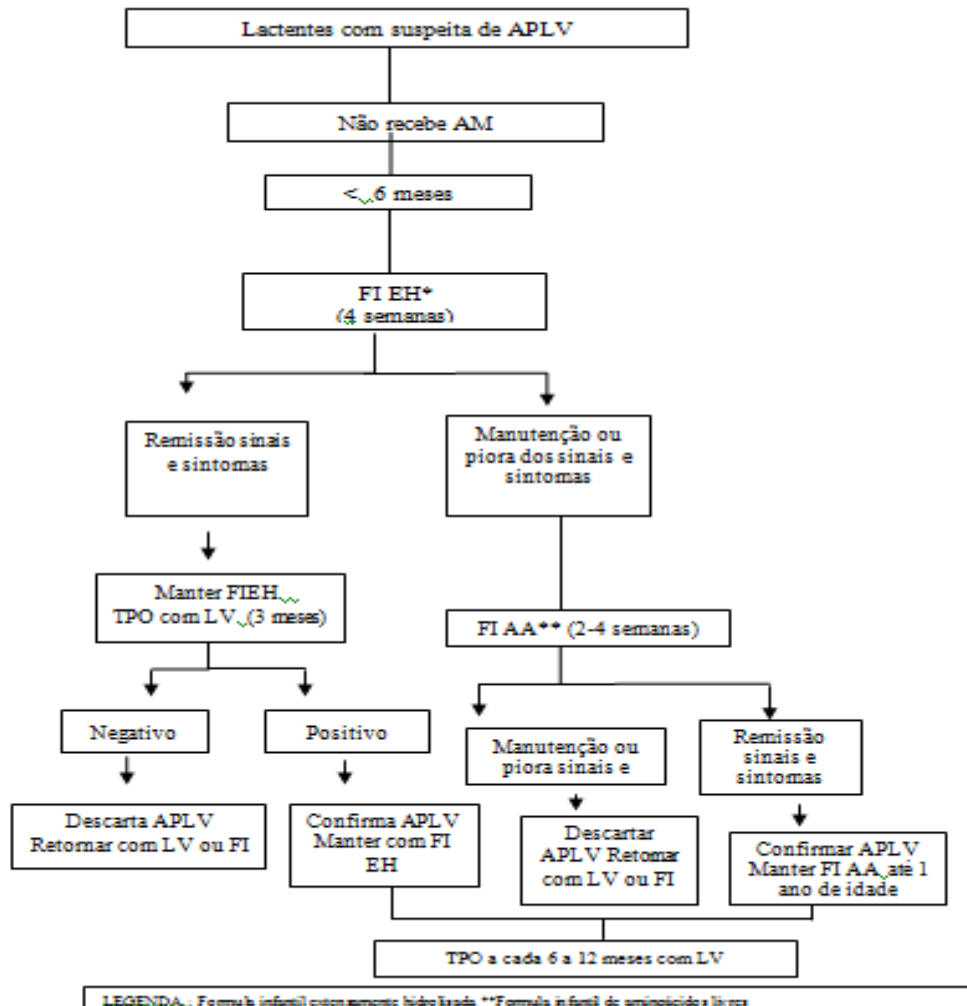
APÊNDICE I

FLUXOGRAMAS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA APLV EM LACTENTES (Adaptado de Fiocchi A. et al, Koletzko S. et al e Rev. Bras. Alerg. Imunopatol.)

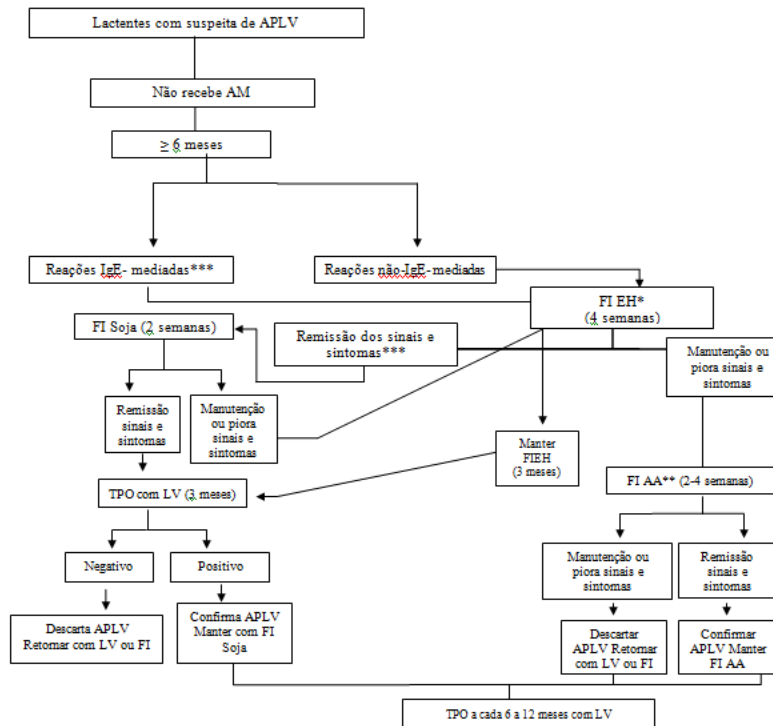
1. Crianças em aleitamento materno



2. Lactentes com < 6 meses que não recebem Leite materno



3. Lactentes com ≥ 6 meses que não recebem Leite materno



LEGEVA, Fórmula infantil extremamente hidrolizada ** Fórmula infantil de aminoácidos livres *** Em caso de remissão de sinais e sintomas nas reações IgE-mediadas após 1 mês de uso de FEH, modificar para fórmula infantil de soja, manter o uso por mais 2 meses ou até a realização do TPO.

APÊNDICE II

SUGESTÃO DE QUANTITATIVO DE FÓRMULAS INFANTIS

Faixa etária (mês)	Volume e frequência de fórmula	Volume diário da fórmula pronta (ml)	Quantidade diária de fórmula (g)	Quantidade mensal de fórmula (g)	Quantidade mensal de latas*
0 a 1	120 ml, 8x/dia	960	160	4.800	12
1 a 2	150 ml, 8x/dia	1200	200	6.000	15
2 a 3	180 ml, 6x/dia	1080	180	5.400	14
3 a 4 **	200 ml, 6x/dia	1200	200	6.000	15
4 a 6 meses***	200 ml, 6x/dia	1200	200	6.000	15
> 6 meses e < 1 ano	200 ml, 3x/dia	600	100	3.000	8
> 1 ano	240 ml 2 x/dia	480	80	2.400	6****

*Lata de 400 g.

** nesta faixa etária utilizou-se para cálculo a frequência de consumo de fórmula de 6 vezes ao dia, ao invés da frequência de 5 vezes ao dia descrita no Manual, tendo em vista que nesta idade ainda não foi introduzida a alimentação complementar (seguindo as orientações da ESPGHAN, 2008 (2)), e portanto, a oferta de 5 mamadeiras por dia não permite o fracionamento de 3 horas.

*** foi incluída essa faixa etária, e não simplesmente a faixa etária > 4 meses, como descrito no manual do Ministério da Saúde, porque a idade de 4 a 6 meses representa um período de transição e adaptação à alimentação complementar, com aceitação duvidosa de alimentos sólidos, em termos de volume. Portanto, mantivemos o volume de 200 ml descrito no manual do Ministério da Saúde, mas aumentamos o fracionamento de 3 para 6 vezes ao dia.

**** se prescrito fórmula de aminoácidos para faixa etária, incluir mais 4 latas ao quantitativo final e se for prescrito fórmula hidrolisada incluir mais 03 latas no quantitativo final.

SUPLEMENTAÇÃO

Público	Frequência	Quantidade mensal (g)	Quantidade mensal de latas*
Criança	2x/dia – 2 medidas	732	02
	4x/dia – 7 medidas	1281	03
Adulto/Idoso	2 x/dia – 2 CS	1800	04
	3x/dia – 2 CS	2700	07

*Lata de 400 g

APÊNDICE III

PADRONIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DAS FÓRMULAS E SUPLEMENTOS

Fórmulas infantis

1	Fórmula infantil de partida indicada para pacientes de 0- 6 meses
2	Fórmula infantil de seguimento indicada para pacientes de 6-12 meses
3	Fórmula infantil hipercalórica indicada para pacientes de 0- 3 anos
4	Fórmula infantil à base de proteína de soja indicada para pacientes de 0-12 meses

Fórmulas e suplementos infantis para situações especiais

5	Fórmula infantil à base de proteína hidrolisada indicada para pacientes de 1-10 anos
6	Fórmula infantil à base de proteína extensamente hidrolisada sem lactose indicada para pacientes de 0-12 meses
7	Fórmula infantil de aminoácidos para crianças de 0-1 ano*
8	Fórmula infantil a base de aminoácidos para crianças maiores de 1 ano
9	Suplemento infantil hipercalórico em pó isento de glúten e lactose para crianças maiores de 1 ano

Suplementos para adultos e idosos

10	Suplemento em pó, rico em fibras e isento de sacarose
11	Dieta nutricionalmente completa em pó à base de proteína isolada de soja, isenta de lactose, sacarose e glúten
12	Dieta hiperproteica, isenta de lactose, sacarose e glúten, rica em fibras especialmente para pacientes diabéticos

APÊNDICE V

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL E SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL, SUPLEMENTOS E DIETAS ENTERAIS

Unidade de Saúde:		CNES:
Nome:		DN:
Endereço:		
Avaliação Nutricional		
Peso atual:	Altura:	IMC(quando possível):
Desnutrição: () moderada () grave () não		
Histórico antropométrico:		
Prescrição nutricional		
Prescrição(característica da fórmula utilizada, volume e fracionamento(conforme padronização), via de administração e total de latas para 4 semanas):		
Justificativa (com descrição dos sintomas e/ou observações afins):		
Data:		
_____ Assinatura e carimbo		

APÊNDICE VI

TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECEBIMENTO

Eu _____, inscrito no CPF sob o número _____ responsável por _____, declaro que recebi ____ latas de _____ para _____ mês(es) e me comprometo:

- A preparar a fórmula infantil/suplemento conforme orientações fornecidas pelo profissional de saúde;
- Em entregar o restante das latas caso não se adapte, ou deixe de usá-la por quaisquer outros motivos desde que tenha orientação médica ou da nutricionista;
- Não comercializar sob nenhuma circunstância a fórmula/suplemento fornecido através do programa

Declaro ter ciência de que o descumprimento do compromisso acima resultará na perda do benefício que é a aquisição da fórmula infantil/suplemento.

Camaçari, ____ de ____ de ____.

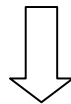
Assinatura

APÊNDICE VII

FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DOS PROTOCOLOS E SOLICITAÇÕES DE PACIENTES COM SUSPEITA DE APLV E/OU OUTRAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

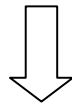
UBS/USF E POLICLINICAS

Preenchimento por nutricionista do Formulário de prescrição nutricional e solicitação de fórmula infantil, dietas enterais e suplementação para fins de **dieta de eliminação diagnóstica** durante o período de 4 semanas.



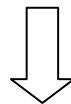
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA(DAB)/ SESAU

Entrega da solicitação, relatório preenchido e demais documentos; recebimento da fórmula prescrita para consumo até a data da consulta com o gastro, obedecendo ao período acima citado. Marcação de consulta com a gastropediatra para elucidação diagnóstica.



POLICLÍNICA

Confirmado o diagnóstico: preenchimento por gastropediatra do formulário de solicitação de fórmulas infantis, dietas enterais e suplementação . Caso contrário descartar APLV e retornar ao uso de leite de vaca ou fórmula infantil anteriormente ofertada.



DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA(DAB)/ SESAU

Entrega do formulário acima preenchido, assinatura do termo de responsabilidade e recebimento e dispensação da dieta conforme estoque e prescrição. Reabertura do processo a cada 3 meses.

APÊNDICE VIII

FLUXO PARA ABERTURA DO PROTOCOLO PARA OUTRAS NECESSIDADES ALIMENTARES ESPECIAIS

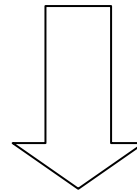
UBS/USF

Preenchimento do Formulário de prescrição nutricional e solicitação de de fórmula infantil, dietas enterais e suplementação por: **Nutricionista**

+

Preenchimento do Relatório social por: **Assistente social**

+



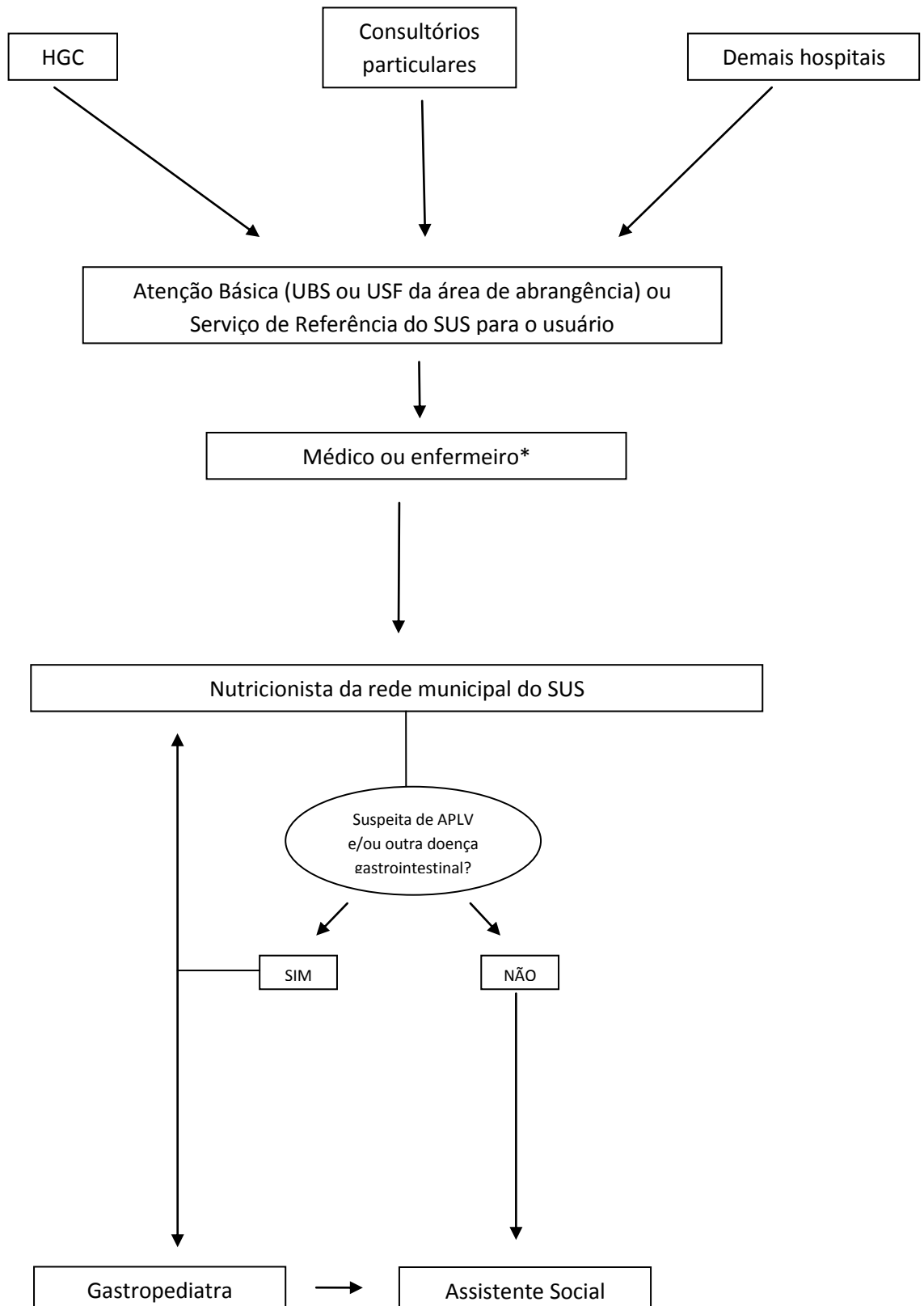
Departamento de Atenção Básica(DAB)/ SESAU

Abertura do processo mediante documentação, formulário e relatório devidamente preenchido; Assinatura do termo de responsabilidade e recebimento e

dispensação da dieta conforme estoque e prescrição. Reabertura do processo a cada 3 meses.

APÊNDICE IX

FLUXO DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS



*Se verificada situação de necessidades nutricionais especiais, realizar encaminhamentos posteriores.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.(Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar – 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, nº 23).
4. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm> Acesso em: 15 set. 2017.
5. BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 out. 2017.
6. BRASIL. Lei Federal Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em:15 set. 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e Legislação. Brasília:Ministério da Saúde, 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Nota Técnica n.º 84/2010.2010a.
9. BRASIL. Emenda Constitucional Nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm.Acesso em 15 set 2017. 2010b.
10. BRASIL. Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm.Acesso em: 15 set. 2017.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca.Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
12. Luyt D, Ball H, Makwana N, Green MR,Bravin K et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy.Cambridge, 2014.
13. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 46:99-110, 2008.
14. BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.
15. BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria da Atenção à Saúde.Portaria nº 120 de 14 de Abril de 2009. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1281039156744PT%20SAS%20MS%20120%2C14-04-09%20e%20anexos%20I-II-III-IV-V-VI%20A%20e%20VI%20B.pdf>. Acesso em:21 set.2017.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.(Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
19. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso brasileiro sobre alergia alimentar:2007. Rev bras alergia imunopatol 2008;31:65-89.