



RONDÔNIA
Governo do Estado

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Secretaria de Estado da Saúde - SESAU

GERÊNCIA ESTADUAL DE NUTRIÇÃO ENTERAL - SESAU-GENE

REGULAMENTO

REGULAMENTO TÉCNICO DO PROGRAMA DE ALERGIA À PROTEINA DO LEITE DE VACA DO ESTADO DE RONDÔNIA- PAPLVRO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Alergia alimentar é uma resposta adversa do sistema imunológico a determinados alimentos, resultando em alterações no seu funcionamento. Os principais alérgenos alimentares na infância incluem o leite de vaca, soja, ovo e trigo.

1.2. A Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) é uma das alergias alimentares mais frequentes na infância, sendo mais comum nos primeiros anos de vida. Essa condição ocorre quando o sistema imunológico reage de maneira exacerbada às proteínas do leite de vaca, desencadeando processos inflamatórios no organismo. Os principais agentes responsáveis por essa reação são a caseína, a alfa-lactoalbumina e a beta-lactoglobulina.

1.3. Na ausência de possibilidade de aleitamento materno, é imprescindível assegurar o acesso a fórmulas infantis nutricionalmente completas e adequadas à faixa etária do lactente. Em casos de suspeita ou diagnóstico de APLV, é necessário excluir qualquer forma de ingestão ou contato com leite de vaca ou seus derivados. Essa exclusão deve ocorrer tanto na dieta materna, quando a criança está em aleitamento, quanto no consumo direto de leite de vaca, seus derivados ou fórmulas lácteas infantis pelo lactente.

1.4. É fundamental que se dedique atenção especial ao tratamento de crianças na fase de lactação, uma vez que, nesta etapa, a alimentação é majoritariamente baseada em leite, e certas condições podem demandar o uso de fórmulas lácteas terapêuticas. Crianças diagnosticadas com APLV requerem um acompanhamento nutricional específico, que assegure seu desenvolvimento adequado, mediante a exclusão da proteína causadora da alergia, minimizando, assim, eventuais repercussões nutricionais.

1.5. O desenvolvimento da APLV está associado a diferentes fatores, incluindo predisposição genética, alterações na microbiota intestinal, histórico de infecções, idade da primeira exposição ao alérgeno, alimentação materna e quantidade de leite consumida. A diversidade e a gravidade dos sintomas variam de criança para criança e podem comprometer significativamente sua qualidade de vida. Sendo os primeiros anos de vida um período crucial para o crescimento e desenvolvimento infantil, a implementação de um manejo nutricional adequado se torna essencial para minimizar prejuízos à saúde e garantir o bem-estar da criança.

1.6. As reações alérgicas mediadas por IgE geralmente se apresentam de forma aguda, podendo afetar múltiplos sistemas ou órgãos simultaneamente. Por outro lado, nas reações não mediadas por IgE, os sintomas tendem a surgir de maneira tardia, variando entre duas horas a até sete dias após a exposição ao alérgeno. Nesses casos, o trato gastrointestinal é o mais afetado, com resolução espontânea em mais de 50% dos pacientes ainda no primeiro ano de vida. A distinção adequada do tipo de resposta imunológica envolvida é fundamental para a adoção de estratégias de manejo eficazes, garantindo um acompanhamento seguro e adequado ao lactente diagnosticado com APLV. Os sintomas estão detalhados no Quadro 1:

Quadro 1 – Classificação da Alergia Alimentar por mecanismos imunológicos

MANIFESTAÇÕES	MEDIADA POR IGE	NÃO MEDIADA POR IGE	MISTA
Cutâneas	Urticária; angioedema; rash eritematoso mobiliforme; rubor	Dermatite de contato	Dermatite atópica
Gastrointestinais	Edema e prurido de lábios; língua; palato e garganta; vômitos; diarreia; disfagia e dor abdominal	Hemossiderose induzida por alimento (síndrome de Heiner)	Esofagite eosinofílica (EoE) Gastrite eosinofílica Gastroenterite eosinofílica
Respiratórias	Broncoespasmos; coriza; rinite e tosse	Refluxo gastroesofágico; cólicas; constipação Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES); Síndrome da proctocolite induzida por proteína alimentar (FPIAP); Síndrome de enteropatia induzida por proteína alimentar	Asma
Cardiovasculares	Tontura; desmaio	-	-
Sistêmicas	Anafilaxia; choque anafilático	-	-

Fonte: Solé D et. al., 2018 e Yonamine et. al., 2021 - protocolo da Bahia.

1.7. Tanto nas formas mediadas por IgE quanto as não mediadas, as manifestações clínicas podem variar em intensidade, desde reações leves até situações graves, sendo a anafilaxia a mais crítica. Na Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) não mediada por IgE, os sintomas podem se apresentar desde episódios de retorrágia (proctocolite) até quadros mais graves, como vômitos e choque hipovolêmico, que são característicos da Síndrome da Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (FPIES – Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome).

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

2.1.1. Este regulamento tem como objetivo assegurar o atendimento integral a crianças de 0 a 24 meses diagnosticadas com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), por meio do estabelecimento de critérios, normas e fluxos para inclusão, exclusão, acompanhamento e tratamento no Programa de APLV, bem como para o cadastramento e manutenção dos pacientes, visando o fornecimento de fórmulas para fins especiais em uso domiciliar, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU/RO).

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Sensibilizar os profissionais de saúde sobre os benefícios do aleitamento materno na prevenção da APLV e promoção do desenvolvimento infantil saudável, especialmente em crianças de 0 a 24 meses;

2.2.2. Definir e padronizar os procedimentos, fluxos e critérios para o diagnóstico, acompanhamento clínico nutricional e tratamento, incluindo a regulação da aquisição e distribuição das fórmulas infantis;

- 2.2.3. Assegurar o acompanhamento contínuo por equipe multiprofissional, com consultas regulares até a alta clínica;
- 2.2.4. Garantir o fornecimento adequado de fórmulas infantis especiais, para atender às necessidades nutricionais das crianças de 0 a 24 meses com APLV, até a alta clínica;
- 2.2.5. Orientar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre os tipos de fórmulas infantis recomendadas para o manejo da APLV em crianças de 0 a 24 meses, assegurando que as crianças recebam o tratamento adequado desde o diagnóstico;
- 2.2.6. Estabelecer e definir as responsabilidades compartilhadas entre os entes federal, estadual e municipal no financiamento e distribuição das fórmulas infantis, assegurando o acesso às alternativas nutricionais adequadas;

3. DEFINIÇÕES

- 3.1. Para efeito deste regulamento técnico são adotadas as seguintes definições:
- 3.1.1. **Alergia à proteína do leite de vaca (APLV)** é uma reação imunológica adversa desencadeada pelas proteínas do leite de vaca, como caseína, alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina, podendo manifestar-se com sintomas gastrointestinais, dermatológicos, respiratórios e, em casos graves, anafilaxia;
- 3.1.2. **Aleitamento materno exclusivo** refere-se à alimentação do lactente apenas com leite materno, sem a introdução de água, chás, sucos ou qualquer outro alimento, até os seis meses de idade;
- 3.1.3. **Anafilaxia** é uma reação alérgica sistêmica grave, de início rápido, que pode comprometer vias aéreas, sistema cardiovascular e resultar em risco de morte, exigindo intervenção médica imediata;
- 3.1.4. **Asma** é uma condição inflamatória crônica das vias respiratórias, frequentemente associada a sensibilizações alérgicas, incluindo a APLV;
- 3.1.5. **Classificação Internacional de Doenças (CID)** é um sistema padronizado utilizado para codificação de doenças e problemas relacionados à saúde, permitindo a uniformização do diagnóstico em documentos clínicos e estatísticos;
- 3.1.6. **Gerência Estadual de Nutrição Enteral (GENE)** é o setor técnico da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia responsável pela regulação, análise técnica e autorização do fornecimento de fórmulas nutricionais especiais no âmbito estadual;
- 3.1.7. **Dermatite atópica** é uma doença inflamatória cutânea, crônica e recidivante, com forte componente alérgico, caracterizada por prurido, lesões e ressecamento da pele;
- 3.1.8. **Desnutrição infantil** é uma condição caracterizada por inadequação dos parâmetros antropométricos em relação à idade, sexo e condição clínica da criança, geralmente associada a déficits de peso e/ou estatura;
- 3.1.9. **Esofagite eosinofílica (EoE)** é uma inflamação crônica do esôfago caracterizada pela infiltração de eosinófilos, frequentemente relacionada a alergias alimentares, incluindo APLV;
- 3.1.10. **Fórmula à base de aminoácidos (FAA)** é uma preparação nutricional composta exclusivamente por aminoácidos livres, indicada para casos de APLV grave, falha terapêutica com fórmulas hidrolisadas ou múltiplas alergias alimentares;
- 3.1.11. **Fórmula extensamente hidrolisada (FEH)** é uma fórmula infantil com proteínas do leite de vaca submetidas a hidrólise extensiva, indicada como primeira linha de tratamento nutricional para crianças com APLV;
- 3.1.12. **Fórmula infantil de soja (FS)** é uma preparação nutricional à base de proteína isolada de soja, recomendada em casos específicos de APLV mediada por IgE em lactentes acima de seis meses sem manifestações gastrointestinais;
- 3.1.13. **Fórmula sem lactose (FSL)** é uma fórmula destinada ao manejo dietético de crianças com intolerância à lactose, sendo isenta desse carboidrato;
- 3.1.14. **Gerência Regional de Saúde (GRS)** corresponde às estruturas descentralizadas da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia, responsáveis pela operacionalização da distribuição das fórmulas nutricionais nos municípios;
- 3.1.15. **Imunoglobulina E (IgE)** é um anticorpo envolvido em reações alérgicas de hipersensibilidade imediata, utilizado na classificação das formas mediadas de APLV;
- 3.1.16. **Intolerância à lactose** é uma condição não imunológica resultante da deficiência ou ausência da enzima lactase, levando à má digestão da lactose e ao aparecimento de sintomas gastrointestinais como diarreia, flatulência e distensão abdominal;
- 3.1.17. **Proctocolite alérgica** é uma inflamação do cólon distal e do reto, geralmente benigna e autolimitada, caracterizada pela presença de sangue nas fezes em lactentes com APLV;
- 3.1.18. **Reação alérgica imediata (mediada por IgE)** é uma manifestação clínica que ocorre em até duas horas após a ingestão do alérgeno, com sintomas como urticária, angioedema, vômitos e broncoespasmo;
- 3.1.19. **Reação alérgica mista** refere-se a manifestações clínicas que envolvem tanto mecanismos mediados quanto não mediados por IgE, apresentando sintomas variados em diferentes sistemas orgânicos;
- 3.1.20. **Reação alérgica tardia (não mediada por IgE)** é caracterizada por sintomas que surgem de forma gradual, entre horas a dias após a exposição ao alérgeno, predominantemente com manifestações gastrointestinais;
- 3.1.21. **Rinite alérgica** é uma inflamação da mucosa nasal mediada por IgE, com sintomas como espirros, obstrução nasal, coriza e prurido nasal;
- 3.1.22. **Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SES/RO)** é o órgão responsável pela formulação, coordenação e execução da política estadual de saúde, incluindo a gestão dos programas de suporte nutricional;
- 3.1.23. **Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)** é uma condição não IgE mediada caracterizada por vômitos intensos, diarreia, letargia e, em casos graves, choque hipovolêmico, ocorrendo geralmente após 1 a 4 horas da ingestão do alimento alergênico;
- 3.1.24. **Síndrome da proctocolite induzida por proteína alimentar (FPIAP)** é uma forma não IgE mediada de alergia alimentar caracterizada por sangue nas fezes de lactentes em aleitamento materno ou fórmulas;
- 3.1.25. **Síndrome de enteropatia induzida por proteína alimentar** é uma forma de alergia alimentar que causa inflamação crônica do intestino delgado, com má absorção, diarreia persistente e comprometimento do estado nutricional;
- 3.1.26. **Síndrome de Heiner** é uma condição pulmonar rara, associada à hipersensibilidade ao leite de vaca, manifestando-se com infiltrado pulmonar crônico, hemoptise e atraso do crescimento;
- 3.1.27. **Teste de provação oral (TPO)** é o método diagnóstico considerado padrão ouro para confirmação da APLV, realizado sob supervisão médica com reintrodução gradual do alimento suspeito após período de exclusão.

4. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

- 4.1. O aleitamento materno é considerado a melhor prática para lactentes com APLV, pois fortalece o sistema imunológico e reduz o risco de alergias alimentares. Embora o leite materno possa conter pequenas quantidades de beta-lactoglobulina (proveniente do consumo de leite de vaca pela mãe), a maioria das crianças com APLV tolera o leite materno. Quando necessário, fórmulas hipoalergênicas à base de aminoácidos podem ser usadas. A eliminação dos antígenos no leite materno pode levar até 72 horas após o consumo de leite de vaca pela mãe.
- 4.2. O aleitamento materno ajuda na prevenção de reações alérgicas, promovendo uma microbiota intestinal saudável e mantendo a tolerância oral a alérgenos. A presença de IgA secretora no leite materno desempenha papel fundamental na proteção contra antígenos alimentares. A recomendação de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e prolongado até os dois anos ou mais é eficaz para prevenir sintomas de APLV e outras condições como dermatite atópica.
- 4.3. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), promovida pela OMS, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pelo Ministério da Saúde do Brasil, visa combater o desmame precoce e estimular práticas que favoreçam a amamentação desde o nascimento. Como instrumento dessa política, destacam-se os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que orientam os serviços de saúde quanto à promoção da lactação. Os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" incluem:
- 4.3.1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 4.3.2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma com eficácia.

- 4.3.3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens do aleitamento materno e o manejo adequado da amamentação.
- 4.3.4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto, facilitando o vínculo inicial entre mãe e filho.
- 4.3.5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que elas precisem ser separadas de seus filhos temporariamente.
- 4.3.6. Não oferecer nenhum outro alimento ou bebida ao recém-nascido, além do leite materno, a menos que haja indicação clínica.
- 4.3.7. Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia, facilitando o processo de amamentação e vínculo.
- 4.3.8. Encorajar a amamentação sob livre demanda, permitindo que o bebê mame sempre que desejar, sem restrições de horários.
- 4.3.9. Evitar o uso de bicos artificiais ou chupetas em crianças amamentadas, para preservar a técnica de amamentação natural.
- 4.3.10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, aos quais as mães devem ser encaminhadas na alta hospitalar, oferecendo suporte contínuo após a saída da maternidade.

4.4. A promoção do aleitamento materno é é, portanto, não apenas uma forma de garantir às necessidades nutricionais dos lactentes, mas também uma estratégia eficaz na prevenção da APLV, pois reduz sensibilizações alimentares precoce e contribui para a saúde a longo prazo. A amamentação exclusiva favorece o desenvolvimento saudável e a redução de riscos alérgicos, tornando fundamental que profissionais de saúde sensibilizem as mães sobre sua importância, garantindo o suporte necessário para que possam amamentar e prevenir complicações relacionadas à APLV.

5. DIAGNÓSTICO

5.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO INICIAL

5.1.1. O diagnóstico da APLV deve ser realizado com base em uma história clínica compatível, na exclusão da proteína alergênica da dieta e na resposta positiva ao Teste de Provocação Oral (TPO). Como os exames laboratoriais disponíveis carecem de especificidade para essa condição, o diagnóstico clínico permanece o método mais confiável;

5.1.2. Os sintomas da APLV variam em tipo, gravidade e duração, podendo se manifestar de forma contínua ou intermitente. É essencial atenção médica diante de sinais múltiplos, graves, persistentes ou resistentes ao tratamento convencional, para condições comuns da faixa etária, como cólicas do lactente, refluxo fisiológico e distúrbios funcionais do lactente;

5.1.3. Na hipótese de APLV, o profissional responsável deve identificar o alérgeno potencial e proceder com sua eliminação da dieta do paciente. Após essa etapa, deve-se considerar a reintrodução do alérgeno por meio do teste de provocação oral (TPO) para a confirmação do diagnóstico.

5.2. ETAPAS PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

5.2.1. A confirmação diagnóstica da APLV deve seguir as seguintes etapas:

5.2.1.1. História clínica sugestiva de APLV: análise dos sinais e sintomas, relação temporal com a alimentação, diário alimentar, intensidade e frequência dos episódios, bem como avaliação da dieta materna, se aplicável;

5.2.1.2. Exame físico: verificação de sinais cutâneos e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança;

5.2.1.3. Dieta de eliminação/observação/desencadeamento com TPO: supressão da proteína do leite da dieta e reintrodução controlada para observação da resposta clínica;

5.2.1.4. Se a dieta do paciente for composta por aleitamento materno exclusivo ou aleitamento continuado com alimentação complementar, incluindo alimentos com proteína do leite de vaca, deve-se excluir a proteína do leite de vaca da alimentação materna e complementar;

5.2.1.5. Os efeitos devem ser observados por até 30 dias, com especial atenção aos diferentes tempos de resolução dos sintomas — por exemplo, urticária e vômitos tendem a regredir mais rapidamente, enquanto sangramentos intestinais e dermatites podem demorar mais tempo;

5.2.1.6. Realizar o Teste de Provocação Oral (TPO) e verificar se os sintomas reaparecem. Nos casos de APLV mediadas por IgE, os sintomas surgem em até duas (02) horas após a exposição ao alérgeno; nas não mediadas por IgE, o reaparecimento pode ocorrer entre duas (02) horas e sete (07) dias.

5.3. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS E MEDIDAS PREVENTIVAS

5.3.1. Em casos de acometimento do trato digestivo, é imprescindível realizar a exclusão de outras possíveis causas, como malformações, distúrbios metabólicos, infeciosos, neurológicos ou parasitários;

5.3.2. Embora existam poucas evidências que comprovem intervenções preventivas para o aparecimento de doenças alérgicas, a amamentação exclusiva até os seis meses de idade e complementar até os dois anos de idade é considerada a principal medida capaz de reduzir o risco de APLV.

5.4. MANEJO EM CRIANÇAS AMAMENTADAS

5.4.1. Nos lactentes que apresentem sintomas sugestivos de APLV, mesmo em aleitamento materno exclusivo, deve-se manter a amamentação e realizar a dieta de exclusão do alérgeno identificado pela mãe, conforme a seguinte orientação que constam na **Quadro 2**:

Quadro 2 – Condutas para Lactentes com Suspeita de APLV em Aleitamento Materno

Tipo de Reação	Conduta Nutricional da Mãe	Interpretação Clínica e Conduta Seguinte
Reações mediadas por IgE	Manter dieta de exclusão por 3 (três) a 6 (seis) dias	Se houver melhora e os sintomas reaparecerem após reintrodução, o teste é considerado positivo e a mãe deve manter a dieta de exclusão.
Reações não mediadas por IgE (ex: proctocolite alérgica)	Manter dieta de exclusão por mínimo de 14 (quatorze) dias	Segue-se o mesmo critério de reintrodução e observação. Se os sintomas retornarem, confirma-se o diagnóstico de APLV.
Ausência de melhora clínica após dieta de exclusão	—	Descartar APLV e investigar outras causas clínicas.
Lactente sem sintomas alérgicos, mesmo com ingestão materna de alimentos potencialmente alergênicos	Não é necessária restrição dietética da mãe	A amamentação pode ser mantida normalmente, sem intervenções nutricionais específicas.
Sintomas surgem após introdução de fórmula láctea	Orientar retomada do aleitamento materno exclusivo , sempre que possível	Sugere-se reavaliação clínica e possível encaminhamento para confirmação diagnóstica.

5.5. TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL (TPO) E INDICAÇÕES

5.5.1. O TPO é viável para a maioria das crianças com suspeita de APLV, sendo contraindicado apenas em casos graves, como aqueles com histórico de anafilaxia ou de reações graves de Enterocolite Mediadas por Proteína Alimentar (FPIES);

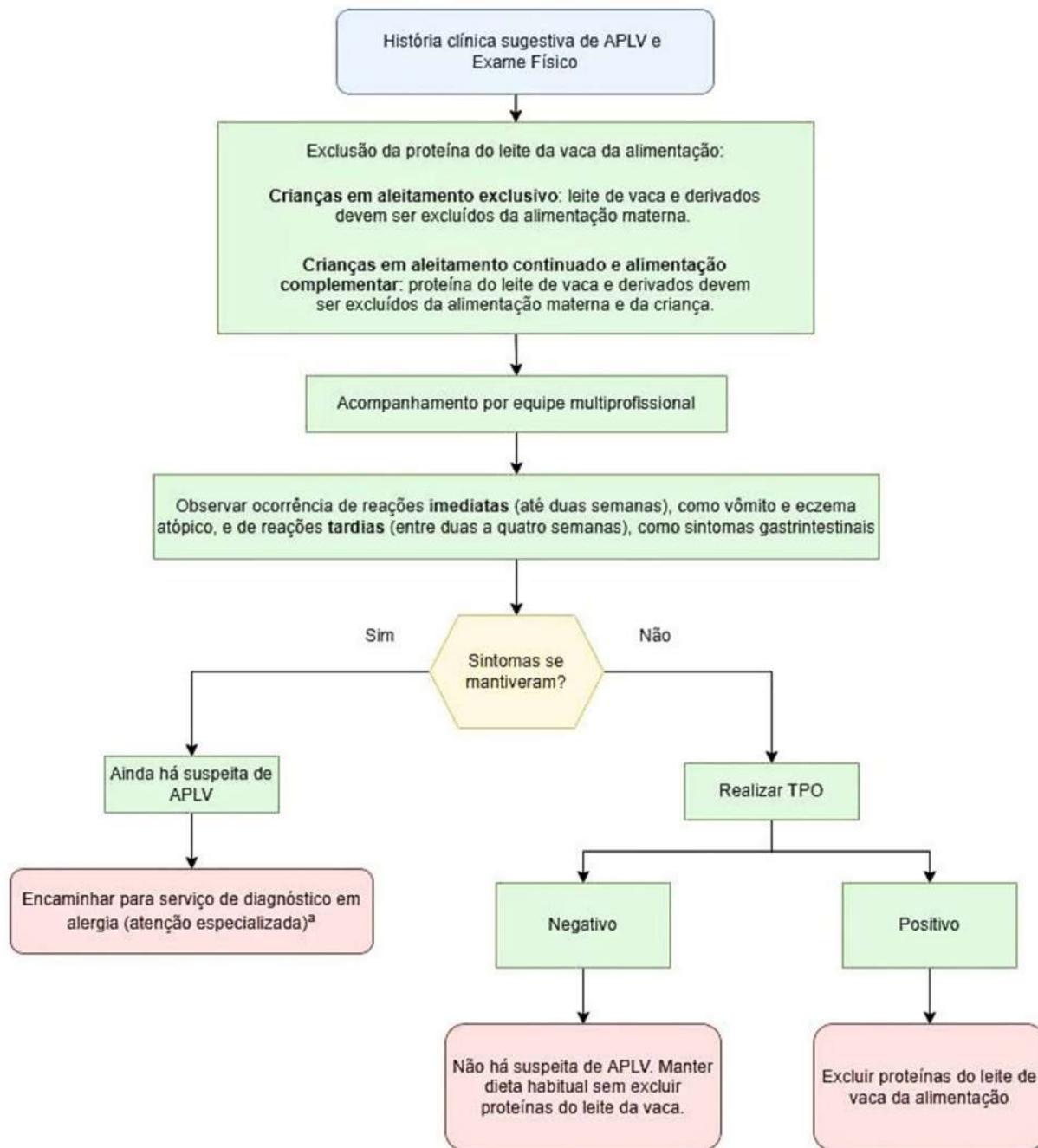
5.5.2. Existem diversas técnicas para a realização do TPO, conforme descrito em protocolos especializados, os quais não estão detalhados neste documento;

5.5.3. Para a distribuição de fórmulas infantis dentro deste protocolo, é importante a realização do TPO, exceto quando houver contraindicação médica;

5.5.4. A indicação, a escolha do método e a execução do TPO serão decididas pelo médico assistente;

5.5.5. Além desses critérios, a história clínica do paciente deve ser investigada conforme as condutas descritas na **Figura 1**.

Figura 1- Principais Condutas para Subsidiar o Diagnóstico de APLV



Fonte: CONITEC, 2022

6. DIRETRIZES PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ENTERAIS

6.1. ALEITAMENTO MATERNO COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA

6.1.1. No caso de crianças amamentadas, o aleitamento materno é considerado a principal opção de tratamento, mesmo em situações de APLV, desde que a mãe siga uma dieta rigorosa de exclusão total do leite de vaca. A adoção dessa dieta deve ser realizada com cautela, uma vez que pode acarretar impactos nutricionais e socioeconômicos devido às mudanças alimentares maternas. A exclusão do leite de vaca deve ser indicada quando houver sinais e sintomas na criança que sugiram APLV, como erupções cutâneas, dermatite, sintomas respiratórios recorrentes, presença de sangue nas fezes, dificuldades no ganho de peso ou refluxo gastroesofágico com repercussão nutricional.

6.1.2. É essencial orientar as mães sobre todos os alimentos que contêm leite ou traços dele, incluindo medicamentos, produtos de higiene e limpeza, além de enfatizar a importância de ler rótulos cuidadosamente. Utensílios de cozinha que entram em contato com alimentos também devem ser separados para evitar qualquer tipo de contaminação com a proteína do leite de vaca.

6.1.3. A dieta de exclusão deve ser mantida por um período de 2 a 4 semanas, dependendo da natureza dos sintomas, observando-se a melhora ou persistência das manifestações clínicas. Caso não haja melhora, é necessário investigar se houve consumo de alimentos não permitidos ou contaminação cruzada. Se os sintomas persistirem, é fundamental avaliar se o lactente está reagindo a outros alérgenos, além do leite de vaca, através de uma investigação detalhada com anamnese completa e análise clínica.

6.2. REINTRODUÇÃO, CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

6.2.1. Se houver melhoria dos sintomas, a reintrodução do leite de vaca na dieta materna é fundamental para confirmar o diagnóstico. A falha em realizar essa reintrodução pode levar a um diagnóstico incorreto, uma vez que qualquer melhoria pode não ser atribuída exclusivamente à exclusão do leite de vaca. Se a APLV for confirmada, a mãe pode continuar amamentando enquanto mantém uma dieta sem leite de vaca e seus derivados, com o suporte de aconselhamento dietético para garantir suas necessidades nutricionais. Durante esse período, é importante que a mãe receba acompanhamento nutricional adequado, incluindo suplementação de cálcio e vitamina D.

6.2.2. Além disso, deve-se estar atento aos produtos de higiene materna e infantil, pois alguns podem conter derivados de leite de vaca em sua composição. A leitura cuidadosa dos rótulos de produtos e alimentos industrializados é essencial para evitar a exposição inadvertida à proteína do leite de vaca. Conforme o **Quadro 3**:

Quadro 3 – Alimentos que contém ingredientes de proteína do leite de vaca

LEITE E DERIVADOS	INGREDIENTES
Bebida láctea, coalhada, cottage, cream cheese, creme de leite, cremes doces, doce de leite, iogurte, leite de vaca (todos os tipos: integral, desnatado, semi-desnatado, evaporado, condensado, em pó, fluido, desidratado, maltado, sem lactose), leite e queijo de cabra, ovelha e búfala, leite fermentado, manteiga, manteiga ghee (clarificada), margarina, molho branco, nata, petit suisse, queijos (todos os tipos), requeijão, soro de leite.	Aroma de queijo; caramelo; caseína; caseinato; composto lácteo; estabilizante; galactose; lactoferrina; lactose; lactulose; lactoalbumina; lactoglobulina; proteínas do leite; proteínas do soro; proteína láctea do soro do leite micropartículada, sabor açúcar queimado; sabor artificial de manteiga; sabor caramelo; sabor creme de bavaria; sabor de leite; sabor creme de coco; sabor iogurte; sabor leite condensado; sabor queijo; soro ou soro do leite.

FONTE: Adaptado de: Vasconcelos et. al., 2011 e Barbosa et. al., 2013

6.3. CONDUTAS NUTRICIONAIS CONFORME A FAIXA ETÁRIA E TIPO DE ALIMENTAÇÃO

6.3.1. A conduta nutricional em casos suspeitos ou confirmados de APLV deve ser individualizada, considerando a faixa etária da criança, o tipo de alimentação praticado (aleitamento materno exclusivo, parcial ou uso de fórmulas) e a manifestação clínica dos sintomas. O aleitamento materno deve ser sempre priorizado, e eventuais restrições na dieta materna só devem ser aplicadas com base em avaliação clínica criteriosa.

6.3.2. A seguir, apresenta-se uma tabela que resume as principais condutas recomendadas para diferentes contextos de alimentação infantil, facilitando a tomada de decisão por parte das equipes de saúde:

Quadro 4 – Condutas Nutricionais para Crianças com Suspeita ou Diagnóstico de APLV

Faixa Etária	Tipo de Alimentação	Situação Clínica	Conduta Recomendada
0 a 6 meses	Aleitamento materno exclusivo	Sem sintomas de APLV	Manter o aleitamento materno sem necessidade de exclusão alimentar da mãe.
0 a 6 meses	Aleitamento materno exclusivo	Com sintomas de APLV	Excluir proteína do leite de vaca da dieta materna e encaminhar para avaliação diagnóstica e nutricional.
< 6 meses (não amamentados exclusivamente)	Uso de fórmula láctea com proteína do leite de vaca	Com sintomas de APLV	Tentar aleitamento materno exclusivo. Se sintomas desaparecerem, manter. Se persistirem, encaminhar para diagnóstico e considerar FEH. Fórmulas de soja não recomendadas.
6 a 24 meses	Amamentados	Com início da alimentação complementar e sintomas de APLV	Manter aleitamento materno com exclusão da proteína do leite da dieta materna e complementar. Encaminhar para diagnóstico especializado se sintomas persistirem.
6 a 24 meses	Não amamentados	Com sintomas de APLV	Introduzir fórmula à base de proteína extensamente hidrolisada com ou sem lactose. Considerar fórmula à base de aminoácidos, conforme avaliação clínica.

6.4. Para selecionar corretamente a fórmula de substituição ou complementação do leite materno, é crucial entender as diferenças entre APLV e intolerância à lactose. Embora sejam condições distintas, elas podem ocorrer simultaneamente. A APLV é uma reação imunológica contra as proteínas do leite, causando sintomas variados que afetam diferentes sistemas do corpo, como pele, respiração e trato gastrointestinal. Por outro lado, a intolerância à lactose resulta da deficiência da lactase, a enzima que digere a lactose, o principal açúcar presente no leite. Os sintomas dessa condição são predominantemente gastrointestinais, como cólicas, distensão abdominal, diarreia e gases, após o consumo de alimentos com lactose. Assim, a escolha da fórmula para APLV dependerá da presença ou ausência de sintomas gastrointestinais relacionados à lactose.

6.5. ATENDIMENTO A CRIANÇAS COM NECESSIDADE DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL (TNE)

6.6. Serão contempladas no PAPLV crianças que necessitem de suporte nutricional por via alternativa de alimentação, incluindo sondas orogástricas, nasogástricas (SNG), nasoenterícias (SNE), gastrostomia endoscópica (GTT) ou jejunostomia;

6.7. A indicação da via enteral deverá constar expressamente no laudo médico e no laudo nutricional, acompanhada da justificativa clínica;

6.8. A dispensação poderá ocorrer durante o processo de desospitalização ou mediante solicitação ambulatorial, conforme fluxo estabelecido pela GENE.

7. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

7.1. O CID-10 contemplado neste protocolo se refere a sinais e sintomas apresentados durante a investigação diagnóstica de APLV. Conforme o **Quadro 5**:

Quadro 5 – CID's Considerados no Protocolo para APLV e Condições Associadas

CID-10	Descrição Clínica	Tipo de Reação Imunológica
R63.8	Outros sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos (APLV)	Não especificada
T78.1	Outras reações de intolerância alimentar não classificada em outra parte	Mediada por IgE (IgE M)
T78.0	Choque anafilático generalizado	Mediada por IgE (IgE M)
K20.0	Esofagite eosinofílica	Mista (IgE e não-IgE)
K52.2	Gastroenterite e colite alérgicas ou ligadas à dieta	Não mediada por IgE
K52.8	Gastroenterite eosinofílica	Mista (IgE e não-IgE)
E73*	Intolerância à lactose	Teste de tolerância à lactose

*Nesse protocolo esses CID's serão referenciado a exclusivamente para diagnóstico de APLV.

7.2. Neste protocolo, crianças com CID E73, que não apresentem APLV, mas que sejam diagnosticadas com intolerância à lactose, também serão atendidas por este programa, desde que o diagnóstico seja confirmado por exames laboratoriais.

8. FÓRMULAS NUTRICIONAIS

8.1. Neste protocolo serão disponibilizadas fórmulas infantis para lactentes, de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a crianças com alergia a proteína do leite de vaca e intolerância a lactose.

8.2. O uso dessas fórmulas é indicado para substituir a alimentação de crianças menores de seis meses ou como complemento para crianças de seis a 24 meses após a tentativa de apoiar e incentivar a amamentação, conforme os procedimentos descritos. Conforme o **Quadro 6**:

Quadro 6 – Fórmulas Infantis Especiais Substitutas do Leite de Vaca em Pacientes até 2 Anos de Idade com APLV e/ou Intolerância à Lactose

CONDIÇÃO CLÍNICA	FÓRMULA INFANTIL RECOMENDADA	CÓDIGO SES	DESCRIÇÃO E APLICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS ADICIONAIS
Dor abdominal, inchaço abdominal, flatulência, diarreia, náuseas, alterações no padrão de evacuação	Fórmula infantil sem lactose (FSL)	264	Indicada para lactentes com intolerância à lactose confirmada por exames.	Proteína intacta; isenta de sacarose, lactose e glúten. Apresentação: lata de 400 g.
Alergia gastrintestinal imediata, asma e rinite, urticária aguda ou angioedema, dermatite atópica, refluxo gastroesofágico, enteropatia induzida por proteína do leite, obstrução, gastroenterite e proctocolite induzidas por proteína do leite	Fórmula infantil com proteína láctea extensamente hidrolisada sem lactose (FEH)	261	Indicada desde o nascimento para lactentes com APLV (mediada e não mediada por IgE) e/ou alergia à soja, com restrição à lactose.	À base de proteína extensamente hidrolisada de soro de leite e/ou caseína; isenta de lactose, sacarose e glúten.
APLV mediada por IgE em crianças a partir de 6 meses, sem sintomas gastrointestinais	Fórmula infantil à base de proteína isolada de soja (FS)	272	Indicada para lactentes acima de 6 meses com APLV mediada por IgE, sem sintomas gastrointestinais, ou em casos de erros inatos do metabolismo.	Proteína isolada de soja; sem adição de sacarose; isenta de glúten. Apresentação: lata de 800 g.
Anafilaxia, enterocolite induzida por proteína alimentar, esofagite eosinofílica, síndrome de Heiner, enteropatia com desnutrição, alergias múltiplas	Fórmula infantil à base de aminoácidos livres (FAA)	274	Indicada desde o nascimento para casos graves de APLV e/ou alergia à soja.	Composta por aminoácidos livres; isenta de sacarose, lactose e glúten.
Nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia)	Frasco Equipo	71 72	Uso exclusivo para pacientes em nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia);	Será dispensado 30 unidades de ambos por mês.

Fonte:

Adaptado de SOLÉ et al., 2018 e FIOCCHI et al., 2016

Quadro 7 - Uso de fórmulas infantis para APLV em crianças menores de 6 meses e de 6 a 24 meses conforme o tipo de alergia.

Faixa etária	Tipos de APLV	
	Não mediada IgE	Mediada IgE
Menores de 6 meses	1 ^a Opção: FEH 2 ^a Opção: FAA	1 ^a Opção: FEH 2 ^a Opção: FAA*
6 a 24 meses	1 ^a Opção: FEH 2 ^a Opção: FAA	1 ^a Opção: FS** 2 ^a Opção: FEH 3 ^a Opção: FAA*

Fonte: CGAN/DEPROS/SAPS/MS. Brasília, 2020.

Nota: *As FAA devem ser a primeira escolha nos casos em que a criança se encontra com sintomas graves, independentemente da faixa etária, como descrito no tópico sobre FAA.

**As FS devem ser a primeira escolha nos casos com baixo risco de desenvolvimento de reações anafiláticas.

8.3. O quantitativo dispensado será de acordo com o preconizado no Relatório de Recomendação para APLV da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (CONITEC), 2022.

Quadro 6 - Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais (latas de 400 gramas) por idade.

IDADE (MESES)	FÓRMULAS INFANTIS À BASE DE PROTEÍNA DE SOJA (FS)	FÓRMULAS INFANTIS PARA NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS À BASE DE PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLISADA (FEH)	FÓRMULAS INFANTIS PARA NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES (FAA)
0 a 3	-	9 latas	9 latas
3 a 6	-	10 latas	10 latas
6 a 9	8 latas	8 latas	8 latas
9 a 12	7 latas	7 latas	7 latas
12 a 24	6 latas	6 latas	7 latas

Fonte: CONITEC, 2022.

* A FSL será dispensada conforme previsto na FEH e FAA

* Quantitativo de latas mensal

Quadro 7: Cálculo de Requerimento de Fórmula Infantil para Necessidades Dietoterápicas Específicas.

FAIXA ETÁRIA	CÁLCULO DE REQUERIMENTO DE FÓRMULA INFANTIL
Menores de 6 meses (uso exclusivo de fórmulas)	Contemplar 100% das necessidades energéticas diárias.
Entre 6 meses e 7 meses e 29 dias	Considerar a introdução da alimentação complementar e descontar em torno de 200 kcal/dia.
Entre 8 meses e 11 meses e 29 dias	Considerar o consumo da alimentação complementar e descontar em torno de 300 kcal/dia.
Entre 12 meses e 24 meses	Considerar o consumo da alimentação complementar e descontar em torno de 550 kcal/dia.

Fonte: CONITEC, 2017.

8.4. A criança deverá receber apenas um tipo de fórmula infantil para fins específicos, sendo que esta pode ser modificada ao longo do tratamento de acordo com a avaliação clínica ou resultado favorável para teste de tolerância. A mudança deverá sempre ser realizada pela equipe responsável pelo acompanhamento da criança.

9. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

9.1. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece critérios específicos para a classificação do estado nutricional infantil. Para crianças menores de cinco anos, recomenda-se a utilização da referência publicada pela OMS em 2006, a qual está contemplada na Caderneta de Saúde da Criança. Para crianças com idade igual ou superior a cinco anos, a referência adotada é a publicada pela OMS em 2007. Os parâmetros de corte para avaliação nutricional encontram-se detalhados nas tabelas anexas.

9.2. Nos termos dessas diretrizes, a desnutrição infantil é caracterizada por valores críticos inferiores ao Percentil 3 ou Escore-z menor que -2. No caso dos lactentes, além da aferição baseada nas curvas de crescimento da OMS, torna-se imprescindível a análise do ganho ponderal diário e mensal como medida complementar para a avaliação do estado nutricional.

9.3. Para recém-nascidos prematuros, a avaliação nutricional deve ser realizada com base na idade gestacional corrigida, calculada a partir da data estimada da concepção, durante os primeiros 12 meses de vida. Nesses casos, os dados de referência também deverão ser ajustados à idade corrigida, de modo a garantir maior acurácia na interpretação dos indicadores nutricionais.

9.4. No âmbito da saúde pública, este protocolo normatiza os seguintes critérios para definição de desnutrição e alerta nutricional, desde que haja registro mínimo de duas pesagens consecutivas:

9.4.1. **Desnutrição:** Crianças menores de 10 anos cujas curvas de crescimento, conforme os padrões da OMS, apresentem valores inferiores ao Percentil 3 ou Escore-z inferior a -2.

9.4.2. **Alerta Nutricional:** Lactentes no primeiro ano de vida:

9.4.2.1. **Primeiro semestre:** ganho de peso inferior a 20g/dia e 600g/mês, acompanhado de curva de peso/idade não ascendente, avaliado em um período mínimo de 30 dias.

9.4.2.2. **Segundo semestre:** ganho de peso inferior a 15g/dia e 400g/mês, associado a uma curva de peso/idade não ascendente, considerando o mesmo período de análise.

9.5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

9.5.1. A avaliação e a classificação do estado nutricional de pacientes pediátricos com comprometimento neurológico devem ser realizadas de forma diferenciada, considerando que suas necessidades energéticas apresentam variações específicas, em razão da composição corporal e do nível de atividade física particular a essa condição.

9.5.2. Para fins deste protocolo, a avaliação antropométrica será conduzida com base nos gráficos desenvolvidos por Brooks et al. (2011), que incorporam, além das medidas de peso e estatura, a análise da função motora e a via de alimentação do paciente.

9.5.3. A classificação do estado nutricional dessas crianças será realizada conforme os seguintes critérios:

9.5.3.1. Percentil inferior a 10: indicação de déficit nutricional ou estado de alerta nutricional;

9.5.3.2. Percentil entre 10 e 50: estado nutricional eutrófico;

9.5.3.3. Percentil entre 50 e 90: risco de sobrepeso;

9.5.3.4. Percentil acima de 90: sobrepeso.

9.5.4. Os parâmetros acima mencionados estão detalhados na Tabela 3, conforme referência bibliográfica aplicável.

10. DAS CONDIÇÕES PARA CADASTRAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE E VALIDAÇÃO DE LAUDOS TÉCNICOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA

10.1. Para fins de validação de prescrições médicas e dietéticas relacionadas à Terapia Nutricional Enteral (TNE), oriundas de equipes multiprofissionais, é obrigatório que a unidade de saúde esteja previamente cadastrada na Gerência Estadual de Nutrição Enteral (GENE), mediante preenchimento do formulário disponível no link: <https://forms.gle/iPhu2omb9a3MAu3h9>, conforme disposto no **Anexo VIII**. Ademais, os profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes vinculados ao PAPLVR0 deverão assinar, carimbar e datar obrigatoriamente os respectivos laudos técnicos emitidos.

10.2. Adicionalmente, a habilitação dos profissionais prescritores (médicos da Estratégia Saúde da Família e nutricionistas da rede pública) está condicionada à conclusão e aprovação no Curso em Diagnóstico, Acompanhamento e Manejo da Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), promovido pela Gerência Estadual de Nutrição Enteral (GENE/SESAU-RO). Essa capacitação é de caráter obrigatório e constitui pré-requisito essencial para a prescrição de fórmulas nutricionais específicas no âmbito do Programa, assegurando padronização técnica, conformidade com os protocolos normativos e segurança clínica.

10.3. Os critérios para o cadastramento das unidades de saúde no Programa, bem como o vínculo dos profissionais médicos, nutricionistas e assistentes sociais integrantes da equipe multiprofissional, estão descritos a seguir:

10.3.1. Estar disponível para eventuais contatos da GENE;

10.3.2. Participar de reuniões periódicas e científicas com a GENE, sempre que convocado;

10.3.3. Manter os itens cadastrais atualizados junto à GENE;

10.3.4. Fornecer informações idôneas a respeito dos pacientes atendidos, sob pena de restituir aos cofres públicos os custos do tratamento.

11. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

11.1. "É imprescindível" que o responsável legal pela criança seja devidamente informado sobre os potenciais riscos e benefícios associados à realização do TPO (Teste de Provocação Oral), por meio da leitura e preenchimento do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

12. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS DE ADMISSÃO

12.1. Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas nutricionais neste protocolo são pacientes menores de dois anos, domiciliados no Estado de Rondônia, que apresentem laudos médico, nutricional e social assinados por profissionais registrados nos respectivos Conselhos Regionais do Estado de Rondônia, com diagnóstico de, pelo menos, um dos CID's, acrescido dos seguintes critérios:

12.1.1. Crianças com idade entre 0 (zero) e 2 (dois) anos e 0 dias, com diagnóstico clínico compatível com Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), conforme os parâmetros definidos neste Programa;

12.1.2. Apresentar consentimento formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;

12.1.3. Ter sido atendido ou internado previamente, em unidade de saúde da rede municipal, estadual, particular ou plano de saúde;

12.1.4. Nos casos de crianças em Tratamento Fora do Domicílio (TFD), serão aceitos laudos e prescrições da unidade de saúde onde a criança estiver sendo assistida, desde que acompanhados por documentação médica adequada e respeitando o fluxo estabelecido para o acompanhamento pós alta hospitalar;

12.1.5. Serão admitidos pacientes em tratamento especializado, com residência provisória comprovada no estado de Rondônia, mediante apresentação de laudos emitidos pela unidade de saúde onde estiverem sendo assistidos. É obrigatório seguir o fluxo estabelecido para acompanhamento pós alta hospitalar, desde que o paciente não

esteja hospitalizado em nenhuma modalidade;

12.1.6. Para pacientes atendidos na rede pública: deve haver um médico da rede pública responsável pela elaboração do formulário específico da SESAU-RO (Anexo VI). Esse profissional deve possuir RQE válido, exceto quando atuar na Estratégia Saúde da Família. A elaboração pode ser realizada por pediatra, gastroenterologista infantil, alergologista infantil, nutrólogo pediatra ou neonatologista, presencialmente ou por telemedicina;

12.1.7. Para pacientes atendidos na rede privada: deve haver obrigatoriamente um médico habilitado, com RQE válido, como pediatra, gastroenterologista infantil, alergologista infantil, nutrólogo pediatra, neonatologista ou médico de Medicina de Família e Comunidade, presencialmente ou por meio de telemedicina, que se responsabilize pela indicação no formulário específico da SESAU-RO (Anexo VI);

12.1.8. Sem aleitamento materno, quando diagnóstico de APLV;

12.1.9. Em aleitamento materno, com APLV, comprovado dificuldades na amamentação exclusiva e/ou esgotadas as estratégias para manutenção do aleitamento materno. Nesse caso, o aleitamento poderá ser complementado;

12.1.10. História clínica sugestiva e resultados positivos na avaliação clínica; ou

12.1.11. Possuir condições domiciliares e sanitárias adequadas para o preparo, administração e armazenamento da FE;

12.1.12. Possuir cuidador com condições sociais e culturais satisfatórias para o correto esclarecimento sobre as práticas da TNE e que seja capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente as fórmulas para fins especiais;

12.1.13. É de responsabilidade do assistente social a avaliação do candidato a TNED no que tange ao descrito no subitem 19.11, anteriormente citados, conforme formulário padronizado;

12.1.14. Realização de TPO;

12.1.15. Reação alérgica generalizada relevante em um ou mais órgãos, ocorrida imediatamente ou em até duas horas após a ingestão de alimentos contendo proteína do leite de vaca (choque anafilático ou FPIES), nos quais a realização do TPO é contraindicada.

13. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

13.1. São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas:

13.1.1. Não ser residente do Estado de Rondônia.

13.1.2. Não ser acompanhado por profissionais médico, nutricionista e assistente social devidamente registrados no Conselho Regional do Estado de Rondônia;

13.1.3. Crianças sem diagnóstico de APLV, mas que possuem outros quadros clínicos relacionados a distúrbios de absorção intestinal (doença celíaca, fibrose cística, gastroenterocolite aguda, síndrome do intestino curto e doença inflamatória intestinal, dentre outros);

13.1.4. Crianças que adquirem a tolerância oral no decorrer da jornada de tratamento;

13.1.5. Crianças portadores de Transtorno do Espectro Autista e outras síndromes SEM diagnóstico de APLV;

13.1.6. Crianças em terapia nutricional por meio de sonda nasogástrica, enteral ou gastrostomia, que não possuam diagnóstico estabelecido de APLV;

13.1.7. Crianças com idade superior a 24 meses, por via oral e/ou enteral, que não apresentem relatórios comprobatórios da permanência da APLV grave associado a múltiplas alergias alimentares (OMS), risco do estado nutricional (OMS) ou esofagite eosinofílica com risco nutricional;

13.1.8. Criança em Aleitamento Materno Exclusivo;

13.1.9. Crianças de 6 a 24 meses com AM suficiente e alimentação sem PLV;

13.1.10. Resultado negativo no Teste de Provocação Oral (TPO);

13.1.11. Usuário ou cuidador não aceitar o tratamento e acompanhamento proposto pelo Nutricionista de referência;

13.1.12. **OBS1:** Em crianças com mais de 2 anos, uma dieta de exclusão de proteínas do leite de vaca pode ser nutricionalmente adequada, a menos que a criança tenha múltiplas alergias.

14. CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO

14.1. A Suspensão ou Alta do Tratamento da Criança será considerada nas seguintes situações:

14.1.1. Quando apresentar melhora completa dos sinais e sintomas relacionados à APLV;

14.1.2. Não foi apresentado o TPO de monitoramento conforme o protocolo estabelecido;

14.1.3. Completar 24 (vinte e quatro) meses e 0 dias de idade, salvo em casos de crianças prematuras, cuja idade deverá ser corrigida, considerada e aprovada por meio de laudo médico, conforme mencionado nos itens 12.1.6 ou 12.1.7;

14.1.4. Em crianças acima de 24 meses, por via oral e/ou enteral, a continuidade de fornecimento de fórmulas para APLV estará condicionada à comprovação de múltiplas alergias alimentares (OMS), risco do estado nutricional (OMS) ou esofagite eosinofílica com risco nutricional;

14.1.5. Não comparecimento para retirada das fórmulas por mais de 02 (dois) meses consecutivos, salvo nos casos em que for comprovado mediante relatório, que o paciente permaneceu em internação hospitalar durante o período;

14.1.6. Prescrições ilegíveis, e/ou ausência de assinatura e/ou ausência de data e/ou ausência de logo;

14.1.7. Pacientes hospitalizados;

14.1.8. Em caso de suspensão na prescrição de uso de fórmulas, deve-se orientar o responsável pela criança a devolver as fórmulas residuais que porventura não sejam utilizadas.

15. CADASTRAMENTO DO PACIENTE

15.1. Os documentos necessários para o cadastramento são:

15.1.1. Laudo Médico: elaborado em formulário específico, por profissional médico devidamente cadastrado na GENE, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia (**ANEXO VI**), com data inferior a 30 dias;

15.1.2. Laudo Nutricional: elaborado em formulário específico por profissional nutricionista devidamente cadastrado na GENE, com registro ativo no Conselho Regional de Nutrição – CRN7 (**ANEXO V**), com data inferior a 30 dias;

15.1.3. Laudo Social: elaborado em formulário específico por profissional assistente social devidamente cadastrado na GENE, com registro ativo no Conselho Regional de Serviço Social do Estado de Rondônia - CRESS 23ª Região (**ANEXO VII**), com data inferior a 30 dias;

15.1.4. Cópia dos documentos de identidade, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente. No caso de crianças que ainda não possuam carteira de identidade, deve-se anexar a cópia da certidão de nascimento;

15.1.5. Cópia do documento de identidade e do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal;

15.1.6. Cópia do comprovante de residência: conta de água, energia, gás, telefone fixo, internet fixa ou TV por assinatura residencial em nome do paciente ou responsável legal. Caso o comprovante esteja no nome do cônjuge, anexar cópia da certidão de casamento ou união estável;

15.1.7. Caso o comprovante não esteja no nome dos pais, dos responsáveis legais, anexar declaração do proprietário, independente do grau de parentesco com o paciente, informando em que condições o paciente reside no imóvel (alugado, emprestado, etc.), autênticado em cartório (**ANEXO IX**), com data inferior a 30 dias;

15.1.8. Termo de Consentimento Informed e Esclarecido (**ANEXO III**);

15.1.9. Caso o requerente não seja o parente próximo, anexar declaração informando qual a relação entre o requerente e o paciente (**ANEXO X**);

15.1.10. Pacientes internados em programação de alta hospitalar com necessidade de fórmulas estabelecidas nesse protocolo deverão abrir processo com antecedência, com identificação da necessidade da desospitalização (**ANEXO XI**);

15.1.11. O responsável “CUIDADOR” deverá ser maior de 18 (dezoito) anos e menor de 60 (sessenta) anos;

15.1.12. Somente o cuidador oficialmente designado poderá fazer retirada da fórmula mediante apresentação de documento original com foto, caso a família julgue pertinente fará constar na declaração supracitada um cuidador suplente, o qual deverá seguir todos os critérios do programa;

15.1.13. Em caso de óbito, o cuidador deverá devolver imediatamente as dietas fornecidas que estiverem intactas e com data de validade de, no máximo, 30 (trinta) dias. Também será necessário apresentar o respectivo atestado de óbito para a baixa do cadastro;

15.1.14. A manutenção do cadastro está vinculada a renovação do Laudo Médico e Laudo Nutricional atualizado.

16. GOVERNANÇA DO PROCESSO DE FORNECIMENTO: DA PROGRAMAÇÃO À ENTREGA AOS MUNICÍPIOS

16.1. A programação para aquisição de fórmulas e insumos destinados à nutrição enteral domiciliar compete exclusivamente à Gerência Estadual de Nutrição Enteral (GENE) da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU/RO);

16.2. A realização do processo licitatório para a aquisição das FE é competência da Gerência de Compras da SESAU/RO;

16.3. A emissão de parecer técnico sobre as fórmulas para fins especiais adjudicadas em processos licitatórios é de competência exclusiva da GENE, devendo ser realizado por nutricionista habilitado e formalmente designado para tal fim;

16.4. A manutenção dos laudos médicos e nutricionais dos pacientes atendidos é de responsabilidade dos municípios;

16.5. O laudo nutricional deverá ser atualizado até 4 (quatro) meses;

16.6. O laudo médico deverá ser atualizado até 6 (seis) meses, podendo ser da rede SUS, particular ou plano de saúde;

16.7. A análise técnica realizada pela GENE terá o prazo de 10 (dez) dias úteis. Caso haja necessidade de correção nos cadastros, o prazo para ajustes será de 30 (trinta) dias;

16.8. A dispensação das fórmulas será realizada mensalmente, conforme o cronograma de viagens estabelecido;

16.9. Os municípios deverão retirar as fórmulas na GRS no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados a partir do comunicado enviado pela GRS;

16.10. O município deverá designar profissional habilitado (nutricionista, farmacêutico, enfermeiro ou almoxarife) para realizar a conferência e formalizar o recebimento dos insumos no ato da retirada, a qual deverá ser efetuada em veículo oficial devidamente identificado;

16.11. O prazo total para o processo de dispensação será de até 45 (quarenta e cinco) dias, salvo exceções para cadastros indeferidos, dependendo da resolução dos municípios;

16.12. Os responsáveis deverão providenciar a resolução dos apontamentos das análises técnicas nos laudos de profissionais particulares.

17. ANÁLISE TÉCNICA DAS SOLICITAÇÕES - CRITÉRIOS PARA INDEFERIMENTO

17.1. As solicitações encaminhadas ao PAPLVRO serão analisadas pela equipe técnica responsável, com base nos critérios estabelecidos neste regulamento. Quando identificadas inconsistências, ausência de informações obrigatórias ou não conformidade com os parâmetros técnicos exigidos, a solicitação será indeferida até que as devidas correções sejam apresentadas.

17.2. A seguir, são listados os principais motivos de indeferimento, os quais devem ser evitados ou corrigidos para garantir a continuidade da análise e o acesso ao fornecimento regular dos insumos nutricionais:

17.2.1. Descumprimento dos itens 12, 13, 14 e 15 deste regulamento, que estabelecem critérios técnicos indispensáveis para a análise e aprovação da solicitação;

17.2.2. Nome do paciente divergente entre os documentos, dificultando a correta identificação do indivíduo e o acompanhamento das informações;

17.2.3. Ausência do CID conforme previsto no item 7.1 deste regulamento;

17.2.4. Ausência de assinatura, data e carimbo do profissional responsável (médico e/ou nutricionista), comprometendo a validade documental e a rastreabilidade das informações;

17.2.5. Elaboração de laudos fora dos padrões estabelecidos neste regulamento, o que compromete a consistência e a conformidade com as diretrizes técnicas exigidas para a análise e aprovação das solicitações;

17.2.6. Omissão da via principal de alimentação (oral, enteral ou parenteral) nos laudos médico e nutricional, impedindo a definição precisa da conduta terapêutica;

17.2.7. Ausência de dados antropométricos básicos (peso e altura) no laudo nutricional, inviabilizando a avaliação do estado nutricional e o cálculo de necessidades;

17.2.8. Laudo nutricional sem apresentação da classificação do estado nutricional com base nos escores Z dos parâmetros antropométricos, conforme preconizado para avaliação nutricional de crianças;

17.2.9. Laudo nutricional sem o cálculo do aporte energético (kcal), essencial para análise da adequação nutricional da conduta proposta;

17.2.10. Ausência de identificação da unidade de atendimento nos laudos: Impede a autenticação e a rastreabilidade dos documentos.

18. DISPENSAÇÃO

18.1. O fornecimento de fórmulas de APLV para pacientes em terapia nutricional domiciliar no Estado de Rondônia segue um fluxo padronizado, que visa garantir a continuidade do cuidado nutricional especializado, com responsabilidades bem definidas entre os diferentes níveis de atenção à saúde. O processo pode se iniciar tanto durante a internação hospitalar quanto na atenção primária, conforme descrito a seguir:

18.2. CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA A DISPENSAÇÃO DAS FÓRMULAS

18.3. A dispensação das fórmulas será realizada mensalmente, a cada 30 dias, em data e horário previamente agendados, não sendo permitida a entrega antecipada;

18.4. A retirada só poderá ser feita pelos responsáveis legais do paciente ou avós cujos nomes constem na Certidão de Nascimento;

18.5. Terceiros somente poderão realizar a retirada mediante apresentação de procuração pública autenticada em cartório, com validade de até três meses;

18.6. No ato da retirada, será obrigatória a apresentação de documento oficial com foto do responsável e da Certidão de Nascimento do paciente;

18.7. Fórmulas não serão entregues a menores de idade. Caso o pai ou a mãe do paciente também sejam menores, deverão estar acompanhados de seus próprios responsáveis legais.

18.8. DISPENSAÇÃO INICIADA DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

18.8.1. Preparação durante a Internação

18.8.1.1. A equipe multiprofissional das unidades hospitalares previstas no item 12.1.3 deste regulamento deve elaborar toda a documentação necessária, incluindo:

I - Laudo médico;

II - Laudo nutricional;

III - Laudo Social;

IV - Termo de solicitação de fórmula enteral para desospitalização (**Anexo XI**)

18.8.2. Envio da documentação

18.8.2.1. Aos municípios pertencentes às GRS I, II, III, IV e V, a documentação deverá ser organizada e encaminhada à respectiva GRS de abrangência, por meio de e-mail institucional ou outro canal oficial de comunicação. A GRS será responsável pela confecção do processo individualizado no SEI e pelo seu posterior encaminhamento à GENE.

18.8.2.2. Aos municípios da GRS VI, a documentação deverá ser encaminhada pelo telefone institucional (69) 98482-1442, localizada na Rua Santa Efigênia, 4348 – Bairro Industrial, Porto Velho/RO, no horário das 07h30 às 13h30. A equipe de atendimento da GENE será responsável pela confecção do processo individualizado no SEI.

18.8.3. Processamento documental pela GENE

18.8.3.1. Após o recebimento, a GENE realizará análise e validação da documentação;

18.8.3.2. Em até 10 (dez) dias úteis será emitida a autorização para dispensação da fórmula, desde que não haja pendências;

18.8.3.3. Caso existam documentos faltantes ou inconsistentes, será solicitado o envio de complementações. O responsável terá até 30 (trinta) dias corridos para regularização.

18.8.4. **Retirada, entrega da fórmula e devolutiva da guia de retirada - Município do interior de Rondônia**

18.8.4.1. Após a autorização, a GENE emitirá um despacho comunicando a respectiva GRS, que, por sua vez, informará o município de residência do paciente. Este será notificado para proceder à retirada da FE na sede da GENE;

18.8.4.2. Os municípios deverão disponibilizar a FE para retirada na respectiva Farmácia Municipal;

18.8.4.3. A retirada dos insumos deverá ser feita exclusivamente pelo responsável legal ou por avós cujo nome conste na Certidão de Nascimento. Para isso, é necessário comparecer à Farmácia Municipal, apresentar um documento oficial com foto, entregar uma cópia desse documento e assinar a guia de retirada;

18.8.4.4. Caso o paciente e/ou responsável legal seja analfabeto, a assinatura será substituída pela coleta da digital do polegar;

18.8.4.5. Após a entrega da fórmula, o município deverá encaminhar à GENE a guia de retirada devidamente assinada (ou com a digital), juntamente com a cópia do documento oficial com foto do responsável, utilizando o telefone institucional ou outro meio formal previamente indicado pela equipe da GENE;

18.8.4.6. A liberação da próxima remessa de FE estará condicionada ao recebimento da guia de retirada assinada referente à entrega anterior.

18.8.5. **Retirada e entrega da fórmula - Município de Porto Velho**

18.8.5.1. Após a autorização, o responsável legal ou os avós (desde que seus nomes constem na Certidão de Nascimento do paciente) deverão comparecer à GENE para assinar a guia de retirada dos insumos. É obrigatória a apresentação de um documento oficial com foto, bem como a entrega de sua cópia;

18.8.5.2. Caso o responsável legal ou os avós sejam analfabetos, a assinatura será substituída pela coleta da digital do polegar;

18.8.5.3. Após a entrega da fórmula, a guia de retirada assinada (ou com a digital) deverá ser anexada ao processo administrativo do paciente.

18.9. **CONTINUIDADE DO CUIDADO PÓS-ALTA**

18.9.1. O paciente deverá ser encaminhado para acompanhamento na atenção primária (Centro de Saúde ou Equipe de Saúde da Família);

18.9.2. Serão realizadas nova avaliação médica e nutricional, e, se necessário, encaminhamento à equipe multiprofissional.

18.9.3. **Renovação e nova dispensação**

18.9.3.1. Toda documentação atualizada deverá ser consolidada pelo município e encaminhada à GRS correspondente, conforme **ANEXO XII**, que a repassará à GENE;

18.9.3.2. A validação seguirá os mesmos prazos (até 10 dias úteis para resposta e 30 dias para complementação, se necessário);

18.9.3.3. Após aprovação da GENE, as FE são direcionadas as GRS conforme cronograma mensal estabelecido, cabendo aos municípios o agendamento e retirada dos insumos;

18.9.3.4. Após a comunicação realizada pela GRS aos municípios, informando a disponibilidade das FE para retirada, os municípios deverão proceder à retirada dos insumos no prazo fixado de 10 (dez) dias corridos, contado a partir da data de recebimento da referida comunicação,

18.9.4. **Retirada e entrega dos Insumos**

18.9.4.1. Os municípios deverão disponibilizar as FE para retirada na Farmácia Municipal;

18.9.4.2. A retirada dos insumos deverá ser feita exclusivamente pelo responsável legal ou por avós cujo nome conste na Certidão de Nascimento, mediante assinatura da guia, sendo obrigatória a apresentação de documento oficial com foto e a entrega de sua cópia;

18.9.4.3. Caso o responsável legal seja analfabeto, a assinatura será substituída pela coleta da digital do polegar;

18.9.4.4. Após a entrega da fórmula, o município deverá enviar à GRS a guia de retirada assinada pelo responsável legal (ou com a digital do polegar, se analfabeto), junto com a cópia do documento oficial com foto.

18.9.4.5. A GRS será responsável por anexar esses documentos ao processo administrativo do paciente;

18.9.4.6. A liberação da próxima remessa de FE estará condicionada ao recebimento da guia de retirada assinada referente à entrega anterior;

18.9.4.7. **Caso a retirada seja realizada por pessoa que não seja o paciente ou o responsável legal, será emitido um aviso de suspensão. Em caso de reincidência no mês seguinte, o atendimento será suspenso.**

18.10. **DISPENSAÇÃO INICIADA EM AMBULATÓRIO**

18.10.1. **Solicitação na Atenção Primária**

18.10.1.1. Nos casos em que a criança não tenha sido internada, o processo de solicitação se inicia na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Equipe de Saúde da Família (ESF).

18.10.1.2. A equipe multiprofissional local (médico, nutricionista e assistente social) será responsável pela avaliação clínica, nutricional e social, preenchendo todos os formulários e laudos exigidos.

18.10.2. **Encaminhamento de Documentação e Logística de Distribuição pelas I, II, III, IV e V**

18.10.3. Toda documentação deverá ser consolidada pelo município e encaminhada à GRS correspondente, conforme **ANEXO XII**, que a repassará à GENE;

18.10.3.1. A validação seguirá os mesmos prazos (até 10 dias úteis para resposta e 30 dias para complementação, se necessário);

18.10.3.2. Após aprovação da GENE, as FE são direcionadas as GRS conforme cronograma mensal estabelecido, cabendo aos municípios o agendamento e retirada dos insumos;

18.10.3.3. Após a comunicação realizada pela GRS aos municípios, informando a disponibilidade das FE para retirada, os municípios deverão proceder à retirada dos insumos no prazo fixado de 10 (dez) dias corridos, contado a partir da data de recebimento da referida comunicação.

18.10.4. **Retirada e entrega dos Insumos**

18.10.4.1. Os municípios deverão disponibilizar as FE para retirada na Farmácia Municipal;

18.10.4.2. A retirada dos insumos deverá ser feita exclusivamente pelo responsável legal ou por avós cujo nome conste na Certidão de Nascimento, mediante assinatura da guia, sendo obrigatória a apresentação de documento oficial com foto e a entrega de sua cópia;

18.10.4.3. Caso o responsável legal seja analfabeto, a assinatura será substituída pela coleta da digital do polegar;

18.10.4.4. Após a entrega da fórmula, o município deverá enviar à GRS a guia de retirada assinada pelo responsável legal (ou com a digital do polegar, se analfabeto), junto com a cópia do documento oficial com foto.

18.10.4.5. A GRS será responsável por anexar esses documentos ao processo administrativo do paciente;

18.10.4.6. A liberação da próxima remessa de FE estará condicionada ao recebimento da guia de retirada assinada referente à entrega anterior;

18.10.4.7. **Caso a retirada seja realizada por pessoa que não seja o responsável legal ou avós cujos nomes constem na Certidão de Nascimento, será emitido um aviso de suspensão. Em caso de reincidência no mês seguinte, o atendimento será suspenso.**

18.10.5. **Encaminhamento e Logística de Distribuição de FE – GRS VI**

18.10.5.1. Toda a documentação referente à solicitação deverá ser consolidada pelo município (Candeias do Jamari; Itapuã do Oeste; Guajará-Mirim e Nova Mamoré) ou pelo responsável do paciente (Residente em Porto Velho) e encaminhada à GENE por meio do telefone institucional (69) 98482-1442. O processo seguirá os prazos estabelecidos: até 10 dias úteis para validação e, se necessário, até 30 dias para complementação da documentação.

18.10.5.2. Após a aprovação da GENE:

I - **Para pacientes residentes no município de Porto Velho:** o responsável legal será comunicado para comparecer à sede da GENE e realizar a retirada da fórmula enteral (FE). Para isso, é obrigatória a apresentação de documento oficial com foto e a entrega de sua cópia. Caso o responsável seja

analfabeto, a assinatura na guia de retirada será substituída pela coleta da digital do polegar. Após a entrega, a GENE será responsável por anexar a guia de retirada (assinada ou com a digital), juntamente com a cópia do documento, ao processo administrativo do paciente.

II - Para os demais municípios que compõem a GRS VI: O município será comunicado sobre a disponibilidade da fórmula enteral (FE) e terá o prazo de até 10 (dez) dias corridos para realizar a retirada na sede da GENE. Após o recebimento, a FE deverá ser disponibilizada na Farmácia Municipal. A entrega ao paciente será feita exclusivamente ao responsável legal ou aos avós que constem na Certidão de Nascimento, mediante apresentação de documento oficial com foto e entrega de sua cópia. A guia de retirada deverá ser devidamente assinada ou, em caso de analfabetismo, substituída pela digital do polegar.

- 0.0.0.1. Após a entrega, o município deverá encaminhar a guia de retirada assinada e a cópia do documento à GENE por meio do telefone institucional.
- 0.0.0.2. A GENE ficará responsável por anexar esses documentos ao processo administrativo do paciente;
- 0.0.0.3. **Caso a retirada seja realizada por pessoa que não seja o responsável legal ou avós cujos nomes constem na Certidão de Nascimento, será emitido um aviso de suspensão. Em caso de reincidência no mês seguinte, o atendimento será suspenso.**

18.11. DISPENSAÇÃO INICIADA EM AMBULATÓRIO PARTICULAR

18.11.1. Solicitação na Atenção Primária

- 18.11.1.1. Nos casos em que a criança não tenha sido internada, o processo de solicitação se iniciará no consultório particular e/ou no plano de saúde.
- 18.11.1.2. A equipe multiprofissional local (médico, nutricionista e assistente social) será responsável pela avaliação clínica, nutricional e social, preenchendo todos os laudos exigidos, conforme modelos previsto neste regulamento.

18.11.2. Encaminhamento de Documentação e Logística de Distribuição pelas I, II, III, IV e V

- 18.11.3. Toda documentação deverá ser consolidada pelo município e encaminhada à GRS correspondente, conforme **ANEXO XII**, que a repassará à GENE;
- 18.11.3.1. A validação seguirá os mesmos prazos (até 10 dias úteis para resposta e 30 dias para complementação, se necessário);
- 18.11.3.2. Após aprovação da GENE, as FE são direcionadas as GRS conforme cronograma mensal estabelecido, cabendo aos municípios o agendamento e retirada dos insumos;
- 18.11.3.3. Após a comunicação realizada pela GRS aos municípios, informando a disponibilidade das FE para retirada, os municípios deverão proceder à retirada dos insumos no prazo fixado de 10 (dez) dias corridos, contado a partir da data de recebimento da referida comunicação.

18.11.4. Retirada e entrega dos Insumos

- 18.11.4.1. Os municípios deverão disponibilizar as FE para retirada na Farmácia Municipal;
- 18.11.4.2. A retirada dos insumos deverá ser feita exclusivamente pelo responsável legal ou por avós cujo nome conste na Certidão de Nascimento, mediante assinatura da guia, sendo obrigatória a apresentação de documento oficial com foto e a entrega de sua cópia;
- 18.11.4.3. Caso o responsável legal seja analfabeto, a assinatura será substituída pela coleta da digital do polegar;
- 18.11.4.4. Após a entrega da fórmula, o município deverá enviar à GRS a guia de retirada assinada pelo responsável legal (ou com a digital do polegar, se analfabeto), juntamente com a cópia do documento oficial com foto.
- 18.11.4.5. A GRS será responsável por anexar esses documentos ao processo administrativo do paciente;
- 18.11.4.6. A liberação da próxima remessa de FE estará condicionada ao recebimento da guia de retirada assinada referente à entrega anterior;

- Caso a retirada seja realizada por pessoa que não seja o responsável legal ou avós cujos nomes constem na Certidão de Nascimento, será emitido um aviso de suspensão. Em caso de reincidência no mês seguinte, o atendimento será suspenso.**

18.11.5. Encaminhamento e Logística de Distribuição de Fórmulas Especiais – GRS VI

- 18.11.5.1. Nos casos de pacientes residentes no município de Porto Velho, toda a documentação deverá ser enviada diretamente à GENE, por meio do telefone institucional (69) 98482-1442 ou outro canal oficial previamente definido com a equipe. Para os demais municípios que compõem a GRS VI, a documentação deverá ser consolidada e encaminhada à GENE;

- 18.11.5.2. A análise técnica seguirá os prazos estabelecidos: até 10 (dez) dias úteis para resposta inicial e até 30 (trinta) dias corridos para complementação, se necessário;
- 18.11.5.3. Após a aprovação pela GENE:

I - Para Porto Velho: A unidade será comunicada sobre a liberação das fórmulas especiais (FE), que deverão ser retiradas na sede da GENE mediante apresentação de documento oficial com foto e entrega de sua cópia. A guia de retirada deverá ser devidamente assinada ou, quando necessário, substituída pela coleta da digital do polegar. Toda a documentação será anexada ao processo administrativo pela GENE.

II - Para os demais municípios da GRS VI: O município será notificado sobre a disponibilidade das fórmulas e terá o prazo de até 10 (dez) dias corridos para retirada na sede da GENE. Após o recebimento, os insumos deverão ser disponibilizados na Farmácia Municipal de cada município.

- 18.11.5.4. A unidade municipal de saúde deverá garantir a assinatura da guia de retirada no momento da entrega dos insumos, mediante apresentação de documento oficial com foto e entrega de sua cópia;

- 18.11.5.5. Em caso de impossibilidade de assinatura, a digital do polegar será utilizada como comprovante;

- 18.11.5.6. Após a entrega, a guia assinada e a cópia do documento deverão ser enviadas à GENE, para inserção no processo administrativo do paciente;

- 18.11.5.7. A liberação da próxima remessa de fórmula especial estará condicionada ao recebimento da guia de retirada referente à entrega anterior;

- 18.11.5.8. **Observação:** Quando forem identificadas inconformidades nos laudos ou documentos apresentados, caberá à parte interessada buscar a devida correção com o profissional emitente:

I - Para Porto Velho: As correções deverão ser providenciadas e reenviadas diretamente à GENE.

II - Para os demais municípios da GRS VI: A documentação corrigida deverá ser entregue ao município, que se encarregará do reenvio à GENE.

19. MONITORAMENTO CLÍNICO E NUTRICIONAL

- 19.1. O paciente do PAPLVRO, especialmente crianças com menos de 02 (dois) anos, deve ser monitorado periodicamente pelos médicos e nutricionistas das unidades de saúde nos municípios do estado. O objetivo do monitoramento é avaliar a tolerância às fórmulas para fins especiais, verificar alterações clínicas e antropométricas, controlar a eficácia do tratamento, identificar efeitos adversos e analisar a necessidade de ajustes na prescrição.

- 19.2. A reavaliação nutricional, com emissão de Laudo, deve ocorrer até 04 (quatro) meses, independentemente da idade.

- 19.3. A reavaliação médica, com a emissão de laudo médico, deve ser realizada até 06 (seis) meses, sendo elaborada por médico, conforme mencionado nos itens 12.1.6 ou 12.1.7, com foco na evolução da tolerância ao leite de vaca. O médico responsável avaliará a necessidade de realizar o Teste de Provocação Oral (TPO), podendo adiar o procedimento por até 6 meses, conforme os parâmetros clínicos e outros fatores relevantes. A periodicidade das reavaliações e os documentos exigidos poderão ser ajustados conforme a necessidade identificada pela SESAU/RO.

- 19.4. Importante destacar que a imposição de restrições alimentares inadequadas ou prolongadas deve ser evitada, pois pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento da criança, além de impactar negativamente sua qualidade de vida e a de sua família.

- 19.5. O acompanhamento de crianças com APLV deve ser realizado, obrigatoriamente no público e privado, por médico, de acordo com o disposto nos itens 12.1.6 ou 12.1.7, considerando a necessidade clínica e incluindo o monitoramento regular do crescimento e desenvolvimento, segundo as orientações da Caderneta de Saúde da Criança.

- 19.6. Esses laudos, juntamente com as informações clínicas pertinentes, devem ser encaminhados às Gerências Regionais de Saúde para garantir a continuidade do fornecimento das fórmulas infantis específicas, conforme as diretrizes e fluxos estabelecidos neste Protocolo.

- 19.7. Caso haja mudança da via de administração da fórmula, o Laudo Médico deverá ser atualizado, independente da data da última.

- 19.8. Durante a monitorização do tratamento, a periodicidade e os documentos solicitados poderão ser modificados caso a SESAU identifique necessidade.

- 19.9. **Ao Nutricionista**
- 19.9.1. Cabe ao nutricionista elaborar laudo nutricional, conforme o formulário padrão (**Anexo V**);
- 19.9.2. Avaliação Nutricional: Realizar anamnese alimentar, exames clínicos, antropométricos e bioquímicos para identificar riscos ou presença de desnutrição;
- 19.9.3. Prescrição e Planejamento Nutricional: Definir a dieta enteral de forma individualizada, considerando necessidades calóricas, proteicas, distribuição de nutrientes e via de alimentação e acesso;
- 19.9.4. Monitoramento e Ajustes Terapêuticos: Acompanhar a evolução do paciente, identificar sinais de intolerância ou complicações e ajustar a prescrição conforme necessário;
- 19.9.5. Segurança Alimentar e Controle de Qualidade: Orientar o responsável e/ou paciente a correta manipulação, armazenamento e administração das fórmulas nutricionais para evitar contaminações e complicações;
- 19.9.6. Atuação multidisciplinar e orientação sobre terapia nutricional enteral a pacientes e cuidadores treinados por equipe hospitalar especializada.
- 19.10. **Ao Médico:**
- 19.10.1. Cabe ao médico elaborar o laudo, conforme o formulário padrão (**Anexo VI**);
- 19.10.2. Indicação e Prescrição da Nutrição Enteral: O médico é responsável por indicar e prescrever a nutrição enteral, considerando o diagnóstico, prognóstico e necessidades individuais do paciente, determinando a via de administração e a terapia mais adequada;
- 19.10.3. Monitoramento e Ajustes na Terapia: Após o início da nutrição enteral, o médico monitora a evolução do paciente, ajustando a terapia conforme necessário e controlando parâmetros laboratoriais, caso seja necessário;
- 19.10.4. Segurança e Prevenção de Complicações: O médico deve prevenir complicações como bronco-aspiração e síndrome da realimentação, monitora a evolução do paciente, ajustando a terapia conforme necessário e controlando parâmetros laboratoriais que possam indicar risco iminente.
- 19.11. **Ao Assistente Social:**
- 19.11.1. Cabe ao Assistente Social Elaborar o Laudo Social, conforme (**Anexo VII**), o qual apresenta a sistematização do estudo social, a partir da análise realizada por meio de seus instrumentais técnicos operativos que podem ser: entrevistas, visita domiciliar, contatos e atendimentos, avaliação e acompanhamento social;
- 19.11.2. Atuar com enfoque no cuidado integral em saúde, visando à promoção e à recuperação do bem-estar do indivíduo, incluindo:
- 19.11.2.1. Garantir o direito à vida e à saúde, assegurando também o acesso à Segurança Alimentar e Nutricional, mesmo quando a alimentação ocorre por via enteral;
- 19.11.2.2. Contribuir para a elevação da qualidade de vida dos usuários atendidos;
- 19.11.2.3. Oferecer suporte à família e aos cuidadores diante dos desafios relacionados à nova rotina de cuidados e à alimentação enteral;
- 19.11.2.4. Contribuir com o fortalecimento e manutenção dos vínculos sociais e familiares;
- 19.11.2.5. Viabilizar o acesso a direitos sociais, serviços públicos e benefícios que promovam a cidadania da pessoa assistida e de sua família;
- 19.11.3. Estabelecer articulações entre o(a) usuário(a), a equipe de saúde e demais políticas públicas, considerando os efeitos que o processo de adoecimento provoca na estrutura familiar e social, e adotar outras medidas pertinentes à promoção da saúde;
- 19.11.4. Fornecer orientações ao paciente, familiares e cuidadores, com o objetivo de incentivar a manutenção dos vínculos sociais e respeitar as particularidades de cada indivíduo;
- 19.11.5. Avaliar a estrutura familiar e as condições de moradia no que se refere à viabilidade do preparo e administração segura das fórmulas nutricionais. Caso identifique que a família não atende, naquele momento, aos critérios exigidos para inserção no programa, o profissional deverá promover articulação com a rede de proteção social e demais políticas públicas, a fim de contribuir para que a família possa futuramente atender aos requisitos estabelecidos;
- 19.11.6. Reavaliar o contexto social do paciente sempre que identificar necessidade, considerando mudanças nas condições familiares, sociais ou de saúde;
- 19.11.7. Desenvolver estratégias que ampliem o acesso aos direitos sociais, tratamentos e demais serviços essenciais para os pacientes que não atendem aos critérios para ingresso no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED);
- 19.11.8. Manter registros atualizados em banco de dados, planilhas ou sistemas similares, contendo informações como nome completo, contatos e data de entrada dos pacientes, com a finalidade de subsidiar o monitoramento contínuo, análises técnicas e geração de estatísticas.

20. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

20.1. É imprescindível a observância rigorosa dos critérios de inclusão, exclusão e suspensão estabelecidos neste protocolo, bem como o monitoramento contínuo da duração do tratamento, a verificação periódica das quantidades prescritas e dispensadas, e a adequação no uso das Fórmulas de Nutrição Enteral.

20.2. O diagnóstico dos pacientes deverá ser realizado por médico, nos termos dos itens 12.1.6 ou 12.1.7, considerando a necessidade clínica de cada caso.

21. CONSIDERAÇÕES FINAIS

21.1. Cabe a equipe multi realizar visitas de fiscalização ao domicílio dos pacientes, em periodicidade a ser determinada pelo próprio serviço, nas quais serão avaliadas as condições presentes neste regulamento;

21.2. Caso seja(m) identificado(s) irregularidade(s) relativas aos critérios administrativos de elegibilidade definidos no item 12, ou seja(m) identificado(s) critério(s) de exclusão (item 13.), a GENE poderá não efetivar o cadastro e/ou descredenciar o paciente do PAPLVRO;

21.3. O nutricionista da GENE e/ou GRS poderão realizar auditorias aos pacientes cadastrados no PAPLVRO e recolher produtos excessivos acumulados desnecessariamente no domicílio do paciente, bem como realizar orientações que considerar pertinente;

21.4. Após a realização da visita domiciliar, o nutricionista da GENE e/ou GRS elaborará um relatório, o qual deverá ser anexado ao processo administrativo no qual o paciente foi inscrito no programa e, posteriormente, encaminhado ao município, a fim de possibilitar a continuidade do acompanhamento e a implementação das ações necessárias no âmbito local, em conformidade com as normativas e diretrizes do programa;

21.5. Os prescritores deve informar à GENE o motivo da alta ou exclusão do paciente;

21.6. Os prescritores terão o prazo de 90 (noventa) dias contados a partir da data da publicação desta portaria para se adequarem às novas documentações para abertura ou renovação das solicitações.

22. REFERÊNCIAS

1. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: Commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50(1):85–91.
2. Ahrens B, Sampson HA, Beyer K. Adverse Reactions to Food. *Allergy, Immun Toler Early Child First Steps Atopic* March 2016;756:45–63.
3. Anand R. Infant and Young Child Feeding. *IAP Textb Pediatr* 2013;127–127.
4. Araújo LA, Silva LR. Anthropometric assessment of patients with cerebral palsy: Which curves are more appropriate? *J Pediatr (Rio J)* 2013;89(3):307–14.
5. Bindslev-Jensen C, Ballmer-Welser BK, Bengtsson U, Blanco C, Ebner C, Hourihane J, et al. Standardization of food challenges in patients with immediate reactions to foods - Position paper from the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* 2004;59(7):690–7.
6. Belo, J., E. Finelli, P. Martins, S. Prates PL-P. Alergia às Proteínas do Leite de Vaca. *Notas Pediatr* 2014;1:72–9.
7. Bock SA, Sampson HA, Atkins FM, Zeiger S, Lehrer S, Sachs M, et al. Double-blind, placebo-controlled food challenge as an aid in diagnosis of food allergies. *J Allergy Clin Immunol* 1988;82(5):709–16.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). 2017;1–47. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatórios/2017/Relatório_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf
11. Brooks J, Day S, Shavelle R, Strauss D. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: New clinical growth charts. *Pediatrics* 2011;128(2).
12. Cianferoni A, Garrett JP, Naimi DR, Bs KK, Spergel JM. Predictive Values for Food Challenge-Induced Severe Reactions: Development of a Simple Food Challenge Score. 2012;14(August 2004).
13. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2017;177(5):1316–21.
14. Costa YHM, Gutheil-Gonçalves L, Tiemi-Miyakawa D, Rosário CS, Chong-Silva DC, Riedi CA, et al. Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (PIES): um novo diagnóstico diferencial para alergia alimentar. *Brazilian J Allergy Immunol* 2019;3(3):259–68.
15. Cocco RR, Mendonça RB, Solé D. Terapia Nutricional na Alergia Alimentar em Pediatria. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: [s.n.], 2019.
16. Feferbaum R. Fisiopatologia da nutrição do recém-nascido grave. In: Nutrição do Recém Nascido. São Paulo: Atheneu; 2005. página 343–59.
17. Fox A, Brown T, Walsh J, Venter C, Meyer R, Nowak-Wegrzyn A, et al. An update to the Milk Allergy in Primary Care guideline. *Clin Transl Allergy* 2019;9(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13601-019-0281-8>
18. Gushken AKF, Castro APM, Yonamine GH, Corradi GA, Pastorino AC, Jacob CMA. Double-blind, placebo-controlled food challenges in Brazilian children: Adaptation to clinical practice. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2013;41(2):94–101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2011.12.002>
19. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55(2):221–9.
20. Knee kens CMF, Meijer Y. Clinical practice: Diagnosis and treatment of cow's milk allergy. 2009;891–6.
21. Mendonça RB, Cocco RR, Sarn ROS, Solé D. Teste de provação oral aberto na confirmação de alergia ao leite de vaca mediada por IgE: Qual seu valor na prática clínica? *Rev Paul Pediatr* 2011;29(3):415–22.
22. Meyer R, Groetch M, Venter C. When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(2):383–99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.09.003>
23. Nowak-Wegrzyn A. Work Group Report: Oral food challenge testing. 1976.
24. Oliveira ARV, Patrocínio ME do, Pierdoná N, Pires TO. Manual: Alergia Alimentar. Man Lerg Aliment 2017;1(1):1–65.
25. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Protocolo para Atendimento Ambulatorial à Criança com Alergia às Proteínas do Leite de Vaca no Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2022. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/Versao_protocolo_APLV_apos_consulta_publica_ultima_versao_.pdf. Acesso em: 1 dez. 2024.
26. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Manejo Nutricional na Alergia às Proteínas do Leite de Vaca para Crianças Menores de 2 Anos de Idade. <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Manejo+Nutricional+na+Alergia+as+Proteinas+do+Leite+de+Vaca+para+Criancas+Menores+de+2+Anos+de+6bd0-5dda-5c2b-d76181468877?t=1720788126736>. Acesso em: 10 jan. 2025. □
27. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Protocolo Clínico para Pacientes do Programa de Alergia à Proteína do Leite de Vaca. Fortaleza: SESA, 2019. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2019/08/protocolo_aplv_2_edicao_2019_.pdf. Acesso em: 6 jan. 2025.
28. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Protocolo Estadual para Dispensação de Fórmulas Infantis na Alergia à Proteína do Leite de Vaca. Vitória: SESA, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%ABlica/ANEXO%20II%20-20Protocolo%20de%20Formulas%20Infantis%20para%20APLV.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025. □
29. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Protocolo de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Porto Alegre: SES/RS, 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga2023-03/30145123-protocolo-aplv-rs.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2025.
30. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Protocolo clínico estadual de alergia alimentar à proteína do leite de vaca (APLV). 2018. Available from: <https://saude.se.gov.br/wpcontent/uploads/2018/09/PROTOCOLO-CLÍNICO-ESTADUAL-DE-ALERGIA-ALIMENTAR-À-PROTEÍNADO-LEITE-DE-VACA.pdf>
31. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ed ed Rio de Janeiro: 2020.
32. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 2o ed São Paulo: Manole; 2010.
33. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4o ed São Paulo: 2019.
34. Solé D, Amancio OMS, Jacob CM a., Cocco RR, Sarni ROS, Suano F, et al. Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E. *Rev bras alerg imunopatol* 2012;35(6):203–33.
35. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Asma, Alerg e Imunol* 2018;2(1).
36. Vandenplas Y. Prevention and management of cow's milk allergy in non-exclusively breastfed infants. *Nutrients* 2017;9(7):1–15.
37. Venter C, Brown T, Meyer R, Walsh J, Shah N, Nowak-Wegrzyn A, et al. Better recognition, diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy: IMP - An international interpretation of the MAP (Milk Allergy in Primary Care) guideline. *Clin Transl Allergy* 2017;7(1):1–9.
38. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva, Switzerland: WHO, 2006: 2006.
39. World Health Organization. Growth reference 5–19 years. 2007.
40. Uenishi K, Nakamura K. Intake of dairy products and bone ultrasound measurement in late adolescents: A nationwide cross-sectional study in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19(3):432–9.
41. Wal J. Bovine milk allergenicity. *Ann Allergy, Asthma Immunol* 2004;93(5):S2–11. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)61726-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61726-7)
42. Zubairi S, Levin M. Cow's milk allergy and the role of cow's milk-free formulas. *Paediatr Child Health* 2015;20(4):189–94.

ANEXO II

BASE DE CÁLCULOS NUTRICIONAIS

Quadro 1: Classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos

< Percentil 0,1	< Escore- z -3	Muito baixo peso a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ score- z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para idade	Magreza Baixa	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ score- z -2 e < Escore-z - 1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para

\geq Percentil 15 e \leq Percentil 85	\geq score-z 1 e \leq score-z + 1	Peso elevado para a idade	Risco de Sobre peso	criança
$>$ Percentil 85 e \leq Percentil 97	$>$ Escore-z + 1 e \leq Escore-z + 2		Sobre peso	
$>$ Percentil 97 e \leq Percentil 99,9	$>$ Escore-z + 2 e \leq Escore-z + 3		Obesidade	
$>$ Percentil 99,9	$>$ Escore-z + 3			

Fonte: Adaptado de OMS, 2006

Quadro 2: Classificação do estado nutricional de paciente com comprometimento neurológico

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		
		Peso/idade	IMC/idade	Estatura/idade
< Percentil 10		Déficit Nutricional /Alerta nutricional	Déficit Nutricional /Alerta nutricional	Déficit Nutricional /Alerta nutricional
\geq Percentil 10 e $<$ Percentil 50		Eufrófico	Eufrófico	
\geq Percentil 50 e $<$ Percentil 90		Risco de Sobre peso	Risco de Sobre peso	Estatura adequada para a idade
\geq Percentil 90		Sobre peso	Sobre peso	

Fonte: Brooks e colaboradores, 2011

Quadro 3: Ingestão de energia diária recomendada por faixa etária (kcal/kg/dia)

IDADE	ENERGIA (Kcal/Kg)		KCAL/ TOTAL/DIA		Kcal - Alimentação Complementar
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas	
0-3 meses	105	100	560	510	-
3-6 meses	81	83	605	569	-
6-9 meses	79	78	678	628	200 kcal
9-12 meses	80	79	752	694	300 kcal
1-2 idade	83	80	948	865	550 kcal

Fonte: FAO/WHO, 2004

Quadro 4: Ingestão de proteína diária recomendada para crianças e adolescentes por faixa etária (g/kg/dia)

IDADE (ANOS)	INGESTÃO DE PROTEÍNA (G/KG/DIA)	
	0 – 6m	7 – 12m
0 – 6m	1,52 (AI)	
7 – 12m		1,2
1 – 3a		1,05

Fonte: IOM, 2005.

Quadro 4: Métodos para o cálculo da ingestão energética diária para crianças e adolescentes com comprometimento neurológico

MÉTODO	DESCRÍÇÃO DO CÁLCULO DE INGESTÃO ENERGÉTICA DIÁRIA	
	Gasto Energético Basal	Consumo de energia = Gasto energético basal \times 1,1
Altura		15 Kcal/cm \rightarrow Sem disfunção motora
		14 Kcal/cm \rightarrow Com disfunção motora, mas deambula
		11 Kcal/cm \rightarrow Não deambula

Fonte: Adaptado do Manual de Suporte Nutricional da SBP.

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA ADESÃO AO PROGRAMA DE ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA DE RONDÔNIA (PAPLVRO)				
CADASTRO DO PACIENTE				
Eu, _____ (Nome do Paciente), residente em _____ (Endereço do Paciente), telefone _____, portador do RG nº _____, expedido em _____/_____/____ e CPF nº _____, reconheço e aceito as normas e critérios que definem a adesão ao Programa de Alergia à Proteína do Leite de Vaca de Rondônia (PAPLVRO), conforme descrito a seguir:				
CADASTRO DO RESPONSÁVEL (QUANDO APLICÁVEL)				
Caso o paciente não tenha condições de responder legalmente, o responsável deverá preencher os dados abaixo. Nome do Responsável: _____, residente em: _____, CPF nº: _____, Telefone: _____, Grau de Parentesco com o Paciente: _____.				
DECLARAÇÕES				

Declaro que:

- Resido no estado de Rondônia. Caso ocorra mudança de domicílio para outra unidade federativa, devo comunicar à nutricionista prescritora, à GRS ou à GENE, sendo minha participação no Programa automaticamente encerrada.
- Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar, óbito e mudança de domicílio.
- Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.
- Sou capacitado ou posso cuidador capacitado para corresponibilizar pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.
- Estou ciente que as fórmulas fornecidas são de uso unicamente pessoal, não podendo ser vendidas, doadas ou trocadas com outra pessoa ou por outra fórmula. Toda fórmula sob meus cuidados que não for utilizada dentro do plano terapêutico, independentemente do motivo, deverá ser devolvida à Gerência Regional de Saúde, sob pena de ressarcir os cofres públicos pelo recebimento e/ou uso indevido dos produtos.
- Estou ciente que o nutricionista da Gerência Regional de Saúde e Gerência Estadual de Nutrição Enteral poderá realizar visita domiciliar, sem comunicação prévia, de caráter contínuo e permanente, para avaliação das condições estabelecidas na portaria que regulamenta o programa.
- O não envio de informações/documentos no prazo estipulado poderá implicar na interrupção do tratamento.
- Durante o tratamento, as fórmulas nutricionais dispensadas poderão apresentar nomes comerciais diferentes, cabendo ao profissional assistente o ajuste do quantitativo solicitado conforme a colher medida do produto disponível correspondente à descrição da fórmula nutricional solicitada.
- Alterações de quantitativos que poderão ocorrer durante o tratamento estarão sujeitos à avaliação pela GENE e o aumento só poderá ser praticado após deferimento e recebimento do novo quantitativo da fórmula.
- Recebi orientação para elaboração e manejo de fórmulas nutricionais com alimentos (Fórmulas Artesanais), no caso de necessidade de utilização em algum momento do tratamento.
- Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

ASSINATURAS

Local:
Data: ____ / ____ / ____

Nome do Paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Assinatura do Paciente:

Assinatura do Responsável (quando aplicável):

Profissional Assistente Responsável (Médico ou Nutricionista)

Nome do Profissional:

CRM/CRN: UF:

Assinatura do Profissional Assistente:

Carimbo do Profissional:

ANEXO IV**MODELO TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL COM LEITE DE VACA****TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL COM LEITE DE VACA**

Eu, _____, responsável legal (grau de parentesco): _____, pelo (a) menor _____, anos, fui informado (a) que o mesmo (a) fará teste de provação alimentar na Unidade de Saúde _____.

DECLARAÇÕES**Dados sobre o teste:**

- Objetivo do teste: confirmar ou afastar o diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca.
- Procedimentos que serão utilizados: os pacientes com suspeita de alergia ao leite de vaca serão inicialmente examinados e farão exames de sangue e/ou testes na pele para avaliar o grau de alergia. Após, aqueles que concordarem, serão oferecidas doses crescentes de leite de vaca. O teste será interrompido tão logo surja algum sintoma que caracterize alergia. Caso necessário, o médico responsável pela realização do teste poderá prescrever alguma medicação para controlar alguma reação que possa ocorrer. O teste tem a duração aproximada de 2 horas, mas a criança necessita de permanecer em observação após. A depender dos sintomas, será necessário um retorno para reavaliação.
- Risco do teste: os pacientes com alergia ao leite de vaca que são submetidos a esse teste podem desenvolver reações alérgicas que podem variar desde reações leves (como a presença de coceira ao redor da boca) até reações mais graves (como dificuldade de respirar). Entretanto, o teste será realizado em um local devidamente equipado e com profissionais habilitados e treinados a lidar com quaisquer reações. Caso seu filho já tenha experimentado alguma reação que tenha sido considerada como uma reação com risco de vida pelo médico, esse teste não será realizado.

Consentimento pós esclarecido:

Tendo em vista os itens apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo, desde que não conste o nome do paciente.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo médico e ter entendido o que me foi explicado, consinto em autorizar o menor supracitado a participar do teste.

ASSINATURAS

Local:
Data: ____ / ____ / ____

Nome do Paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Assinatura do Paciente:

Assinatura do Responsável (quando aplicável):

Profissional Assistente Responsável (Médico)

Nome do Profissional:

CRM: UF:

Assinatura do Profissional Assistente:

Carimbo do Profissional:

ANEXO V**LAUDO NUTRICIONAL PADRÃO**

() CADASTRO - 1 ^º VEZ	() REAVALIAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do paciente:	
Data Nascimento: / /	Idade: _____
Nome completo da Mãe:	Telefone: _____
Responsável:	

Município de Residência				
Endereço:	Houve mudança de domicílio? () Sim () Não			
Diagnóstico clínico:	CID:			
Nutricionista:	Unid. de Atendimento:			
Data da avaliação: //	Data da validade do relatório: / / (até 04 meses a partir da data de avaliação)			
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL				
() Completa () ASG () OMS-pediatria () Outra:				
História clínico nutricional				
Peso (kg):	Altura ou Estatura(m):			
IMC (kg/m ²):				
Pediatria (escore Z)	P/A:	A/I:	P/I:	IMC/I:
Diagnóstico nutricional:				
PRESCRIÇÃO DIETÉTICA				
Via de administração	() Oral	() Orogástrica/SNG/SNE:	() GTT	() JT
Duração do tratamento	() Curto: ≤ 6 meses		() Longo: > 6 meses	
Tipo de dieta	() Industrializada		Nº de horários:	
GET (kcal):	VET (kcal):		Obs.:	
Kcal/kg peso/dia:	g PTN/kg peso/dia:			
Alteração da prescrição:	() 1ª vez () Não () Sim; motivo:			
Código(s) SES – Descrição da Fórmula	Quantidade/dia (g/mL)		Quantidade/mês (g/mL)	
			x 30 =	
			x 30 =	
			x 30 =	
Frasco	x 30 =			
Equipo	x 30 =			
% VET fórmula:	Diluição (g/porção):		Volume final/porção (mL):	
Nº porções/dia:				
Produtos testados (citar marca):				
() Leite de vaca				
() FI à base de LV:				
() Soja:				
() FEH c/lactose:				
() FEH s/lactose:				
() AAs livres:				
PREENCHER SE FOR REAVALIAÇÃO				
Estado geral do paciente	() Melhorou () Manteve () Piorou			
Reinteração último quadrimestre	() Não () Sim; nº dias internados:			
Alterou via de acesso	() Não () Sim; para qual via?			
Motivo alteração de via:				
NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO				
Nome do profissional solicitante: Unidade de Atendimento:			Unidade de Atendimento:	
CRN:	CPF:	Telefone:		
Assinatura e carimbo:				
Data da solicitação: ____ / ____ / ____				
POR GENTILEZA NÃO ESQUECER DE CARIMBAR E ASSINAR. LAUDO VÁLIDO POR 30 DIAS, APÓS DATA DA SUA ASSINATURA.				

ANEXO VI

LAUDO MÉDICO PADRÃO

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do paciente:				
Data / /	Nascimento:	Idade:	Telefone:	
Nome completo da Mãe:				
Responsável:				

Município de Residência											
CID:	Diagnóstico clínico:										
Data da avaliação: ___ / ___ / ___	Data de validade do relatório: ___ / ___ / ___ (até 06 meses a partir da data de avaliação)										
AVALIAÇÃO CLÍNICA											
História clínica:											
Exames complementares:											
Produtos testados (citar marca): <input type="checkbox"/> Leite de vaca <input type="checkbox"/> FI à base de LV: <input type="checkbox"/> Soja: <input type="checkbox"/> FEH c/lactose: <input type="checkbox"/> FEH s/lactose: <input type="checkbox"/> AAs livres:											
VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL											
<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Orogástrica	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> JT							
PARA INICIO DE TRATAMENTO COM FÓRMULAS INFANTIS											
Número de consultas pré-natal com referência do serviço:											
Período de Aleitamento Materno exclusivo:											
Motivo da suspensão do aleitamento materno:											
ALERGIA ALIMENTAR CLASSIFICAÇÃO											
<input type="checkbox"/> IgE Mediada		<input type="checkbox"/> Não IgE Mediada	<input type="checkbox"/> Mista	<input type="checkbox"/> Não especificada	Data do início do quadro: ___ / ___ / ___						
MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS											
<input type="checkbox"/> Urticária	<input type="checkbox"/> Angiodema	<input type="checkbox"/> Rush Eritematoso	<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Dermatite de Contato	<input type="checkbox"/> Dermatite Atópica	<input type="checkbox"/> Outros: _____					
MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS											
<input type="checkbox"/> Edema e Prurido de: <input type="checkbox"/> Lábios <input type="checkbox"/> Língua <input type="checkbox"/> Palato <input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Dor Abdominal	<input type="checkbox"/> Hemossiderose induzida por alimento (síndrome de Heiner)	<input type="checkbox"/> Esofagite eosinofílica (EoE)	<input type="checkbox"/> Gastrite eosinofílica	<input type="checkbox"/> Gastroenterite eosinofílica			
MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS											
<input type="checkbox"/> Broncoespasmos	<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Rinite	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Refluxo gástrico	<input type="checkbox"/> Cólicas	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Síndrome da enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)	<input type="checkbox"/> Síndrome da proctocolite induzida por proteína alimentar (FPIAP)	<input type="checkbox"/> Síndrome de enteropatia induzida por proteína alimentar	<input type="checkbox"/> Asma	
MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES											
<input type="checkbox"/> Tontura					<input type="checkbox"/> Desmaio						
MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS											
<input type="checkbox"/> Anafilaxia					<input type="checkbox"/> Choque Anafilático						
IGE ESPECIFICA IN VIVO (PRICK TEST)											
<input type="checkbox"/> alfa-lactoalbumina		<input type="checkbox"/> beta-lactoglobulina	<input type="checkbox"/> caseína		<input type="checkbox"/> leite de vaca		<input type="checkbox"/> soja		Data: ___ / ___ / ___		
IGE ESPECIFICA IN VITRO (RAST)											
<input type="checkbox"/> alfa-lactoalbumina		<input type="checkbox"/> beta-lactoglobulina	<input type="checkbox"/> caseína		<input type="checkbox"/> leite de vaca		<input type="checkbox"/> soja		Data: ___ / ___ / ___		
AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL											
<input type="checkbox"/> sangue oculto		<input type="checkbox"/> alfa-1-antitripsina fecal			<input type="checkbox"/> relação albumina/globulina			Data: ___ / ___ / ___			
ANATOMOPATOLÓGICO											
<input type="checkbox"/> estômago		<input type="checkbox"/> esôfago			<input type="checkbox"/> duodeno			<input type="checkbox"/> reto			
TESTE DE PROVOCAÇÃO ORAL											
<input type="checkbox"/> Sim		Data: ___ / ___ / ___			<input type="checkbox"/> Não						
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE											
Nome do profissional solicitante:		Unidade de Atendimento:									
CRM:		<input type="checkbox"/> CPF: <input type="checkbox"/> Telefone:									
Assinatura e carimbo:											
Data da solicitação: ___ / ___ / ___											
POR GENTILEZA NÃO ESQUECER DE CARIMBAR E ASSINAR											
LAUDO VÁLIDO POR 30 DIAS, APÓS DATA DA SUA ASSINATURA PARA CADASTRAMENTO NO PAPLVRO											

ANEXO VII

LAUDO SOCIAL PADRÃO

IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente:

Data Nascimento: _____	Idade: _____	Telefone: _____						
Nome completo da Mãe: _____								
Município de Residência: _____								
Endereço (deve ser domiciliado em RONDÔNIA): _____								
Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência: _____								
Teve atendimento pela UBS de referência nos últimos 4 (quatro) meses: () Sim () Não								
CONDIÇÕES SOCIAIS E DOMICILIARES								
Composição familiar:								
Possui rede de apoio (vizinhos, comunidade, grupos, igreja, etc.) ou recebe acompanhamento de algum equipamento social (Assistência Social, Saúde, Previdência, Educação, Justiça, etc.)? _____								
cite: _____								
Família	recebe	algum	benefício	socioassistencial?	()	Não	()	Sim,
cite: _____								
Fatores de risco ou vulnerabilidade social / determinantes e condicionantes do processo saúde- doença:								
Paciente necessita de cuidador: () Não () Sim								
CUIDADOR/RESPONSÁVEL								
Nome: _____								
Data Nascimento: _____	Idade: _____	() Familiar () Contratado () Outro						
Se o cuidador não for contratado, qual o seu vínculo com o(a) paciente:								
() mãe () pai () avó/avô maternos () tio/a () irmão/ã () cunhado/a () marido () esposa () avó/avô paternos () comadre / padrinho / madrinha () amigo () vizinha /a () colega de trabalho () conhecido(a)								
() Outro:								
Compartilha cuidado com outro cuidador: () Não () Sim, cite o(s) nome(s): _____								
HABITAÇÃO								
() Própria () Alugada () Cedida () Outro: _____								
Condições de moradia que possibilitem a manipulação adequada das fórmulas:								
Água potável:	() Sim	() Não						
Enérgia Elétrica:	() Sim	() Não						
Geladeira:	() Sim	() Não						
Saneamento Básico:	() Sim	() Não						
AVALIAÇÃO SOCIAL								
Instrumentos utilizados: () Entrevista () Visita Domiciliar () Outros: _____								
Paciente/cuidador esclarecido, treinado e orientado () Sim () Não								
para os procedimentos: _____								
PARECER À INCLUSÃO NO PAPLVRO								
() Favorável	() Desfavorável; informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa:							
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE								
Nome do profissional solicitante: _____		Unidade de Atendimento: _____						
Nº CRESS: _____		CPF: _____						
Data da solicitação: _____		Assinatura e carimbo: _____						
POR GENTILEZA NÃO ESQUECER DE CARIMBAR E ASSINAR LAUDO VÁLIDO POR 30 DIAS, APÓS DATA DA SUA ASSINATURA PARA CADASTRAMENTO NO PAPLVRO								

ANEXO VIII

FORMULÁRIO DE CADASTRO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO

FORMULÁRIO DE CADASTRO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO
Nome da Unidade de Atendimento:
Telefone para contato da Unidade:
Município:
Responsável e contato da mesma:
Endereço:
E-mail:

Link Forms: <https://forms.gle/iPhu2omb9a3MAu3h9>

ANEXO IX

MODELO DE DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA		
Eu, _____, residente em _____, cidade: _____, UF: _____, CEP: _____, CPF: _____, RG: _____, Órgão expedidor: _____, declaro para fins de comprovação de residência que o (a): Sr.(a) _____, CPF: _____, RG: _____, Órgão expedidor: _____, reside em imóvel de minha propriedade, localizado no endereço: _____, cidade: _____, UF: _____, CEP: _____, na condição de:		
<input type="checkbox"/> membro da família;		
<input type="checkbox"/> imóvel cedido;		

() imóvel alugado sem contrato formal;	
() imóvel alugado com contrato formal;	
Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas e estou ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito(a) às penas da lei, conforme prescrito no art. 299 do Código Penal.	
[Localidade], ____ de _____ de _____	
_____ ASSINATURA	

ANEXO X

MODELO DE DECLARAÇÃO DE RELACIONAMENTO ENTRE O REQUERENTE E O PACIENTE

DECLARAÇÃO DE RELACIONAMENTO ENTRE O REQUERENTE E O PACIENTE	
<p>Eu, [Nome Completo do Requerente], nacionalidade [informar nacionalidade], estado civil [informar estado civil], portador(a) do documento de identidade nº [número do RG ou CPF], residente e domiciliado(a) à [endereço completo], na qualidade de [especificar a relação, ex: amigo(a), acompanhante, representante legal, etc.] do paciente [Nome Completo do Paciente], inscrito no CPF nº [número do CPF do paciente], portador(a) do documento de identidade nº [número do RG do paciente], residente e domiciliado(a) à [endereço completo do paciente], venho, por meio da presente, declarar a relação que mantenho com o referido paciente, para fins de [especificar o propósito da solicitação, ex: solicitação de informações médicas, autorização de procedimento, etc.].</p> <p>Declaro, para os devidos fins de direito, que a minha relação com o paciente é de [especificar relação, ex: amigo(a), acompanhante, etc.], conforme descrito acima, e que estou ciente das responsabilidades legais decorrentes da veracidade das informações ora prestadas.</p> <p>Por ser verdade, firmo a presente declaração, ciente das implicações legais de eventual falsidade.</p>	
[Localidade], ____ de _____ de _____	
Assinatura do Requerente:	

ANEXO XI

MODELO DE TERMO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL PARA DESOSPITALIZAÇÃO

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL PARA DESOSPITALIZAÇÃO	
<p>Em conformidade com o protocolo de nutrição enteral, solicitamos a abertura de processo para a dispensação de fórmula enteral para o paciente abaixo identificado, que se encontra em programação de alta hospitalar e necessita do seguimento nutricional contínuo após a desospitalização.</p>	
<p>1. Identificação do Paciente:</p> <p>O paciente em questão é _____, portador do número de prontuário _____, e está sendo acompanhado com o diagnóstico médico de _____. O paciente nasceu em _____. </p>	
<p>2. Dados da Unidade Hospitalar:</p> <p>O paciente encontra-se internado na unidade hospitalar _____, sob a responsabilidade do médico _____ CRMº _____, no setor _____, e sua data de internação foi em _____. </p>	
<p>3. Solicitação:</p> <p>Informamos que o paciente encontra-se em programação de alta hospitalar e, conforme o protocolo, necessita das fórmulas enterais estabelecidas para seu acompanhamento nutricional. Solicitamos, portanto, a abertura do processo com a devida antecedência, identificando a necessidade de desospitalização e a formulação de plano para continuidade do tratamento nutricional no pós alta.</p>	
<p>4. Documentação Comprobatória:</p> <p>A dispensação da fórmula está condicionada à apresentação do documento previsto no regulamento da portaria, que será anexado ao processo.</p> <p>Certos de que a solicitação será atendida dentro do estabelecido, aguardamos o devido seguimento do processo.</p> <p>Atenciosamente,</p>	
<p>[Localidade], ____ de _____ de _____</p>	
<p>Médico responsável:</p> <p>CRM: _____ UF: _____</p>	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	

ANEXO XII

GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE RONDÔNIA – INFORMAÇÕES DE CONTATO E MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

LGRS - JI-PARANÁ

Endereço: Rua Júlio Guerra, nº 388 Bairro: Centro Cep- 76.900-034.
Fones: (69) 3416-4853 e 3416-4854
Celular Institucional: (69) 98482-1482 e (69) 99210-1225
E-mail: grsipi.sesau.ro@gmail.com

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

01	Ji- Paraná	09	Teixeirópolis
02	Jaru	10	Urupá
03	Ouro Preto D'Oeste	11	Mirante da Serra
04	Presidente Médici	12	Nova União
05	Theobroma	13	Alvorada do Oeste
06	Val do Anari	14	São Francisco do Guaporé
07	Governador Jorge Teixeira	15	Costa Marques
08	Vale do Paraiso	16	Seringueiras
		17	São Miguel do Guaporé

II GRS - CACOAL

Endereço: AV Guaporé, nº 2849 Bairro Centro Cep- 76.963-816.

Fones: (69) 3441-1997 e 3443-1947

Celular: (69) 99388-5408

E-mail: grsccacoal@gmail.com

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

01	Cacoal
02	Ministro Andreazza
03	Pimenta Bueno
04	Primavera de Rondônia
05	São Felipe do Oeste
06	Espigão D'Oeste

III GRS - VILHENA

Endereço: Rua Bento Corrêa da Rocha, 295 Bairro Jardim América Cep- 76.980-744.

Fones: (69) 3322-6876 e 3322-5569

Celular: (69) 98126-8985

E-mail: grsdevilhena@yahoo.com.br

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

01	Vilhena
02	Chupinguaia
03	Colorado do Oeste
04	Cabixi
05	Cerejeiras
06	Pimenteiras do Oeste
07	Corumbiara

IV GRS - ARIQUEMES

Endereço: Rua Júlio Guerra, nº 388 Bairro: Centro Cep- 76.900-034.

Fones: (69) 3416-4853 e 3416-4854

Celular Institucional: (69) 98482-1482 e (69) 99210-1225

E-mail: grsijpr.sesau.ro@gmail.com

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

01	Ariquemes
02	Cujubim
03	Rio Crespo
04	Alto Paráíso
05	Cacaúlândia
06	Machadinho do Oeste
07	Monte Negro
08	Campo Novo de Rondônia
09	Buritis

V GRS - ROLIM DE MOURA

Endereço: Av. 25 de Agosto, nº 5642 Bairro: Centro Cep- 76.940-000.

Fones: (69) 3442-8245 3442-8246 e 3442-7084

Celular: (69) 984045029

E-mail: regionaldesaude@gmail.com

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

01	Rolim de Moura
02	Alta Floresta do Oeste
03	Alto Alegre dos Parecis
04	Castanheiras
05	Novo Horizonte do Oeste
06	Nova Brasilândia do Oeste
07	Santa Luzia do Oeste
08	Parecis

VI GRS - PORTO VELHO

Endereço: Av. Farcquar, 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Machado (reto IV) 1º andar.

Bairro: Pedrinhas Cep- 76.801-000

Fone: (69) 3216-7395

Celular: (69) 99207-2504

E-mail: regionaldesaudepvh@gmail.com

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA

01	Porto Velho
02	Candeias do Jamari
03	Itapuã do Oeste
04	Guajará-Mirim
05	Nova Mamoré



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Ayres Henrique**, **Secretário(a) Adjunto(a)**, em 10/11/2025, às 15:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **SAIANE ANDRESSA RIBEIRO BARROS**, **Coordenador(a)**, em 11/11/2025, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0062263291** e o código CRC **EA40A79D**.