



**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 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR DO ESTADO DE RONDÔNIA-  
PTNED/RO**

**1. INTRODUÇÃO**

1.1. A garantia de uma alimentação adequada e saudável é um direito constitucional e um fator determinante para a promoção da saúde pública, contribuindo significativamente para o desenvolvimento humano em todas as suas fases. Além de assegurar o crescimento e a qualidade de vida, a nutrição adequada desempenha um papel essencial na prevenção de doenças crônicas e na redução de agravos nutricionais, tornando-se um eixo central das políticas de saúde. Dessa forma, a atenção nutricional deve ser direcionada para todos os ciclos de vida, priorizando os grupos populacionais mais suscetíveis a deficiências nutricionais ou a condições clínicas que exijam suporte alimentar especializado.

1.2. A determinação da estratégia nutricional mais adequada deve ser baseada em uma avaliação clínica e nutricional criteriosa, considerando fatores como idade, estado de saúde, nível de comprometimento do trato digestório, hábitos alimentares e viabilidade econômica. O suporte nutricional deve ser instituído de forma escalonada, iniciando-se pelo aconselhamento dietético e, quando necessário, progredindo para a utilização de suplementos nutricionais orais, sejam eles artesanais ou industrializados. Em casos em que a ingestão oral seja insuficiente ou inviável, é indicada a implementação da nutrição enteral por meio de sondas ou ostomias, e, quando essa alternativa também não for viável, recorre-se à nutrição parenteral como última opção terapêutica.

1.3. A assistência domiciliar em saúde representa uma estratégia eficaz para acelerar o processo de desospitalização, reduzindo complicações associadas à hospitalização prolongada, como infecções nosocomiais, e promovendo maior autonomia ao paciente na condução de sua terapêutica nutricional. O atendimento nutricional domiciliar, quando bem estruturado, possibilita não apenas a continuidade do tratamento, mas também a otimização de recursos hospitalares, garantindo que leitos sejam disponibilizados para casos de maior complexidade. Além disso, a desospitalização pode contribuir para o bem-estar psicossocial do paciente, proporcionando um ambiente mais favorável à sua recuperação.

1.4. Nem sempre a alta hospitalar ocorre com a completa recuperação do estado nutricional ou com a plena restauração da capacidade de ingestão e absorção dos nutrientes. A transição do cuidado hospitalar para o ambiente domiciliar ou ambulatorial deve ser realizada com base na estabilidade clínica do paciente, garantindo que ele receba o suporte necessário para evitar recaídas e possíveis complicações. Nesses casos, o acompanhamento nutricional contínuo se torna essencial para a manutenção do estado nutricional e para a reabilitação progressiva do paciente.

1.5. A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é uma modalidade terapêutica fundamental para pacientes que apresentam restrições na ingestão oral ou comprometimento da função digestiva. O suporte nutricional via enteral é realizado através de dispositivos específicos, como sondas nasoenterais, orogástricas ou ostomias (gastrostomia e jejunostomia), permitindo a administração de nutrientes de forma segura e eficaz. Além de prevenir e tratar quadros de desnutrição associados a diferentes patologias, a nutrição enteral desempenha um papel importante na preservação da integridade metabólica e imunológica do paciente, reduzindo complicações clínicas e otimizando a resposta ao tratamento médico.

**2. OBJETIVO**

2.1. Estabelecer normas e critérios operacionais para o cadastro e manutenção de pacientes no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED) para o recebimento de fórmulas para fins especiais em regime de uso domiciliar, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), no âmbito do Estado de Rondônia.

**3. DEFINIÇÕES**

3.1. Para efeito deste regulamento técnico são adotadas as seguintes definições:

3.1.1. Atenção Domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio.

3.1.2. Assistência Domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio.

3.1.3. Classificação Internacional de Doenças (CID): sistema criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificar doenças.

3.1.4. Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e responsável por seguir as orientações da equipe de saúde referentes à dieta, higiene, mobilização do paciente, dentre outras estabelecidas no plano terapêutico do paciente. Atua também como canal de comunicação entre o paciente e a equipe multiprofissional de saúde.

3.1.5. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN): grupo formal e obrigatoriamente constituído por ao menos um profissional de cada categoria, a saber: nutricionista, médico, farmacêutico e enfermeiro, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias, habilitados e com treinamento específico para a prática da terapia nutricional.

3.1.6. Fórmula para fins Especiais (FE): é todo produto industrializado, especialmente formulado ou processado, com modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas, que atendam às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas, podendo ser completo ou constituído de nutrientes isolados (módulos), utilizado exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais.

3.1.7. Índice de Massa Corporal (IMC): corresponde à razão entre o peso em quilogramas e a altura em metros quadrados.

3.1.8. Mini Avaliação Nutricional (MAN): instrumento para avaliação nutricional subjetiva de idosos.

3.1.9. Prescrição dietética da Terapia Nutricional Enteral (TNE): determinação da composição de nutrientes da TNE, mais adequada às necessidades específicas do paciente, conforme diagnósticos clínico e nutricional. Deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando sua avaliação nutricional, suas necessidades nutricionais e condições do trato digestório.

3.1.10. Prescrição médica da TNE: determinação da via de alimentação, via de acesso, do diagnóstico clínico e do prognóstico terapêutico envolvidos na prática da TNE.

3.1.11. Equipe Multi: conjunto de profissionais, incluindo médicos e nutricionistas, que fazem parte da rede do PTNED, cadastrados pela Gerência Estadual de Nutrição Enteral (GENE/RO), para atendimento aos pacientes.

3.1.12. Segurança Alimentar e Nutricional: realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis;

3.1.13. Sonda oroorenteral: é um dispositivo inserido pela boca para administrar nutrição, líquidos ou medicamentos diretamente no estômago ou intestino, sendo usada em pacientes que não podem se alimentar por via oral.

3.1.14. Sonda nasoenteral: é um dispositivo inserido pelo nariz para a administração de nutrição, líquidos ou medicamentos diretamente no estômago ou intestino delgado, indicada para pacientes com dificuldade de alimentação oral.

3.1.15. Ostomia: é um procedimento cirúrgico que cria uma abertura no corpo para a eliminação de excreções ou administração de nutrição. No contexto da nutrição enteral, pode envolver uma gastrostomia (acesso ao estômago) ou uma jejunostomia (acesso ao intestino delgado) para a alimentação de pacientes que não podem se alimentar por via oral.

3.1.16. Terapia Nutricional Enteral (TNE) consiste em um conjunto de procedimentos terapêuticos voltados para a manutenção ou recuperação do estado nutricional do indivíduo que, devido a condições clínicas, não pode se alimentar por via oral ou apresenta restrições ao uso do trato gastrointestinal. Para garantir a ingestão adequada de calorias e proteínas, a nutrição é administrada por meio de sondas oroorenterais, nasoenterais ou via ostomia (gastrostomia ou jejunostomia), com o objetivo de prevenir, tratar e revertar a desnutrição associada à doença de base.

3.1.17. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE, prestados no domicílio do paciente assistido por equipe multiprofissional de saúde;

3.1.18. TNED de Curto Prazo: terapia aplicada por período máximo de 6 meses;

3.1.19. TNED de Longo Prazo: terapia aplicada por período superior a 6 meses;

3.1.20. Termo de Consentimento Informed e Esclarecido: documento assinado pelo próprio paciente ou pelo cuidador/responsável, para assegurar que ambas as partes comprometidas pelo atendimento estão cientes de suas responsabilidades.

#### 4. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

##### 4.1. NA APLICAÇÃO DESTE REGULAMENTO, SÃO ADOTADAS AS SEGUINTE CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

4.1.1. Prescrição da TNE EXCLUSIVA;

4.1.2. O médico é responsável pela prescrição médica da TNE e Classificação Internacional da Doença (CID);

4.1.3. O nutricionista é responsável pela prescrição dietética da TNE;

4.1.3.1. A prescrição dietética deve ser elaborada conforme o Laudo Nutricional Padronizado, incluindo a avaliação nutricional completa do paciente (peso, altura, IMC e diagnóstico). Deve especificar a via de alimentação (oral, TNE + VO ou TNE exclusiva) e o tipo de acesso (SNE, SNG, gastrostomia ou jejunostomia), além de registrar a CID principal e a base de cálculo nutricional (kcal/kg peso, ptn/kg peso). A prescrição deverá incluir o Gasto Energético Total (GET), o Valor Energético Total (VET), as características das FE, bem como o volume diário mensal a ser administrado, sugerindo ao menos três opções de FE. Outrossim, caso seja prescrito módulos, os mesmos, devem ser apresentados a base de cálculos detalhados. Também deverá ser realizada a Mini Avaliação Nutricional (MAN), incluindo os dados clínicos do paciente, e a assinatura e o carimbo do nutricionista, com o número de inscrição no CRN-7, conforme **Anexo IV**.

##### 4.2. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10):

4.2.1. Os CID's contemplados neste protocolo referem-se à via de acesso de terapia nutricional enteral elencados na tabela abaixo:

**Tabela 1:** Classificação dos CID's-10 contemplados neste protocolo

Código	Descrição
Z93.1	Gastrostomia
Z93.2	Jejunostomia
Z93.4	Outros orifícios artificiais do trato gastrointestinal (Pacientes não gastrostomizados, porém com alimentação enteral via sonda oro/ nasogástrica ou nasoenterica)

#### 5. DIRETRIZES PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ENTERAIS

5.1. O fornecimento de FE no estado de Rondônia segue critérios rigorosos para garantir que os pacientes domiciliados recebam a nutrição adequada às suas necessidades clínicas. As FE são destinadas a indivíduos que necessitam de suporte nutricional por via enteral e que atendem aos critérios de inclusão estabelecidos para cada tipo de dieta.

5.2. O nutricionista deve prescrever a fórmula enteral mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, indicando o número do código, de acordo com o elenco de FE padronizadas pela SESAU.

5.3. A Tabela 2 a seguir apresenta as especificações e os critérios de elegibilidade para a dispensação de fórmulas pediátricas e fórmulas nutricionais destinadas a adolescentes e adultos, considerando a condição clínica, idade e a via de administração. Além disso, são destacadas observações importantes, como a necessidade de reavaliação periódica e a transição gradativa para fórmulas mais completas sempre que possível.

**Tabela 2 – Critérios de Elegibilidade para Fornecimento de Fórmulas Nutricionais Enterais**

Tipo de Fórmula	Código SES	Idade	Critérios de Inclusão	Observação
Fórmula pediátrica para nutrição enteral nutricionalmente completa, de partida.	259	0 a 6 meses	- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia). - Estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada.	-
Fórmula pediátrica para nutrição enteral nutricionalmente completa, de seguimento.	260	6 a 12 meses	- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia). - Estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada.	-
Fórmula pediátrica para nutrição enteral nutricionalmente completa, polimérica, hipercalórica, isenta de sacarose, lactose e glúten.	262	0 a 1 ano	- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia). - Estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada. - Necessidade de maior aporte calórico sem aumento do volume administrado.	-
Fórmula pediátrica para nutrição enteral nutricionalmente completa, polimérica, normocalórica e normoproteica, isenta de sacarose, lactose e glúten.	273	1 a 10 anos	- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoenterica, gastrostomia ou jejunostomia). - Estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada. - Estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada.	-

<b>Tipo de Fórmula</b>	<b>Código SES</b>	<b>Idade</b>	<b>Crítérios de Inclusão</b>	<b>Observação</b>
Fórmula pediátrica para nutrição enteral nutricionalmente completa, hipercalórica e polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten.	268	1 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia).</li> <li>- Estabilidade clínica com função do sistema digestório pouco alterada ou inalterada.</li> <li>- Necessidade de maior aporte calórico sem aumento do volume administrado.</li> </ul>	-
Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de proteína hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.	271	1 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Criança em déficit nutricional e/ou com sintomas digestivos/absortivos que persistem após uso de fórmula polimérica por 2 semanas, evidenciado pela persistência de vômitos, diarreia e distensão abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É obrigatória a evolução gradativa da prescrição para uma fórmula polimérica, com prazo de até 02 (dois) meses.</li> <li>- Laudo nutricional deve ser renovado mensalmente.</li> </ul>
Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose, para crianças de segunda e terceira infância.	258	3 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Criança em déficit nutricional e/ou sintomas digestivos/absortivos que persistem após uso de fórmula oligomérica hidrolisada por 2 semanas, evidenciado pela persistência de vômitos, diarreia e distensão abdominal.</li> <li>- Criança com alergia a proteína do leite de vaca e/ou soja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É obrigatória a evolução gradativa da prescrição para uma fórmula oligomérica hidrolisada e/ou polimérica, com prazo de até 02 (dois) meses.</li> <li>- Laudo nutricional deve ser renovado mensalmente.</li> </ul>
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, especializada para intolerância à glicose ou diabetes descompensada, hipercalórica, hiperproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten.	247	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Diagnóstico clínico de intolerância à glicose ou diabetes descompensada (Tipo 1 ou 2), com dificuldade no controle glicêmico evidenciada por exames laboratoriais, como glicemia em jejum ou hemoglobina glicada fora dos parâmetros recomendados.</li> <li>- Incapacidade de tolerar grandes volumes de dieta, evidenciada por distensão abdominal, refluxo, vômitos, saciedade precoce ou intolerância digestiva significativa ao volume necessário para atingir a demanda calórica.</li> </ul>	-
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, especializada para intolerância à glicose ou diabetes descompensada, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten.	248	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Diagnóstico clínico de intolerância à glicose ou diabetes descompensada (Tipo 1 ou 2), com dificuldade no controle glicêmico evidenciada por exames laboratoriais, como glicemia em jejum ou hemoglobina glicada fora dos parâmetros recomendados.</li> </ul>	-
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, oligomérica, hipercalórica, hiperprotéica, isenta de sacarose, lactose e glúten.	289	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Paciente com déficit nutricional e/ou sintomas digestivos/absortivos que persistem após uso de fórmula oligomérica hidrolisada por 2 semanas, evidenciado pela persistência de vômitos, diarreia e distensão abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É obrigatória a evolução gradativa da prescrição para uma fórmula polimérica, com prazo de até 02 (dois) meses.</li> <li>- Laudo nutricional deve ser renovado mensalmente.</li> </ul>
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, especializada para paciente renal em diálise, hipercalórica, normoproteica, isenta de lactose (sem lactose adicionada) e glúten.	251	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Diagnóstico clínico de insuficiência renal em diálise, com necessidade de suporte nutricional especializado, evidenciada por exames laboratoriais como ureia e creatinina elevados e histórico de tratamento dialítico.</li> </ul>	-
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, hipercalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de caseinato.	252	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Necessidade de maior aporte calórico sem aumento do volume administrado.</li> </ul>	-
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.	255	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Necessidade de fórmula isenta de proteína do leite de vaca.</li> </ul>	-
Fórmula para nutrição enteral nutricionalmente completa, hipercalórica, normoproteica, polimérica, isenta de sacarose, lactose e glúten, fonte de proteína a base de soja.	291	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de nutrição enteral por sonda de longa permanência.</li> <li>- Necessidade de maior aporte calórico sem aumento do volume administrado.</li> <li>- Necessidade de fórmula isenta de proteína do leite de vaca.</li> </ul>	-
Módulo de Maltodextrina	277	> 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso exclusivo para pacientes em nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia); Necessidade de suplementação energética sem aumento significativo do volume da dieta enteral;</li> <li>- Pacientes com aumento das necessidades energéticas (desnutrição, caquexia, câncer, queimaduras extensas, sepse, estados hiper metabólicos);</li> <li>- Pacientes com dificuldade de ingestão energética adequada;</li> <li>- Pacientes em uso de fórmulas industrializadas com necessidade de ajuste nutricional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prescrição deve ser individualizada conforme as necessidades do paciente.;</li> <li>- Adição gradativa para evitar desconfortos gastrointestinais;</li> <li>- Monitoramento glicêmico recomendado para pacientes com risco de descontrole metabólico;</li> <li>- Registro obrigatório da inclusão no laudo nutricional.</li> </ul>

Tipo de Fórmula	Código SES	Idade	Critérios de Inclusão	Observação
Módulo de Proteína	240	Pacientes maiores de 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso exclusivo para pacientes em nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia);</li> <li>- Indicado para suplementação proteica em pacientes cuja dieta enteral padrão não atende à necessidade proteica;</li> <li>- Pacientes em estado hiper catabólico em nutrição enteral, como queimaduras extensas, sepse, trauma, cirurgias extensas ou desnutrição grave;</li> <li>- Necessidade de ajuste do aporte proteico em dietas enterais para melhora da cicatrização de lesões, como úlceras por pressão, fistulas ou pós-operatório;</li> <li>- Pacientes que necessitam de modificação da proporção de macronutrientes em sua dieta enteral devido a condições metabólicas específicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prescrição deve ser baseada na avaliação nutricional individualizada e na necessidade proteica diária.</li> <li>- Introdução gradativa para melhor adaptação digestiva e metabólica.</li> <li>- Monitoramento rigoroso da função renal, especialmente em pacientes com insuficiência renal crônica.</li> <li>- Registro obrigatório da inclusão no laudo do paciente.</li> </ul>
Módulo de Espessante	256	Pacientes maiores de 36 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso exclusivo para pacientes em nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia);</li> <li>- Pacientes em desmame / transição da via alternativa de alimentação e com disfagia para líquidos, não podendo ser associado a qualquer suplemento oral ou outro módulo;</li> <li>- Necessário o detalhamento da quantidade total de líquido que será espessado, bem como a consistência desejada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
Módulo de Fibra	276	Acima de 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso exclusivo para pacientes em nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia);</li> <li>- Indicado para suplementação de fibras em pacientes cuja dieta enteral padrão não atende às necessidades;</li> <li>- Indicado para regularização do trânsito gastrointestinal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prescrição deve ser baseada na avaliação nutricional individualizada e na necessidade diária;</li> <li>- Registro obrigatório da inclusão no laudo do paciente.</li> </ul>
Frasco Equipo	71 72	Todas idades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso exclusivo para pacientes em nutrição enteral por sonda de longa permanência (nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Será dispensado 30 unidades de ambos por mês.</li> </ul>

## 6. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR

- 6.1. A terapia nutricional enteral deve trazer melhorias para a qualidade de vida dos pacientes e atender a objetivos de curto e longo prazos:
- 6.1.1. Entende-se como objetivo de curto prazo a interrupção ou redução da progressão das doenças, a transição para a nutrição por via oral, se o caso assim permitir, e a melhora do estado nutricional;
- 6.1.2. Entende-se por objetivo de longo prazo a manutenção do estado nutricional normal, a reabilitação do paciente em termos de recuperação física e social de acordo com a tolerância do paciente.
- 6.2. O nutricionista deve prescrever a FE mais adequada ao caso do paciente em regime de atendimento domiciliar, indicando o número do código, de acordo com o elenco de fórmulas padronizadas pela SESAU/RO constantes no item 5.3 deste regulamento;
- 6.3. A Gerência Estadual de Nutrição Enteral do Estado de Rondônia – GENE/SESAU/RO, poderá alterar (substituir, incluir ou excluir) os itens previsto neste regulamento, conforme demanda da rede;
- 6.4. É recomendado que os serviços de saúde que prescrevem a TNED tenham protocolos de avaliação do estado nutricional, de indicação da TNED, de acompanhamento e avaliação da eficácia da TNED e de orientação nutricional para alta hospitalar em TNED;
- 6.5. No momento da prescrição da TNED pelo nutricionista responsável, é imprescindível que a família e/ou o cuidador do paciente recebam orientação e treinamento adequados quanto aos procedimentos de armazenamento, preparo, administração, horários e técnicas de infusão da FE;

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

7.1. Para fins de validação de prescrições médicas e dietéticas relacionadas à Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (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 VI**. Ademais, os profissionais responsáveis pelo atendimento dos pacientes vinculados ao Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED) deverão assinar, carimbar e datar obrigatoriamente os respectivos laudos técnicos emitidos.

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

- 7.1.1.1. Estar disponível para eventuais contatos da GENE;
- 7.1.1.2. Participar de reuniões periódicas e científicas com a GENE, sempre que convocado;
- 7.1.1.3. Manter os itens cadastrais atualizados junto à GENE;
- 7.1.1.4. Fornecer informações idôneas a respeito dos pacientes atendidos, sob pena de restituir aos cofres públicos os custos do tratamento.

## 8. CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS DE ADMISSÃO

- 8.1. Os critérios administrativos de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas para fins especiais para atendimento domiciliar são:
- 8.1.1. Ser domiciliado no Estado de Rondônia;
- 8.1.2. Apresentar consentimento formal, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (**Anexo III**);
- 8.1.3. Ter sido atendido ou internado previamente, devido à doença de base, em Unidades de Saúde da Rede Estadual e Municipal de Rondônia, além dos conveniados, garantindo a regulação, o acompanhamento e o monitoramento do caso;
- 8.1.4. Nos casos de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), os pacientes poderão apresentar laudos da unidade de saúde onde estiverem sendo assistidos, devendo, ainda, seguir o fluxo estabelecido para o acompanhamento pós alta hospitalar;
- 8.1.5. Serão admitidos pacientes em tratamento especializado com residência provisória comprovada em Rondônia, mediante laudos da unidade de saúde assistente, desde que sigam o fluxo de acompanhamento pós alta e não estejam hospitalizados em nenhuma modalidade;
- 8.1.6. É necessária a indicação formal da TNE por profissional habilitado, conforme formulários específicos estabelecido pela SESAU-RO (**Anexo IV e V**);
- 8.1.7. Todos os pacientes pediátricos que necessitem de acompanhamento médico contínuo para indicação de nutrição enteral ou monitoramento de sua condição clínica devem ser acompanhados por médico habilitado, podendo ser um profissional da Estratégia Saúde da Família ou de Medicina de Família e Comunidade, pediatra, gastroenterologista infantil, alergologista infantil, nutrólogo pediatra ou neonatologista, presencialmente ou por meio de telemedicina. O médico deve se responsabilizar

pela indicação registrada no formulário específico da SESAU-RO (**Anexo V**), considerando o histórico de atendimento ou internação prévia devido à doença de base e garantindo o acompanhamento e monitoramento do caso, conforme previsto nos itens 4.1.2 e 14.7.

- 8.1.8. Apresentar estabilidade clínica;
- 8.1.9. Possuir condições domiciliares e sanitárias adequadas para o preparo, administração e armazenamento da FE;
- 8.1.10. Possuir cuidador com condições sociais e culturais satisfatórias para o correto esclarecimento sobre as práticas da TNED e que seja capaz de preparar, administrar e armazenar adequadamente as fórmulas para fins especiais;
- 8.1.11. É de responsabilidade do assistente social a avaliação do candidato a TNED no que tange ao descriptivo no item 14.8, anteriormente citados, conforme formulários padronizados;
- 8.1.12. Atender aos critérios de elegibilidade estabelecidos no item 4 e 5, deste regulamento.

## **9. CADASTRAMENTO DO PACIENTE**

- 9.1. Os documentos necessários para o cadastramento são:
  - 9.1.1. 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 V**), com data inferior a 30 dias;
  - 9.1.2. Laudo Nutricional: elaborado em formulário específico por profissional nutricionista devidamente cadastrado na GENE, com registro ativo no Conselho Regional de Nutrição – CRN7 (**ANEXO IV**), com data inferior a 30 dias;
  - 9.1.3. 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 VI**), com data inferior a 30 dias;
  - 9.1.4. 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 possuem carteira de identidade, deve-se anexar a cópia da certidão de nascimento;
  - 9.1.4.1. Cópia do documento de identidade e do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal, inclusive nos casos em que o paciente não possua capacidade civil plena, conforme disposto no Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) e no Código Civil (arts. 3º e 4º), devendo ser apresentada documentação comprobatória da representação legal quando aplicável;
  - 9.1.5. 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;
  - 9.1.5.1. Caso o comprovante não esteja no nome do paciente, dos pais, dos responsáveis legais ou do cônjuge, além do comprovante de residência, anexar declaração do proprietário, independente do grau de parentesco com o paciente, informando em que condições o paciente reside no imóvel alugado, emprestado e etc, autenticado no cartório (**ANEXO VII**);
  - 9.1.6. Termo de Consentimento Informado e Esclarecido (**Anexo III**);
  - 9.1.7. Caso o requerente não seja o próprio paciente ou parente próximo, anexar declaração informando qual a relação entre o requerente e o paciente (**ANEXO IX**);
  - 9.1.8. 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 X**);
  - 9.1.8.1. A dispensação da FE está condicionada a apresentação de documento comprobatório da alta hospitalar;
  - 9.1.9. O responsável “CUIDADOR” deverá ser maior de 18 (dezoito) anos e menor de 60 (sessenta) anos, deverá ser treinado ainda no processo de Alta Hospitalar, devendo ser juntada a comprovação Oficial por meio de declaração emitida pela Unidade Hospitalar contendo assinatura do Enfermeiro e do Nutricionista;
  - 9.1.10. Somente o cuidador oficialmente designado poderá fazer retirada da dieta enteral industrializada mediante apresentação de documento original com foto e cópia, caso a família julgue pertinente fará constar na declaração supracitada um cuidador suplente, o qual deverá seguir todos os critérios do programa;
  - 9.1.11. 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;
  - 9.1.12. A manutenção do cadastro está vinculada a renovação do Laudo Médico e Laudo Nutricional atualizado.

## **10. GOVERNANÇA DO PROCESSO DE FORNECIMENTO: DA PROGRAMAÇÃO À ENTREGA AOS MUNICÍPIOS**

- 10.1. 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);
- 10.2. A realização do processo licitatório para a aquisição das FE é competência da Gerência de Compras da SESAU/RO;
- 10.3. 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;
- 10.4. A manutenção dos laudos médicos e nutricionais dos pacientes atendidos é de responsabilidade dos municípios;
- 10.5. O laudo nutricional deverá ser atualizado até 4 (quatro) meses, enquanto o laudo médico deverá ser atualizado até 6 (seis) meses;
- 10.6. A análise técnica realizada pela GENE terá o prazo de até 10 (dez) dias úteis. Caso haja necessidade de correção nos cadastros, o prazo para ajustes será de 30 (trinta) dias;
- 10.7. A dispensação das fórmulas será realizada mensalmente, conforme o cronograma de viagens estabelecido;
- 10.8. Os municípios deverão retirar as fórmulas na Gerência Regional de Saúde, de sua abrangência, conforme no prazo de até 10 (dez) dias corridos contados a partir do comunicado enviado pela GRS;
- 10.9. O município deverá designar profissional habilitado (nutricionista, farmacêutico, enfermeiro ou almoxarife) para, no ato da retirada dos insumos em veículo oficial devidamente identificado, realizar a conferência e formalizar o recebimento mediante assinatura com nome completo e carimbo do município na guia de cada paciente;
- 10.10. O prazo médio para o processo de dispensação será de até 45 (quarenta e cinco) dias, salvo exceções para cadastros indeferidos, dependendo da resolução dos municípios;
- 10.11. Os pacientes e/ou responsáveis deverão providenciar a resolução dos apontamentos das análises técnicas nos laudos de profissionais particulares.

## **11. ANÁLISE TÉCNICA DAS SOLICITAÇÕES - CRITÉRIOS PARA INDEFERIMENTO**

- 11.1. As solicitações encaminhadas ao Programa de Terapia Nutricional Enteral 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.
- 11.2. 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:
  - 11.3. Descumprimento dos itens 8 e 9 deste regulamento, que estabelecem critérios técnicos indispensáveis para a análise e aprovação da solicitação;
  - 11.4. Nome do paciente divergente entre os documentos, dificultando a correta identificação do indivíduo e o acompanhamento das informações;
  - 11.4.1. Ausência do CID conforme previsto no item 4.2 deste regulamento;
  - 11.4.2. Ausência de assinatura, data e carimbo do profissional responsável (médico e/ou nutricionista), comprometendo a validade documental e a rastreabilidade das informações;
  - 11.4.3. 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;

11.4.4. Laudo médico não assinado por profissional habilitado, incluindo médico da Estratégia Saúde da Família, médico de Medicina de Família e Comunidade, pediatra, gastroenterologista infantil, alergologista infantil, nutrólogo pediatra ou neonatologista, presencialmente ou por meio de telessaúde, em casos pediátricos, contrariando as diretrizes de atenção especializada à saúde da criança e comprometendo a confiabilidade do diagnóstico e do tratamento proposto.

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

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

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

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

11.4.9. Prescrição de fórmulas nutricionais sem a apresentação de, no mínimo, duas opções de produtos, exceto quando houver justificativa técnica devidamente fundamentada e anexada;

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

## 12. DISPENSAÇÃO

12.1. O fornecimento de fórmulas enterais para pacientes em terapia nutricional domiciliar no Estado de Rondônia segue um fluxo padronizado, que se inicia ainda durante a internação hospitalar e se estende até o acompanhamento na atenção primária. Este processo foi estabelecido para garantir a continuidade do cuidado nutricional especializado, com responsabilidades bem definidas entre os diferentes níveis de atenção à saúde, conforme demonstrado a seguir:

### 12.2. CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA A DISPENSAÇÃO DAS FÓRMULAS ESPECIAIS

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

12.2.2. A retirada só poderá ser feita pelos responsáveis legais e/ou o paciente (caso seja maior de 18 anos);

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

12.2.4. No ato da retirada, será obrigatória a apresentação de documento oficial com foto do responsável e entrega de sua cópia;

12.2.5. As FE 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.

### 12.3. PRIMEIRA DISPENSAÇÃO

#### 12.3.1. Preparação durante a Internação

12.3.1.1. A equipe multiprofissional das unidades hospitalares previstas no item 8.1.3, 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 X**)

#### 12.3.2. Envio da documentação

12.3.2.1. 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.

12.3.2.2. 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.

#### 12.3.3. Processamento documental pela GENE

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

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

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

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

12.3.4.1. Após a autorização, o município de residência do paciente será notificado para realizar a retirada da FE na sede da GENE;

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

12.3.4.3. A retirada dos insumos deverá ser feita exclusivamente pelo paciente maior de 18 anos, pelo responsável legal ou por avós cujo nome conste na Certidão de Nascimento;

12.3.4.4. 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;

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

12.3.4.6. 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;

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

#### 12.4. Retirada e entrega da fórmula - Município de Porto Velho

12.4.1. 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;

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

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

#### 12.5. Continuidade do Cuidado Pós-Alta

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

12.5.2. Realizar a avaliação inicial e verificação da documentação encaminhada pelo hospital;

12.5.3. Serão realizadas nova avaliação médica e nutricional, e, se necessário, encaminhado ao atendimento especializado.

#### 12.5.4. Renovação e nova dispensação

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

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

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

12.5.4.4. 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;

#### 12.5.5. **Retirada e entrega dos Insumos**

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

12.5.5.2. A retirada dos insumos deverá ser feita exclusivamente pelo paciente, 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;

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

12.5.5.4. 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.

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

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

12.5.5.7. **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.**

### 13. **DO ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS PARA FINS ESPECIAIS PARA CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO**

13.1. Pacientes residentes na Regional de Porto Velho devem protocolar toda a documentação através do telefone (69) 98482-1442, da Coordenadoria Estadual de Nutrição Enteral, localizada na Rua Santa Efigênia, 4348 - Industrial, Porto Velho - RO, no horário das 07:30h às 13:30h.

13.2. Para os pacientes residentes nos municípios do interior do estado, deverá encaminhar as documentação para atualização do cadastro para a farmácia municipal, sendo de responsabilidade do município o posterior envio da referida documentação, via e-mail institucional, à Gerência Regional de Saúde (GRS) correspondente à sua área de abrangência.

### 14. **MONITORAMENTO**

14.1. O paciente em TNED deverá ser acompanhado periodicamente pelos médicos e nutricionistas prescritores dos municípios do estado de Rondônia para a avaliação da tolerância à FE e das alterações clínicas e antropométricas, a fim de se controlar a eficácia do tratamento, os efeitos adversos e a necessidade de alteração ou manutenção da prescrição.

14.2. Para o uso de fórmulas oligoméricas, é obrigatória a transição gradual para uma fórmula polimérica, assim que houver remissão dos sintomas, com prazo máximo de até 02 meses. Nesse contexto, será necessário a renovação do laudo nutricional mensalmente.

14.3. O intervalo entre as reavaliações nutricionais deve ser de:

14.3.1. Até 04 (quatro) meses para todas as idades, com justificativa para manutenção da terapia nutricional por via artificial, da impossibilidade de retorno a via oral;

14.4. O intervalo entre as reavaliações médicas deve ser de:

14.4.1. Até 06 (seis) meses para todas as idades, com justificativa para manutenção da terapia nutricional por via artificial, da impossibilidade de retorno a via oral;

14.4.2. Caso haja mudança da via de administração da fórmula, o Laudo Médico deverá ser atualizado, independente da data da ultima;

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

#### 14.6. **Ao Nutricionista**

14.6.1. Cabe ao nutricionista elaborar laudo nutricional, seguindo o item 4.1.3 deste regulamento e as normas técnicas vigentes, conforme o formulário padrão (**Anexo IV**);

14.6.2. Avaliação Nutricional: Realizar anamnese alimentar, exames clínicos, antropométricos e bioquímicos para identificar riscos ou presença de desnutrição;

14.6.3. Prescrição e Planejamento Nutricional: Definir a dieta enteral de forma individualizada, considerando necessidades calóricas, proteicas, distribuição de nutrientes e via de alimentação e acesso;

14.6.4. Monitoramento e Ajustes Terapêuticos: Acompanhar a evolução do paciente, identificar sinais de intolerância ou complicações e ajustar a prescrição conforme necessário;

14.6.5. 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;

14.6.6. Atuação multidisciplinar e orientação sobre terapia nutricional enteral a pacientes e cuidadores treinados por equipe hospitalar especializada.

#### 14.7. **Ao Médico:**

14.7.1. Cabe ao médico elaborar o laudo, seguindo o item 4.1.2 deste regulamento e as normas técnicas vigentes, conforme o formulário padrão (**Anexo V**);

14.7.2. 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;

14.7.3. Planejamento e Composição da Terapia Nutricional: A prescrição deve ser individualizada, levando em conta o estado nutricional, comorbidades e necessidades energéticas. O médico escolhe fórmulas padrão ou especializadas conforme a condição clínica do paciente;

14.7.4. 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 como glicemia e eletrólitos;

14.7.5. 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.

#### 14.8. **Ao Assistente Social:**

14.8.1. 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;

14.8.2. Atuar com enfoque no cuidado integral em saúde, visando à promoção e à recuperação do bem-estar do indivíduo, incluindo:

14.8.2.1. 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;

14.8.2.2. Contribuir para a elevação da qualidade de vida dos usuários atendidos;

14.8.2.3. Oferecer suporte à família e aos cuidadores diante dos desafios relacionados à nova rotina de cuidados e à alimentação enteral;

14.8.2.4. Contribuir com o fortalecimento e manutenção dos vínculos sociais e familiares;

14.8.2.5. Viabilizar o acesso a direitos sociais, serviços públicos e benefícios que promovam a cidadania da pessoa assistida e de sua família;

14.8.3. 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;

14.8.4. Fornecer orientações ao paciente, familiares e cuidadores, com o objetivo de incentivar a manutenção dos vínculos sociais e respeitar as particularidades de cada indivíduo;

14.8.5. 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;

14.8.6. Reavaliar o contexto social do paciente sempre que identificar necessidade, considerando mudanças nas condições familiares, sociais ou de saúde;

14.8.7. 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);

14.8.8. 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.

## 15. ALTA CLÍNICA DO PROGRAMA

- 15.1. Antes da interrupção da TNED, o paciente deve ser avaliado pela equipe que o acompanha nos seguintes aspectos:
- 15.1.1. Capacidade de atender mais de 60% de suas necessidades nutricionais por alimentação via oral;
  - 15.1.2. Ausência de complicações que ponham o paciente em risco nutricional ou de vida;
  - 15.1.3. Reabilitação da via oral, para pacientes sondados ou ostomizados;
  - 15.1.4. Alcance dos objetivos inicialmente propostos para a TNED.

## 16. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- 16.1. São considerados critérios de exclusão do fornecimento de FE para TNED, os abaixo relacionados:
- 16.1.1. Falsidade das informações prestadas;
  - 16.1.2. Não assinatura do Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;
  - 16.1.3. Ausência de cuidador identificado, quando necessário;
  - 16.1.4. Ausência de qualquer um dos documentos necessários descritos no item 9, deste regulamento;
  - 16.1.5. Mudança de domicílio para fora do RONDÔNIA;
  - 16.1.6. Ausência de encaminhamento dos laudos médico e nutricional de reavaliação ou laudos incompletos;
  - 16.1.7. Alcance dos objetivos de curto e longo prazos, com consequente alta do tratamento;
  - 16.1.8. Não comparecimento para retirada das FE 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;
  - 16.1.9. Prescrições ilegíveis, e/ou ausência de assinatura e/ou ausência de data e/ou ausência de logo.
  - 16.1.10. Pacientes hospitalizados;
  - 16.1.11. Retorno da capacidade de alimentação por via oral plena;
  - 16.1.12. Óbito.

## 17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 17.1. 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;
- 17.1.1. Caso seja(m) identificada(s) irregularidade(s) relativas aos critérios administrativos de elegibilidade definidos no item 8.1, ou seja(m) identificado(s) critério(s) de exclusão (item 16.1.), a GENE poderá não efetivar o cadastro e/ou descredenciar o paciente do PTNED;
- 17.1.2. O nutricionista da GENE e/ou GRS poderão realizar auditorias aos pacientes cadastrados no PTNED e recolher produtos excessivos acumulados desnecessariamente no domicílio do paciente, bem como realizar orientações que considerar pertinente;
- 17.1.3. 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;
- 17.1.4. Os prescritores deve informar à GENE o motivo da alta ou exclusão do paciente;
- 17.1.5. 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.

## 18. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 18.1. ANDERSON, L. E. et al. *Dieta na doença gastrointestinal*. 17. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. cap. 26, p. 393-412.
- 18.2. ARENDS, J. et al. *ESPEN. Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical Oncology. Clinical Nutrition*, London, n. 25, p. 245-259, 2006. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.
- 18.3. BAHU, M. G. S.; GUEDES, A. L. Má absorção intestinal: Exploração diagnóstica. In: FERREIRA, C. T.; CARVALHO, E.; SILVA, L. R. *Gastroenterologia e Hepatologia em Pediatria – Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Medsi, 2003. cap. 7, p. 133-143.
- 18.4. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 478, de 6 de setembro de 2017. Aprova o Regulamento Técnico para Fornecimento de Fórmulas Enterais, Lácteas e Não-Lácteas para Pacientes em Atendimento Domiciliar, no âmbito do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília, DF, 6 set. 2017. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/norma/9a5d81e57a5b4c4b876262f08dfef5fed/portaria\\_478\\_06\\_09\\_2017.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/norma/9a5d81e57a5b4c4b876262f08dfef5fed/portaria_478_06_09_2017.html). Acesso em: 6 jan. 2025.
- 18.5. CARLSON, T. H. Dados laboratoriais na avaliação nutricional. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 18, p. 419-436.
- 18.6. DANTAS FILHO, S.; MUNIZ, V. Desnutrição Infantil. In: WELFORT, V. R.; LAMOUNIER, J. A. *Nutrição em Pediatria: da Neonatologia à Adolescência*. São Paulo: Manole, 2009. cap. 6.1, p. 287-319.
- 18.7. ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Portaria nº 098-R, de 13 de maio de 2021. Atualiza os protocolos para fornecimento de fórmulas nutricionais enterais e para alergia à proteína do leite de vaca. *Diário Oficial do Estado do Espírito Santo*, Vitória, ES, 13 maio 2021. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/estado-atualiza-protocolos-para-fornecimento-de-formulas-nutricionais-enterais-e-para-alergia-a-proteina-do-leite-de-vaca>. Acesso em: 6 jan. 2025.
- 18.8. MATTOS, A. P. et al. Características e Indicações das Fórmulas Infantis. In: *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. São Paulo: Manole, 2006. cap. 10, p. 1576-1581.
- 18.9. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (Reino Unido). *Nutrition Support in Adults: Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition*. 32. ed. London: NICE, 2006. 54 p.
- 18.10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde*. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1977.
- 18.11. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Amamentação*. 2003. Disponível em: 2009.
- 18.12. SARVI, R. S.; MUNEKATA, R. V. Terapia Nutricional na Desnutrição Energética Proteica Grave.
- 18.13. SARVI, R. S.; MUNEKATA, R. V. Terapia Nutricional da Desnutrição Energética Proteica Grave. In: LOPEZ, F. A. et al. *Fundamentos da Terapia Nutricional em Pediatria*. São Paulo: Sarvier, 2002. cap. 8, p. 115-132.
- 18.14. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Solicitação de medicamento ou nutrição enteral por paciente. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-enteral-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada>. Acesso em: 6 jan. 2025.
- 18.15. SOCIEDAD ESPANÔLA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (Espanha). *Protocolos para Prescripción de Nutrição Parenteral e Enteral*. Madrid, 1998.

- 18.16. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.** *Manual de Suporte Nutricional*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020.
- 18.17. **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, Departamento de Nutrição.** *Manual de Orientação para a Alimentação do Lactente, do Pré-Escolar, e do Escolar*. 2. ed. São Paulo: SBP, 2008. p. 18, 24, 37.
- 18.18. **STEDMAN, T.** *Dicionário Médico*. 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 168.
- 18.19. **STRATTON, R. J.; GREEN, C. J.; ELIA, M.** *Disease-related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment*. Cambridge: Cab International, 2003. 289 p.
- 18.20. **TRAHMS, C. M.** Nutrição durante a lactância. In: **MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.** *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005. cap. 8, p. 202-221.
- 18.21. **VAN AANHOLT, D. P. J.** et al. Terapia Nutricional Domiciliar. In: **WAITZBERG, D. L.** *Nutrição oral, Enteral e Parenteral na prática clínica*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 1, cap. 68, p. 1109-1128.
- 18.22. **VOLKERT, D.** et al. *ESPEN. Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clinical Nutrition*, London, n. 25, p. 1330-1360, 2006. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.

## ANEXO II

### BASE DE CÁLCULOS NUTRICIONAIS

**Quadro 1: Ingestão de Energia Diária Recomendada no Adulto e Idoso (Kcal/Kg/dia)**

Grau de Estresse	Gasto Energético Total (GET) (Kcal/Kg/dia)
Sem estresse	22 a 25
Estresse leve	25 a 27
Estresse moderado	25 a 30
Estresse intenso	30 a 33
Queimado (<30%)	30 a 35
Obeso	20 a 22

Fonte: CHUMLEA, et al. 1985; CHUMLEA, et al. 1988.

**Quadro 2: Ingestão de Proteína Diária Recomendada no Adulto e Idoso (g/Kg/dia)**

Condição	Proteína (g/Kg/dia)
Sem estresse	0,8
Estresse leve	1,0 - 1,2
Estresse moderado	1,2 - 1,5
Estresse intenso	1,5 - 2,0

Fonte: CHUMLEA, et al. 1985; CHUMLEA, et al. 1988.

**Quadro 3: Necessidades de Energia de Crianças em Terapia Nutricional (TN)**

Equação	Cálculo
<b>Schofield (1985)</b>	
<b>Meninos</b>	
0-3 anos	$(0,167 \times P [Kg]) + (15,174 \times E [cm]) - 617,6$
3-10 anos	$(19,59 \times P [Kg]) + (1,303 \times E [cm]) + 414,9$
10-18 anos	$(16,25 \times P [Kg]) + (1,372 \times E [cm]) + 515,5$
<b>Meninas</b>	
0-3 anos	$(16,252 \times P [Kg]) + (10,232 \times E [cm]) - 413,5$
3-10 anos	$(16,969 \times P [Kg]) + (1,618 \times E [cm]) + 371,2$
10-18 anos	$(8,365 \times P [Kg]) + (4,65 \times E [cm]) + 200$
<b>FAO/WHO (1985)</b>	
<b>Meninos</b>	
0-3 anos	$(60,9 \times P [Kg]) - 54$

Equação	Cálculo
3-10 anos	$(22,7 \times P [Kg]) + 495$
10-18 anos	$(17,5 \times P [Kg]) + 651$
<b>Meninas</b>	
0-3 anos	$(61 \times P [Kg]) - 51$
3-10 anos	$(22,5 \times P [Kg]) + 499$
10-18 anos	$(12,2 \times P [Kg]) + 746$

**Quadro 4: Ingestão de Energia Diária Recomendada em Crianças até 10 Anos por Faixa Etária (Kcal/Kg/dia)**

Idade (anos)	Energia (Kcal/Kg/dia) - Meninos	Energia (Kcal/Kg/dia) - Meninas	Kcal Total/Dia - Meninos	Kcal Total/Dia - Meninas
1 - 2	83	80	948	865
2 - 3	84	81	1.129	1.047
3 - 4	80	77	1.252	1.156
4 - 5	77	74	1.360	1.241
5 - 6	75	72	1.467	1.330
7 - 8	71	67	1.700	1.550
8 - 9	69	64	1.825	1.700
9 - 10	67	61	1.975	1.850
10 - 11	65	58	2.150	2.000
11 - 12	62	55	2.350	2.150
12 - 13	60	52	2.550	2.275
13 - 14	58	49	2.775	2.375
14 - 15	56	47	3.000	2.450
15 - 16	53	45	3.175	2.500
16 - 17	52	44	3.325	2.500
17 - 18	50	44	3.400	2.500

Fonte: FAO/WHO/ONU 2004.

**Quadro 5: Ingestão de Proteína Diária Recomendada para Crianças e Adolescentes por Faixa Etária (g/Kg/dia)**

Idade (anos)	Ingestão de Proteína (g/Kg/dia)	Ingestão Total de Proteína por Dia (g/dia)
1 - 3	1,05	13
4 - 8	0,95	19
9 - 13	0,95	34
14 - 18 (meninos)	0,85	52
14 - 18 (meninas)	0,85	46

Fonte: FAO/WHO/ONU, 2004.

**Quadro 6 - Métodos para o Cálculo da Ingestão Energética Diária para Crianças e Adolescentes com Comprometimento Neurológico**

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

**ANEXO III**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO**

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA ADESÃO AO PROGRAMA DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR (PTNED)</b>	
<b>CADASTRO DO PACIENTE</b>	
<p><b>Eu,</b> _____ (Nome do Paciente), <b>residente em</b> _____ (Endereço do Paciente), <b>telefone</b> _____, <b>portador do RG nº</b> _____, <b>expedido em</b> ____/____/____ e <b>CPF nº</b> _____, <b>reconheço e aceito as normas e critérios</b> que definem a adesão ao Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED), conforme descrito a seguir.</p>	
<b>CADASTRO DO RESPONSÁVEL (QUANDO APLICÁVEL)</b>	
<p>Caso o paciente não tenha condições de responder legalmente, o responsável deverá preencher os dados abaixo.</p> <p><b>Nome do Responsável:</b> _____, residente em: _____, Telefone: _____, portador do RG nº _____, expedido em ____/____/____, CPF nº: _____, Grau de Parentesco com o Paciente: _____.</p>	
<b>DECLARAÇÕES</b>	
<p><b>Declaro que:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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.</li> <li>2. Possuo via de acesso enteral (sonda ou ostomia).</li> <li>3. Comprometo-me a comunicar alterações do estado de saúde, como reinternação hospitalar, óbito e mudança de domicílio.</li> <li>4. Disponho de infraestrutura domiciliar que possibilite a adequada prestação da assistência nutricional domiciliar.</li> <li>5. Sou capacitado ou possuo cuidador capacitado para corresponsabilizar pelos cuidados e cumprimento do plano terapêutico.</li> <li>6. 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.</li> <li>7. Estou ciente que o nutricionista da Gerência Regional de Saúde e Coordenadoria 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.</li> <li>8. O não envio de informações/documentos no prazo estipulado poderá implicar na interrupção do tratamento.</li> <li>9. 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.</li> <li>10. 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.</li> <li>11. Recebi orientação para elaboração e manejo de fórmulas nutricionais com alimentos (Fórmulas Artesanais), no caso de necessidade de utilização em algum momento do tratamento;</li> <li>12. 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, para a GRS de seu respectivo município;</li> <li>13. 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</li> </ol>	
<b>ASSINATURAS</b>	
<p>Local: _____ Data: ____/____/____</p> <p>Nome do Paciente: _____</p> <p>Cartão Nacional de Saúde: _____</p> <p>Assinatura do Paciente: _____</p> <p>Assinatura do Responsável (quando aplicável): _____</p>	
<b>Profissional Assistente Responsável (Médico ou Nutricionista)</b>	
<p>Nome do Profissional: _____</p> <p>CRM/CRN: _____ UF: _____</p> <p>Assinatura do Profissional Assistente: _____</p> <p>Carimbo do Profissional: _____</p>	

**ANEXO IV**  
**LAUDO NUTRICIONAL PADRÃO**

<b>( ) CADASTRO ( ) REAVALIAÇÃO - 1ª VEZ</b>				
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
<p>Nome do paciente: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Data Nascimento: /</td> <td style="width: 15%;">Idade: _____</td> <td style="width: 70%;">Telefone: _____</td> </tr> </table>		Data Nascimento: /	Idade: _____	Telefone: _____
Data Nascimento: /	Idade: _____	Telefone: _____		
<p>Nome completo da Mãe: _____</p> <p>Município de Residência: _____</p>				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Endereço: _____</td> <td>Houve mudança de domicílio? ( ) Sim ( ) Não</td> </tr> </table>		Endereço: _____	Houve mudança de domicílio? ( ) Sim ( ) Não	
Endereço: _____	Houve mudança de domicílio? ( ) Sim ( ) Não			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Diagnóstico clínico: _____</td> <td>CID: _____</td> </tr> </table>		Diagnóstico clínico: _____	CID: _____	
Diagnóstico clínico: _____	CID: _____			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nutricionista: _____</td> <td>Unid. de Atendimento: _____</td> </tr> </table>		Nutricionista: _____	Unid. de Atendimento: _____	
Nutricionista: _____	Unid. de Atendimento: _____			

Data da avaliação: //		Data da validade do relatório: / / (até 04 meses a partir da data de avaliação)		
<b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>				
() Completa () ASG () MAN-idosos () OMS-pediatria () Outra: História clínico nutricional				
Peso (kg):	Altura ou Estatura(m):			
IMC (kg/m <sup>2</sup> ):				
Pediatria (escore Z)	P/A:	A/I:	P/I: IMC/I:	
Diagnóstico nutricional:				
<b>PRESCRIÇÃO DIETÉTICA</b>				
Via de administração	<input type="checkbox"/> Orogástrica	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> JT
Duração do tratamento	<input type="checkbox"/> Curto: ≤ 6 meses		<input type="checkbox"/> Longo: > 6 meses	
Tipo de dieta	<input type="checkbox"/> Industrializada		Nº de horários:	
GET (kcal):	VET (kcal):		Obs.:	
Kcal/kg peso/dia:	g PTN/kg peso/dia:			
Alteração da prescrição:	<input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> vez <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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 =	
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIAS</b>				
Renda Familiar mensal bruta: R\$				
<b>Responsável legal pelo paciente</b>				
Nome:				
Parentesco:				
CPF:	RG:			
<b>Avaliação das condições domiciliares para manipulação da dieta enteral:</b>				
<input type="checkbox"/> Ambiente limpo e arejado	<input type="checkbox"/> Acesso à água potável	<input type="checkbox"/> Presença de materiais básicos de higiene	<input type="checkbox"/> Espaço para armazenamento adequado	<input type="checkbox"/> Cuidador treinado (se necessário)
Observações adicionais: _____				
<b>PREENCHER SE FOR REAVALIAÇÃO</b>				
Estado geral do paciente	<input type="checkbox"/> Melhorou <input type="checkbox"/> Manteve <input type="checkbox"/> Piorou			
Reinternação último quadrimestre	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; nº dias internados:			
Alterou via de acesso	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim; para qual via?			
Motivo alteração de via:				
<b>NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO</b>				
Nome do profissional solicitante:		Registro CRN:		CPF:
Unidade de Saúde:		Município:		Telefone Institucional:
Assinatura e carimbo:				
Data da solicitação: ____ / ____ / ____				
<b>POR GENTILEZA NÃO ESQUECER DE CARIMBAR E ASSINAR. LAUDO VÁLIDO POR 30 DIAS, APÓS DATA DA SUA ASSINATURA.</b>				

## ANEXO V

### LAUDO MÉDICO PADRÃO

CADASTRO - 1<sup>a</sup> VEZ

REAVALIAÇÃO

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:					
Peso (kg):	Altura ou Estatura(m):				
Exames complementares:					
DOENÇAS ASSOCIADAS					
Diabetes ( ) Sim ( ) Não HAS ( ) Sim ( ) Não					
Disfagia ( ) Sim ( ) Não					
Via de administração da Nutricional Exclusiva:	Terapia ( ) Orogástrica	( ) SNG/SNE	( ) GTT	( ) JT	
Paciente está hospitalizado em nenhuma modalidade (hospital dia ou internação domiciliar) ( ) Sim ( ) Não					
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Nome do profissional solicitante:		Registro CRM:		CPF:	
Unidade de Saúde:	Município:	Telefone:			
Assinatura e carimbo:					
Data da solicitação: ___ / ___ / ___					
<b>POR GENTILEZA NÃO ESQUECER DE CARIMBAR E ASSINAR</b>					
<b>LAUDO VÁLIDO POR 30 DIAS, APÓS DATA DA SUA ASSINATURA PARA CADASTRAMENTO NO PTNED</b>					

**ANEXO VI**  
**LAUDO SOCIAL**

**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					
<b>CONDIÇÕES SOCIAIS E DOMICILIARES</b>					
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 ( ) compadre / comadre ( ) padrinho / madrinha ( ) amigo ( ) vizinha /a ( ) colega de trabalho ( ) conhecido(a)					
( ) Outro:					
Compartilha cuidado com outro cuidador: ( ) Não ( ) Sim, cite o(s) nome(s):					
<b>HABITAÇÃO</b>					

( ) 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
<b>AVALIAÇÃO SOCIAL</b>	
Instrumentos utilizados: ( ) Entrevista ( ) Visita Domiciliar ( ) Outros: _____	
Paciente/cuidador esclarecido, treinado e orientado para os procedimentos:	( ) Sim ( ) Não
<b>PARECER À INCLUSÃO NO PTNED</b>	
( ) Favorável	( ) Desfavorável; informe estratégias e encaminhamentos realizados para possibilitar o acesso do usuário ao Programa:
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>	
Nome do profissional solicitante:	
Nº CRESS:	CPF:
Data da solicitação: ____ / ____ / ____	
<b>POR GENTILEZA NÃO ESQUECER DE CARIMBAR E ASSINAR LAUDO VÁLIDO POR 30 DIAS, APÓS DATA DA SUA ASSINATURA PARA CADASTRAMENTO NO PTNED</b>	

**ANEXO VII**  
**FORMULÁRIO DE CADASTRO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO**

Nome
E-mail:
Unidade de Atendimento:
Atendimento:
Telefone para contato:

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

**ANEXO VIII**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

<b>DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA</b>	
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; <input type="checkbox"/> imóvel alugado sem contrato formal; <input type="checkbox"/> 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 IX**  
**MODELO DE DECLARAÇÃO DE RELACIONAMENTO ENTRE O REQUERENTE E O PACIENTE**

**DECLARAÇÃO DE RELACIONAMENTO ENTRE O REQUERENTE E O PACIENTE**

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 [enderéço 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 [enderéço 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.].

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.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ciente das implicações legais de eventual falsidade.

[Localidade], \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente:

#### ANEXO X

#### MODELO DE TERMO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL PARA DESOSPITALIZAÇÃO

#### TERMO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA ENTERAL PARA DESOSPITALIZAÇÃO

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.

##### 1. Identificação do Paciente:

O paciente em questão é \_\_\_\_\_, portador do número de prontuário \_\_\_\_\_, e está sendo acompanhado com o diagnóstico médico de \_\_\_\_\_. O paciente nasceu em \_\_\_\_\_.

##### 2. Dados da Unidade Hospitalar:

O paciente encontra-se internado na unidade hospitalar \_\_\_\_\_, sob a responsabilidade do médico \_\_\_\_\_ CRMº \_\_\_\_\_, no setor \_\_\_\_\_, e sua data de internação foi em \_\_\_\_\_.

##### 3. Solicitação:

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.

##### 4. Documentação Comprobatória:

A dispensação da fórmula está condicionada à apresentação do documento previsto no regulamento da portaria, que será anexado ao processo. Certos de que a solicitação será atendida dentro do estabelecido, aguardamos o devido seguimento do processo. Atenciosamente.

[Localidade], \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

##### Médico responsável:

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

#### ANEXO XI

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

**I GRS - 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: [gsjpr.sesau.ro@gmail.com](mailto:gsjpr.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	Vale 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: [grscacoal@gmail.com](mailto:grscacoal@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](mailto:grsdevilhena@yahoo.com.br)

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA	
01	<b>Vilhena</b>
02	Chupinguaia
03	Colorado do Oeste
04	Cabixi
05	Cerejeiras
06	Pimenteiras do Oeste
07	Corumbiara
IV GRS - ARIQUEMES	
<b>Endereço:</b> Rua Júlio Guerra, nº 388 Bairro: Centro Cep- 76.900-034. <b>Fones:</b> (69) 3416-4853 e 3416-4854 <b>Celular Institucional:</b> (69) 98482-1482 e (69) 99210-1225 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:grsijpr.sesau.ro@gmail.com">grsijpr.sesau.ro@gmail.com</a>	
MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA	
01	<b>Ariquemes</b>
02	Cujubim
03	Rio Crespo
04	Alto Paráiso
05	Cacaulândia
06	Machadinho do Oeste
07	Monte Negro
08	Campo Novo de Rondônia
09	Buritis
V GRS - ROLIM DE MOURA	
<b>Endereço:</b> Av. 25 de Agosto, nº 5642 Bairro: Centro Cep- 76.940-000. <b>Fones:</b> (69) 3442-8245 3442-8246 e 3442-7084 <b>Celular:</b> (69) 984045029 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:vregionaldesaude@gmail.com">vregionaldesaude@gmail.com</a>	
MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA	
01	<b>Rolim de Moura</b>
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	
<b>Endereço:</b> Av. Farcquar, 2986, Palácio Rio Madeira, Edifício Rio Machado (reto IV) 1º andar. Bairro: Pedrinhas Cep- 76.801-000 <b>Fone:</b> (69) 3216-7395 <b>Celular:</b> (69) 99207-2504 <b>E-mail:</b> <a href="mailto:regionaldesaudephv@gmail.com">regionaldesaudephv@gmail.com</a>	
MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA	
01	<b>Porto Velho</b>
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 **0062263286** e o código CRC **E6721F6C**.