

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ILICÍNEA**  
**ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**CNPJ 18.239.608/0001-39**

*Praça Padre João Lourenço Leite, nº 53 centro Tel/Fax 35 3854 1329*

**Lei Municipal nº 2218\_, de 19 de Maio de 2021**

“DISPÕE SOBRE PROTOCOLOS PARA CADASTRO E DISPENSAÇÃO DA DIETA ENTERAL E DIETAS ESPECIAIS FORNECIDOS PELO MUNICÍPIO E SECRETARIAS RELACIONADAS DE ILICÍNEA-MG E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”.

O povo do município de Ilicínea, por seus representantes na Câmara Municipal, aprovou e o Prefeito Municipal, amparado no artigo 203, inciso I, da Constituição Federal de 1988, sanciona a seguinte lei:

**Art. 1º.** Fica o poder executivo municipal autorizado a criar o PROTOCOLO PARA CADASTRO E DISPENSAÇÃO DA DIETA ENTERAL E DIETAS ESPECIAIS”, destinadas às famílias de baixa renda.

**Art. 2º.** O programas de dietas especiais é gerido com recursos exclusivamente municipais e pagos pela Dotação Orçamentária nº 332.

**Art. 3º.** Cabe à Secretaria de Assistência Social e Desenvolvimento e aos assistentes sociais:

I - Organizar o fluxo de pacientes com prescrição e indicação de fórmulas especiais com intuito de racionalizar de forma responsável e técnica a sua utilização;

II - Estabelecer critérios junto médicos nutricionistas para dispensação das dietas enterais considerando os mecanismos disponíveis e adaptados à nossa realidade .

**Art. 4º.** São critérios de Inclusão e poderão utilizar-se dos benefícios somente os pacientes que atenderem os seguintes requisitos:

I- residentes no Município de Ilicínea;

II -cadastrados no Sistema Único de Saúde;

III- que estejam em acompanhamento na unidade básica de saúde.

**Art. 5º.** As Terapias de Nutrição Enteral Domiciliar serão dispensadas, inicialmente, a partir da prescrição de médico especialista, de acordo com a patologia do usuário.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ILICÍNEA**  
**ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**CNPJ 18.239.608/0001-39**

*Praça Padre João Lourenço Leite, nº 53 centro Tel/Fax 35 3854 1329*

---

**Art. 6º.** As Terapias de Nutrição Enteral Domiciliar serão dispensadas obedecendo os seguintes critérios clínicos:

I - portadores de via alternativa de alimentação (sonda nasoentérica/nasogástrica, gastrostomia, gastrojejunostomia ou jejunostomia) associado aos incisos II ou III ou IV ou V ou VI ou VII deste artigo;

II - distúrbio de absorção de nutrientes e diarreia crônica, sem melhoras e com medidas clínicas e dietéticas;

III - insuficiência renal crônica - IRC severa ou dialítica, com restrição importante do volume que não permita o manejo da dieta artesanal;

IV - pré e pós operatório de cirurgias do trato gastrointestinal - TGI ou transplantes;

V - presença de úlceras por pressão grau III e IV sem recuperação com dieta artesanal.

VI - portadores de sequelas causadas por doenças registradas no Código Internacional de Doenças - CID10, que justifiquem a necessidade clínica do uso da Terapia de Nutrição Enteral. (Redação acrescida pela Lei nº11.161/2020)

VII- Câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico;

**Parágrafo Único:** Durante o período de dispensação das terapias serão realizadas por parte do PSF avaliações clínico-laboratoriais periódicas, acompanhamento e treinamento familiar para cuidados e manejo da terapia ao paciente.

**Art. 7º.** A inclusão do usuário do programa será realizada a partir da prescrição do médico especialista; e nutricionista ambos vinculados de acordo com a patologia do usuário.

**Art. 8º.** O Encaminhamento do processo para solicitação de dieta industrializada deve ser encaminhada com a seguinte documentação:

I - Xerox dos documentos pessoais do usuário (RG; CPF; Cartão SUS);

II - Comprovante de residência (conta de água/ luz);



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ILICÍNEA**  
**ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**CNPJ 18.239.608/0001-39**

*Praça Padre João Lourenço Leite, nº 53 centro Tel/Fax 35 3854 1329*

---

III - Comprovante de renda de todos os membros da família ;

IV - Laudo para solicitação de dieta enteral industrializada preenchido pelo médico especialista e nutricionista.

V - Validação e inclusão do paciente;

VI - Avaliação trimestral com receita e relatório médico e nutricional, identificando alterações e justificativas do quantitativo de dieta que será liberada mediante avaliação do Nutricionista.

**Parágrafo Único:** Caso o paciente/requerente ou responsável não apresente todos os critérios e documentos necessários para inclusão, o protocolo ficará em aberto para reavaliação até adequação do mesmo, no prazo de 30 dias, caso contrário haverá cancelamento do protocolo.

**Art. 9º.** O nutricionista realizará o monitoramento dos pacientes incluídos no programa de dispensação de dieta enteral e comunicará as Unidades Básicas de Saúde de referência do paciente para a realização das avaliações trimestrais.

**Art. 10.** A Equipe de Atenção Básica e/ou Estratégia Saúde da Família serão responsáveis pelo acompanhamento das condições clínicas do paciente, cabendo ao nutricionista a avaliação do estado nutricional e monitoramento do uso correto da fórmula alimentar.

**Art. 11.** É obrigatória a realização e o envio pela equipe do relatório de acompanhamento trimestral devidamente preenchido. Não será dispensada a fórmula/dieta enteral sem relatório trimestral de acompanhamento do médico ESF/ Clínico geral e nutricionista.

**Parágrafo Único:** Após avaliação trimestral da ESF e da nutricionista das condições nutricionais do paciente haverá reavaliação para nova prescrição ao paciente.

**Art.12.** São critérios para exclusão do paciente ao programa:

I - Óbito: sendo que o familiar responsável deverá comunicar no prazo de 10 dias informando sobre o falecimento do usuário para o qual a fórmula é destinada, sendo obrigatório a devolução das unidades restantes ao Setor, com embalagens lacradas, dentro do prazo de validade e em perfeitas condições de uso. No caso de não aceitação e/ou adaptação pelo paciente da dieta enteral fornecida, o responsável deverá devolver as restantes à Secretaria em perfeitas condições de uso.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ILICÍNEA**  
**ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**CNPJ 18.239.608/0001-39**

*Praça Padre João Lourenço Lette, nº 53 centro Tel/Fax 35 3854 1329*

II - A retirada de via alternativa de alimentação quando for possível a recuperação do paciente e o retorno à alimentação via oral.

III - A mudança de cidade ou comprovação de não residência no município de Ilicínea implicará na suspensão imediata da fórmula alimentar. O uso indevido da dieta industrializada, bem como a troca ou venda do produto resultará em desligamento imediato no fornecimento do produto.

**Art. 13.** Não é permitida sob hipótese alguma a comercialização ou doação da fórmula alimentar concedida pela SMAS.

**Art. 14.** No caso de não observâncias das orientações por parte dos usuários e familiares (relacionadas ao preparo, diluição e cuidados com a alimentação e dieta de exclusão) repassadas pelos profissionais em questão, os mesmos não poderão ser responsabilizados por qualquer problema decorrente do uso indevido.

**Parágrafo Primeiro:** Constatado o fato, a situação do usuário será discutida e reavaliada pela Equipe Estratégia Saúde da Família, o não comparecimento ao setor de suporte nutricional por 2 (dois) meses consecutivos, sem justificativa, bem como a recusa do acompanhamento da Equipe de Saúde da Família, implicará na suspensão da entrega da dieta enteral industrializada.

**Parágrafo Segundo:** Para retorno de fornecimento a família/paciente deverá ser realizado um novo processo com junção de todas as documentações necessárias para nova análise da Comissão de Terapia Nutricional Domiciliar

**Art.15.** São atribuições dos profissionais responsáveis pela prescrição e acompanhamento:

I – Médico.

- a) Indicar o uso da dieta enteral industrializada para inclusão do paciente no Programa de Dispensação de dieta enteral em formulário próprio da Secretária de Saúde;
- b) Prescrever e acompanhar os usuários submetidos à Terapia de Nutrição Enteral Domiciliar, de acordo com a necessidade de cada usuário;
- c) Solicitar os exames clínicos laboratoriais trimestralmente para avaliação da condição clínica do paciente (Hemograma; Glicemia em jejum; Uréia; Creatinina; Sódio; Potássio; Albumina Sérica);



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ILCÍNEA**  
**ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**CNPJ 18.239.608/0001-39**

*Praça Padre João Lourenço Leite, nº 53 centro Tel/Fax 35 3854 1329*

d) Encaminhar relatório trimestral informando as condições clínicas dos usuários.

II – Nutricionista:

- a) Realizar avaliação nutricional do usuário; prescrever a dieta enteral do usuário para inclusão do paciente em formulário próprio da Secretaria Municipal de Saúde.
- b) Prescrever, avaliar e orientar quanto ao preparo e uso correto de Terapia Nutricional Domiciliar;
- c) Realizar e encaminhar relatório trimestral, informando as condições nutricionais dos usuários. avaliar e orientar quanto ao preparo e uso correto de Terapia Nutricional.

III - Enfermeiro PSF:

- a) Acompanhar mensalmente os usuários, inscritos no programa, observando as recomendações das boas práticas de administração de Nutrição Enteral;
- b) Encaminhar relatório de acompanhamento trimestral.

**Art. 16.** Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Ilicínea-MG, 19 de maio de 2021



Nirlei Cristiani  
Prefeito Municipal

