

**Secretaria Municipal de Saúde do
Município de Reserva - PR**

**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO
DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS
NUTRICIONAIS**



Reserva-PR

2025

Prefeitura Municipal de Reserva
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

CRITÉRIOS PARA DISPENSAÇÃO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RESERVA-PR

2025

Página 2

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 OBJETIVO GERAL.....	05
3 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	05
4 DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES E SUPLEMENTOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	05
5 CRITÉRIOS CLÍNICOS.....	07
6 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO.....	10
7 CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO.....	10
8 CADASTRO.....	10
9 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS.....	11
10 AVALIAÇÃO E RENOVAÇÃO.....	12
11 CONCLUSÃO	12
12 REFERÊNCIAS.....	14
ANEXO I	16
ANEXO II	17
ANEXO III	19

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), devendo ser mantido com alimentação complementar até os dois anos ou mais. Essa prática reduz significativamente a morbimortalidade infantil e é essencial para o desenvolvimento saudável.

Quando a amamentação não é possível, a introdução de fórmulas deve ocorrer somente após o esgotamento de alternativas para manter o aleitamento, com orientação pediátrica. A OMS atualizou suas diretrizes sobre alimentação complementar (OMS, 2023), enfatizando o suporte profissional e familiar nesse processo.

A alimentação adequada é reconhecida como direito humano fundamental pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), devendo atender às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos. A comercialização de substitutos do leite materno (humano) é regulamentada pela Lei nº 11.265/2006 (BRASIL, 2006), reforçada pela recente resolução da OMS sobre marketing digital (OMS, 2025).

Embora o Brasil tenha reduzido a mortalidade infantil em mais de 50% entre 2000 e 2022, o problema ainda persiste, com mais de 2.700 internações por desnutrição em menores de um ano em 2022 (UNICEF, 2023). A desnutrição, especialmente na primeira infância, pode comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor e aumentar o risco de doenças crônicas.

As alergias alimentares mais comuns incluem APLV, glúten, ovos e nozes. A APLV é a mais prevalente e pode causar sintomas como dermatite, diarreia e refluxo. O aleitamento materno é o principal método de prevenção, mas, na sua ausência, indicam-se fórmulas extensamente hidrolisadas ou fórmulas à base de aminoácidos em casos graves (BRASIL, 2009).

A intolerância à lactose (IL), que afeta até 70% da população mundial, exige a exclusão temporária de leite da dieta, seguida por reintrodução gradual com fórmulas adaptadas (BRASIL, 2009). A exclusão total e permanente não é recomendada, pois pode resultar em deficiências nutricionais.

A política de distribuição de fórmulas e de Suplementos no Sistema Único de Saúde (SUS) deve seguir o princípio da equidade, oferecendo atendimento conforme as necessidades específicas de cada indivíduo (BRASIL, 2000). Tratar todos de forma igual, sem considerar as diferenças, pode perpetuar desigualdades no acesso à saúde.

Este protocolo adota essas diretrizes para promover a saúde e combater a desnutrição e suas consequências a curto e longo prazo.

2. OBJETIVO GERAL

Implementar protocolo para a dispensação de fórmulas nutricionais e suplementos no município de Reserva, destinado aos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com base em critérios clínicos devidamente justificados.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO

Estabelecer critérios clínicos e nutricionais para a dispensação de fórmulas nutricionais e suplementos, bem como sistematizar o fluxo de acesso e dispensação para os(as) usuários(as), familiares e profissionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O protocolo tem por objetivo garantir uma distribuição eficiente, segura e equitativa, assegurando o direito à alimentação adequada conforme previsto no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), e fundamentado nos princípios da equidade e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2000).

Considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009; 2023) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o aleitamento materno é a forma ideal de alimentação para crianças até dois anos de idade ou mais, a introdução de fórmulas deve ocorrer apenas quando clinicamente indicada, como nos casos de alergias alimentares (APLV) ou intolerância à lactose, respeitando as diretrizes clínicas e nutricionais específicas. Assim, o protocolo busca orientar a tomada de decisão, promover o uso racional de fórmulas e suplementos e contribuir para a redução de agravos nutricionais e desigualdades no cuidado à infância.

4. DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES E SUPLEMENTOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O deferimento ocorrerá conforme avaliação e prescrição do médico especialista ou nutricionista (avaliação nutricional), devendo sempre e obrigatoriamente estar condicionado a questões de saúde do lactente, e não às questões relacionadas exclusivamente à lactante.

Os suplementos alimentares serão destinados a pacientes em situação de desnutrição ou em risco nutricional que não apresentem melhora do estado nutricional apenas com a alimentação familiar. Incluem-se aqueles que recebem alimentação exclusiva ou complementar por via alternativa (nasogástrica, nasoenteral, orogástrica, gastrostomia ou jejunostomia) ou por via oral, desde que haja recomendação expressa do(a) médico(a) ou do(a) nutricionista. O acompanhamento poderá incluir visitas domiciliares, conforme a necessidade.

O indeferimento ocorrerá por exclusão, seguindo o princípio da equidade e das necessidades reais do paciente.

a) FÓRMULAS INFANTIS DE PARTIDA, SEGUIMENTO E ENTERAL

I. Fórmula infantil de partida
Será ofertado 100% do valor energético total (VET) ou de acordo com prescrição médica, considerando a amamentação mista ou inexistente. Indicada somente para crianças de 0 a 6 meses de idade.

II. Fórmula infantil de seguimento
Será ofertada com 50% do valor energético total (VET), considerando que, nesse período (6 meses), deverá iniciar-se a introdução alimentar, a qual deverá ser realizada com orientação do nutricionista e do médico pediatra. Indicada somente para crianças de 6 a 12 meses de vida, apenas para situações diretamente relacionadas à questões de saúde.

III. Fórmula infantil de seguimento
Será ofertada com 25% do valor energético total (VET), para crianças de 12 a 24 meses de vida, apenas para situações diretamente relacionadas à questões de saúde.

IV. Fórmula para nutrição enteral
Nestes casos, deve-se considerar a subjetividade, podendo ser ofertada até 70% do valor

energético total (VET), conforme prescrição médica e nutricional. Indicada somente para crianças acima de 24 meses.

b) **SUPLEMENTO NUTRICIONAL**

Os suplementos nutricionais serão disponibilizados para complementar a alimentação de pacientes com desnutrição moderada ou grave, conforme critérios clínicos específicos. Esses produtos fornecerão até 25% do valor energético total (VET), sendo o restante da nutrição garantido por dieta orientada pelo médico e nutricionista.

O uso é temporário e condicionado à evolução clínica do paciente, com acompanhamento multiprofissional para ajustes contínuos na alimentação, não devendo ultrapassar o período de seis (6) meses, podendo ser prorrogado por igual período.

5. CRITÉRIOS CLÍNICOS

a) CONDIÇÕES DO PACIENTE

- P07 – Lactentes de baixo peso (< 1,5 kg) e prematuros (< 37 semanas gestacionais) sem possibilidade de aleitamento materno.
- K21 – Refluxo gastroesofágico ou regurgitação (ex.: hérnia de hiato, disfunção do esfíncter) associada à desnutrição moderada ou grave.
- E73 – Má absorção de lactose (aguda ou crônica), com desnutrição grave, deficiência de lactase primária ou secundária, envolvendo dor, distensão abdominal e irritabilidade, sem sucesso no aleitamento.
- K52.2 – APLV não mediada por IgE: má absorção, cólicas, sangramento intestinal ou dermatite atópica persistente não resolvida com fórmulas parcialmente hidrolisadas.
- E43 – Desnutrição protéico-calórica grave:
 - Perda de peso grave ou falta de ganho ≥ 3 desvios-padrão abaixo da média de referência, ou equivalente estatístico.

- E44.0 – Desnutrição protéico-calórica moderada:
 - Perda ou falta de ganho de peso entre 2 e < 3 desvios-padrão abaixo da média, ou equivalente.
- E45 – Complicações por desnutrição proteico-calórica:
 - Atrasos no desenvolvimento, baixa estatura, raquitismo ou retardo físico, até estabilização nutricional.
- K90 – Doenças gastrointestinais com má absorção pós-cirúrgica ou outras condições digestivas, enquanto persiste o comprometimento nutricional.
- E10 – Diabetes mellitus tipo 1 (insulino-dependente), com hiperglicemia e desnutrição moderada/grave, em lactentes, até estabilização do quadro.
- N17 / N18 – Insuficiência renal aguda ou crônica severa (incluindo pacientes em diálise) com restrição significativa de volume ou balanço eletrolítico.
- R13 – Disfagia grave decorrente de distúrbios neuromusculares, neurodegenerativos ou obstruções mecânicas, que comprometam a nutrição oral.
- Q39 – Malformações congênitas do esôfago (atresia, fístula, estenose, divertículos etc.) dificultando a deglutição dos alimentos.
- G80 – Paralisia cerebral associada à desnutrição moderada/grave, até que o estado nutricional esteja estável.
- Q37 – Fenda labial e palatina impedindo a amamentação, até correção cirúrgica e/ou melhora na deglutição.
- F84.0 (CID-11 6A02) – Transtorno do espectro autista com perturbações alimentares e desnutrição moderada/grave, mesmo após avaliação nutricional sem evolução positiva.
- E74.2 – Galactosemia confirmada, exigindo cuidados nutricionais específicos.

- Z51: Cuidados médicos não especificados, incluindo tratamentos preventivos, controle de condições crônicas e cuidados paliativos. (paciente em tratamento oncológico)

b) CONDIÇÕES CLÍNICAS DA LACTANTE

I. Transtornos que impedem a amamentação

- F19.1 – Transtornos mentais e comportamentais por uso nocivo de múltiplas drogas ou outras substâncias psicoativas, que inviabilizam a amamentação.

II. Infecções que contra indicam o aleitamento e doenças infecciosas agudas

- B00.8 – Herpes simples ativa com lesões vesiculares em mamas.
- A15 – Tuberculose multirresistente (considerar a forma respiratória ativa).
- A23 – Brucelose em fase aguda.
- A27 – Leptospirose em fase aguda.
- A32 – Listeriose em fase aguda.
- B24 - HIV

III. Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação
Inclui fármacos com contraindicações absolutas ou relativas, como antineoplásicos, anfetaminas e substâncias entorpecentes.

IV. Gestação múltipla

- O31 - Complicações específicas de gestação múltipla.
- P01.5 - Feto e recém-nascido afetados por gravidez múltipla.
- P92.5 - Dificuldade neonatal na amamentação no peito.

*DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL CONFORME RESOLUÇÃO CFN 599/2018.

6. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO

- Residir no município e estar devidamente cadastrado na Unidade Básica de Saúde de referência;
- Atender aos critérios clínicos estabelecidos neste protocolo, com avaliação social construída mediante visita domiciliar e/ou atendimento realizado pelo assistente social;

Obs: Casos de uso de fórmula infantil motivados exclusivamente por razões econômicas não serão contemplados, uma vez que o Município e o SUS priorizam e incentivam o aleitamento materno. Ressalta-se que serão atendidas exclusivamente situações com indicação clínica ou patológica específica.

A liberação da fórmula infantil de partida será realizada pela Secretaria Municipal de Saúde até os seis meses de idade, considerando a existência do Programa Leite das Crianças, do Governo do Estado do Paraná. Exceções poderão ser feitas apenas em situações específicas, devidamente justificadas pelo médico e/ou pelo nutricionista.

7. CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO

- Uso inadequado do benefício: vender, trocar, destinar a outros fins, etc.;
- Não realizar acompanhamento com a equipe da unidade básica de saúde;
- Deixar de fazer acompanhamento de puericultura na Unidade Básica de Saúde (crianças de 0 a 24 meses).
- Alta após avaliação médica ou por estar fora da faixa etária indicada neste protocolo;
- Óbito.

8. CADASTRO

Após avaliação médica e/ou do nutricionista, será preenchido o formulário (Anexo III), emitida a receita com a fórmula ou suplemento adequado e a quantidade indicada de acordo com o percentual do Valor Energético Total (VET), conforme os critérios clínicos estabelecidos neste protocolo. Em seguida, o responsável deverá ser orientado a

procurar o assistente social designado, o qual realizará o atendimento e, caso necessário, agendará visita domiciliar. Nessa ocasião, o responsável receberá a lista de documentos necessários (conforme item 9 deste protocolo), os quais deverão ser providenciados até a data da avaliação social. O assistente social deverá preencher o Termo de Cadastro (Anexo II).

Destaca-se que:

É imprescindível que o paciente mantenha acompanhamento regular em unidade de saúde da Atenção Primária e com médico especialista e/ou nutricionista. O não cumprimento dessas condições poderá resultar na suspensão ou exclusão do benefício, conforme avaliação da equipe técnica. Os setores envolvidos poderão entrar em contato com o Assistente Social para encaminhamentos, esclarecimentos, denúncias sobre uso inadequado dos insumos ou identificação de novas demandas da família. Quando indicado, poderá ser realizada visita domiciliar para reavaliação da situação. Essa condicionalidade está em conformidade com os princípios da integralidade, continuidade do cuidado e corresponsabilidade entre serviços e usuários, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

9. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Encaminhamento através do formulário (Anexo III);
- Receita médica e/ou avaliação nutricional;
- Laudo médico atualizado em casos de deficiências;
- Carteira de vacinação (crianças 0-24 meses);
- Comprovante atualizado de residência do último mês;
- Termo de cadastro para recebimento de fórmula especial (anexo II) devidamente preenchido e assinado

***Obs.: Nos casos de suspeita de APLV ou intolerância à lactose, será fornecida a quantidade para um mês de fórmula especial para teste. A continuidade da oferta ficará condicionada à apresentação de exames comprobatórios e laudo médico detalhado.**

10. AVALIAÇÃO E RENOVAÇÃO

A renovação da prescrição médica e a revalidação da autorização para concessão das fórmulas nutricionais e suplementos ocorrerão conforme o acompanhamento clínico e as necessidades individuais do paciente, respeitando os critérios estabelecidos neste protocolo. O prazo para renovação será de seis (6) meses, sendo obrigatória a atualização de todos os documentos exigidos nos critérios de inclusão.

Caso, durante a reavaliação, a equipe constate que a fórmula nutricional ou suplemento não é mais indicada, o usuário será considerado apto a receber alta e será automaticamente desligado.

Nos casos de não adaptação à fórmula fornecida, o(a) responsável deverá comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS) e solicitar novo encaminhamento para avaliação pelo médico e nutricionista. A substituição da fórmula ou suplemento e a nova concessão somente serão autorizadas mediante a devolução do item anteriormente retirado, em conformidade com os princípios do uso racional dos insumos e da gestão responsável dos recursos públicos, conforme estabelecido pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2014).

11. CONCLUSÃO

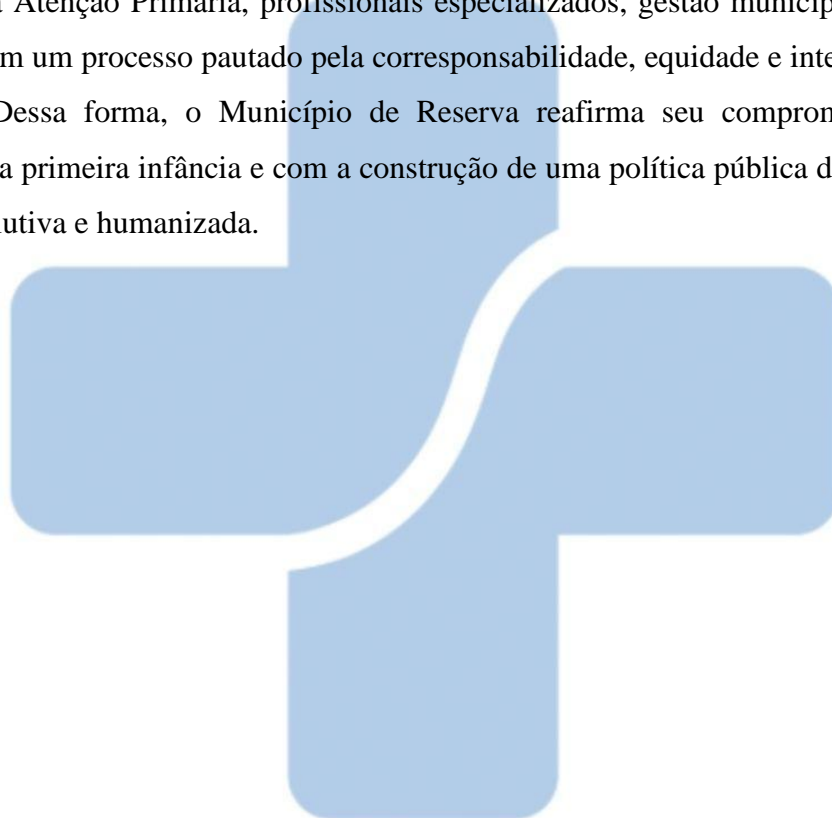
A adoção deste Protocolo para Dispensação de Fórmulas Nutricionais e Suplementos no município de Reserva/PR representa um avanço significativo na organização da atenção nutricional ofertada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao estabelecer diretrizes, critérios clínicos, fluxos de atendimento e parâmetros de acompanhamento, o Município assegura maior transparência, segurança e eficiência na utilização dos recursos públicos, além de reforçar o compromisso com a promoção da saúde e a proteção integral à criança.

O documento reafirma a centralidade do aleitamento materno como padrão ouro de nutrição e a prioridade absoluta dada às políticas de incentivo, proteção e apoio à amamentação. Ao mesmo tempo, reconhece que existem situações específicas –

clínicas, nutricionais ou sociais – que exigem alternativas seguras e baseadas em evidências para garantir o crescimento e desenvolvimento adequados.

Ao padronizar as indicações, definir responsabilidades dos profissionais e das famílias e promover o acompanhamento multiprofissional contínuo, este protocolo contribui para a redução de agravos nutricionais, prevenção de internações evitáveis, enfrentamento das desigualdades em saúde e promoção do direito humano à alimentação adequada, conforme previsto na Constituição Federal e nas normativas do SUS.

Por fim, a implementação efetiva deste protocolo dependerá da articulação entre as equipes da Atenção Primária, profissionais especializados, gestão municipal e famílias usuárias, em um processo pautado pela corresponsabilidade, equidade e integralidade do cuidado. Dessa forma, o Município de Reserva reafirma seu compromisso com a proteção da primeira infância e com a construção de uma política pública de saúde mais justa, resolutiva e humanizada.



12. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 08 jun. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília: MDS, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/assuntos/assistencia-social/politica-nacional-de-assistencia-social-pnas>. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois de idade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GERSTEIN, H.C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus: a critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care*, v. 17, n. 1, p. 13–19, 1994. **Apud** BRASIL, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes para sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: [Biblioteca Virtual em Saúde]. Acesso em: 29 jun. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO, 2009.

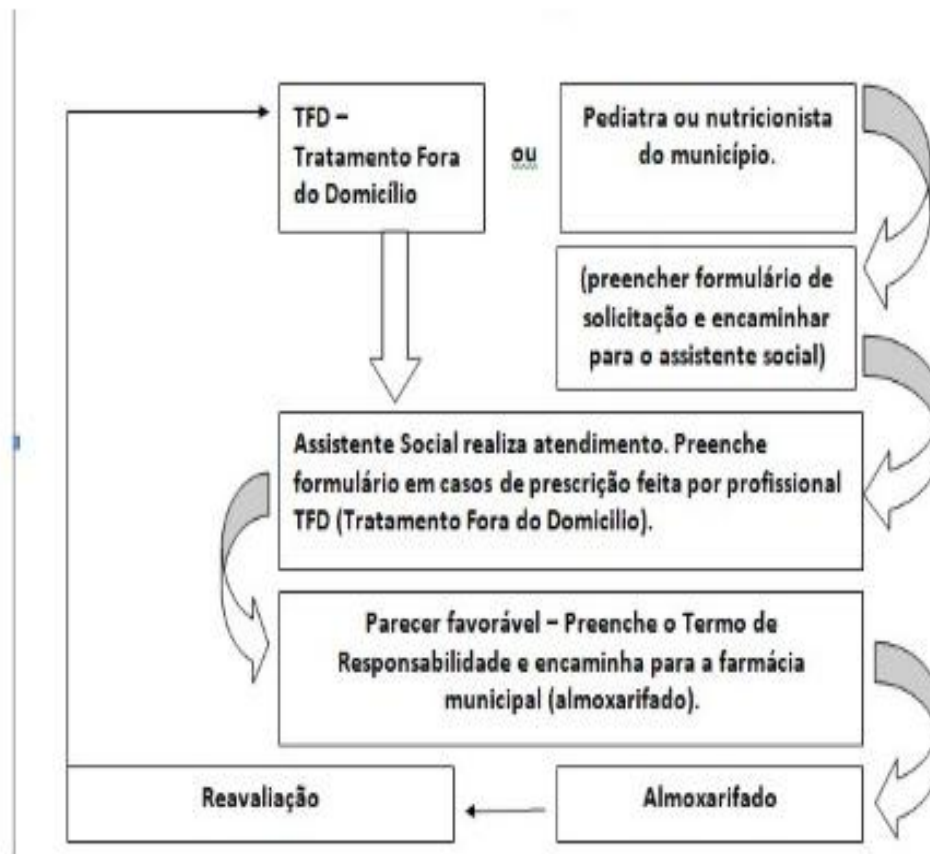
OMS. Organização Mundial da Saúde. *Novas recomendações sobre alimentação complementar de bebês de 6 a 23 meses*, 2023. Disponível em: <https://portal.afya.com.br/pediatria/novas-recomendacoes-da-oms-sobre-alimentacao-complementar-de-bebes-de-6-a-23-meses>. Acesso em: 29 jun. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Resolução sobre marketing digital de substitutos do leite materno*, 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.abc.com.br/saude/noticia/2025-05/oms-regulamenta-propaganda-digital-de-substitutos-do-leite-materno>. Acesso em: 29 jun. 2025.



13. ANEXO I

FLUXOGRAMA



ANEXO II**TERMO DE CADASTRO PARA RECEBIMENTO DE FÓRMULA ESPECIAL**

Dados Pessoais:

Paciente: _____ DN: ____/____/____

CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: () _____

Nome do responsável: _____

Profissional que acompanha: _____

Preencher quando se tratar de fórmulas Infantis

Situação: Peso atual: _____ kg ao nascer: _____ kg Idade Gestacional: _____ semanas

Amamentação: () mista () ausente

INFORMAÇÕES AO RESPONSÁVEL:

- O recebimento dos produtos, no caso de crianças de 0 a 24 meses, está vinculado ao acompanhamento realizado na Unidade Básica de Saúde (Puericultura).
- Os produtos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde serão fornecidos conforme as especificações técnicas constantes nas prescrições e não, necessariamente, pelo nome comercial indicado. Durante o tratamento, poderão ocorrer variações nos nomes comerciais dos produtos, desde que respeitada a equivalência terapêutica e a compatibilidade com o quadro clínico do paciente. Tal prática está em conformidade com a Lei nº 8.666/1993, que estabelece a obrigatoriedade de licitação com base em especificações técnicas e não em marcas comerciais (BRASIL, 1993).
- Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os produtos recebidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
- A quantidade de fórmula alimentar industrializada ou suplementos recebidos na data da inclusão podem a qualquer momento sofrer acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente.
- A suspensão do fornecimento pode ocorrer a critério do médico ou nutricionista, após avaliação do quadro clínico e nutricional, bem como no caso de descumprimento ou não concordância com os termos acima, ou no caso de mudança de município.
- Será oferecida a quantidade de fórmula descrita na tabela abaixo prescrita pelos profissionais;

DISPENSAÇÃO A SER REALIZADA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (ALMOXARIFADO)

TIPO DE FÓRMULA	IDADE	FORNECIMENTO
-----------------	-------	--------------

FÓRMULA DE PARTIDA	0-6 meses	100%
FÓRMULA DE SEGUIMENTO	6-12 meses	50%
FÓRMULA DE SEGUIMENTO	12 – 24 meses	25%
FÓRMULA DE NUTRIÇÃO ENTERAL	2 anos – 11 anos, 11 meses e 29 dias	70%
FÓRMULA DE SUPLEMENTAÇÃO	2 anos – 11 anos, 11 meses e 29 dias	25%

- Todos os pacientes passarão por reavaliação médica e/ou nutricional de acordo com a necessidade individual, não ultrapassando o período de (6) seis meses;
- A troca de fórmula por motivo de não adaptação do paciente só poderá acontecer após avaliação médica e/ou nutricionista, e está condicionada a devolutiva da fórmula recebida anteriormente;

Declaro que recebi as informações sobre o Protocolo de dispensação de fórmulas especiais, que estou ciente e de acordo com os parâmetros e critérios estabelecidos para o recebimento de fórmula.

Assinatura do responsável: _____

Data: ____/____/____

ANEXO III

SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS OU SUPLEMENTOS - SUS

Município de Reserva – PR / Secretaria Municipal de Saúde

1. Identificação do Usuário:

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () M () F

CPF: _____ Cartão SUS: _____

Endereço: _____

Telefone de contato: _____

2. Responsável pelo Usuário (quando aplicável):

Nome: _____

Grau de parentesco/cuidador: _____

3. Identificação do Serviço de Saúde / Profissional Solicitante

Unidade de Saúde: _____

Profissional solicitante: _____

Registro profissional (CRM/COREN/etc.): _____

Assinatura e carimbo: _____

4. Critérios Clínicos e Nutricionais Especificados no Protocolo (fórmula infantil):

- () P07 Lactente de baixo peso (<1,5kg) e prematuros com IG <37semanas
- () K21 Lactentes com problema de refluxo gastresofágico ou regurgitação que leve à desnutrição moderada/grave;
- () E73 Lactentes com má absorção de lactose, desnutrição grave/moderada, sem possibilidade de amamentação materna;
- () 1K 52.2 Lactente e crianças com APLV não mediada por IgE com má absorção, após ajuste de dieta materna sem sucesso nos sintomas clínicos;
- () E43 Desnutrição protéico-calórica grave não especificada;
- () E44.0 Desnutrição protéico-calórica moderada;
- () E45 Atraso do desenvolvimento devido à desnutrição protéico-calórica;
- () K90 Doenças gastrointestinais;
- () E10 Diabetes mellitus insulino-dependente;

- N17 e N18 Insuficiência renal aguda ou crônica severa ou dialítica, com restrição importante de volume ou íons;
- R13 Disfagia grave;
- Q39 Malformações congênitas do esôfago;
- G80 Paralisia cerebral, transtorno neurológico de desenvolvimento;
- Q37 - Fenda labial com fenda palatina com impossibilidade de amamentação;
- E74.2 Galactosemia;
- F84.0 Autismo Infantil. Perturbações da alimentação e transtornos globais do desenvolvimento associado à desnutrição moderada/grave;
- Outros: CID: _____

5. Condições clínicas maternas (quando aplicável):

- F191 Transtornos mentais maternos e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas.
- B008 Herpes simples ativa com vesículas herpéticas em mamas;
- A15 Tuberculose multirresistente;
- A27 Leptospirose em fase aguda;
- A23 Brucelose em fase aguda;
- A32 Listeriose em fase aguda;
- O31 - Complicações específicas de gestação múltipla.
- P01.5 - Feto e recém-nascido afetados por gravidez múltipla.
- P92.5 - Dificuldade neonatal na amamentação no peito.
- Uso de medicamentos maternos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno: antineoplásicos, radiofármacos, anfetaminas e entorpecentes. Quais? _____
- CID: _____
- Outros. CID: _____

6. Indicação Clínica para Dieta Enteral e/ou suplemento:

Diagnóstico principal (marcar):

- G80 – Paralisia cerebral
- G40 – Epilepsia
- G12 – Atrofia muscular espinal
- G91 – Hidrocefalia
- I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares (ex: AVC)
- F70–F79 – Atraso mental / deficiência intelectual grave
- K50 – Doença de Crohn
- K51 – Retocolite ulcerativa
- K90 – Má absorção intestinal (inclui doença celíaca)

- () K91 – Complicações de procedimentos gastrointestinais
- () C00–C97 – Neoplasias malignas em geral
- () D37–D48 – Neoplasias de comportamento incerto
- () J96 – Insuficiência respiratória crônica
- () E84 – Fibrose cística
- () E40–E46 – Desnutrição proteico-calórica
- () R63.3 – Dificuldade de alimentação devida a condições externas
- () Z51 - Cuidados médicos não especificados, incluindo tratamentos preventivos, controle de condições crônicas e cuidados paliativos. (paciente em tratamento oncológico)
- () Z93.1 – Gastrostomia presente
- () Z93.4 – Jejunostomia presente

Outros CIDs: _____

Comorbidades relevantes: _____

Justificativa para uso de dieta enteral: _____

7. Especificações da Dieta Enteral ou Suplemento Prescrito

Nome do produto: _____

Via de administração: () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () Oral

Quantidade diária prescrita: _____

Frequência de administração: _____

8. Período de Utilização:

() 30 dias () 60 dias () 90 dias () 180 dias

Renovação: () Sim () Não

9. Documentos Anexos

- () Relatório médico detalhado
- () Receita médica atualizada (válida por 6 meses)
- () Exames complementares pertinentes

10. Declaração do Usuário/Responsável

Declaro estar ciente de que o fornecimento da dieta enteral está condicionado às normas vigentes do SUS e à disponibilidade municipal.

Assumo o compromisso de utilizar a dieta conforme prescrição médica, bem como devolver as embalagens vazias quando solicitado para controle do uso.

Assinatura do usuário/responsável:

11. Parecer da Assistente Social

() Encaminhamento para: _____

() Orientações repassadas: _____

Observações:

Carimbo e assinatura: _____

Data: ____/____/____

***Os itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8 devem ser OBRIGATORIAMENTE preenchidos pelo profissional solicitante.**

***Usuário deve assinar o item 10.**



RESPONSÁVEIS PELO PROTOCOLO

FUNÇÃO	NOME	REGISTRO/PORTARIA
Elaboração	Meiry Vanessa Chikoski, Assistente Social	 CRESS 15211 – 11ª Região/PR
Revisão e aprovação	Thais M. Martins Didek Secretária de Saúde	 Portaria nº 4908/2025
Revisão e Aprovação	Jonathan Marins Almeida, Enfermeiro	 COREN-PR 311.038
Aprovação	Jeine Mary dos Santos, Nutricionista	 ICRN 8-9654
Aprovação	Joyce Hotz, Coord. Centro de Especialidades	 Portaria nº 5053/2025
Aprovação	Taiane Karine Guadagnin, Coord. Atenção Básica	 Portaria nº 5204/2025

FUNÇÃO	NOME	REGISTRO/PORTARIA
Elaboração	Meiry Vanessa Chikoski, Assistente Social	_____ CRESS 15211 – 11 ^a Região/PR
Revisão e aprovação	Thais M. Martins Didek Secretária de Saúde	_____ Portaria nº 4908/2025
Revisão e Aprovação	Jonathan Marins Almeida, Enfermeiro	_____ COREN-PR 311.038
Aprovação	Jeine Mary dos Santos, Nutricionista	_____ CRN 8-9654
Aprovação	Joyce Hotz, Coord. Centro de Especialidades	_____ Portaria nº 5053/2025
Aprovação	Taiane Karine Guadagnin, Coord. Atenção Básica	_____ Portaria nº 5204/2025