



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO AZUL



PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO

**PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE
FÓRMULAS INFANTIS,
COMPLEMENTOS ALIMENTARES E
DIETAS ESPECIAIS DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE RIO AZUL**

RIO AZUL/PR

2025



Leandro Jasinski
Prefeito Municipal

Maria Elaine Pacanaro
Secretaria Municipal de Saúde

Elaborado por:
Juliane Rodrigues de Souza Ceuchuk
Cleide Ferreira da Silva

Aprovado pelo Grupo Especial de Apoio à Gestão e Secretária Municipal de Saúde em
08/08/2025

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em: 25/08/2025



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 JUSTIFICATIVA	4
1.1 Legislação e Diretrizes	5
1.2. Definições	6
2. Objetivos	6
3. Critérios para Inclusão no Programa	7
3.1. Critérios para a Dispensação de Fórmulas Infantis de Partida	7
3.1.1. Quantitativo Máximo de Fornecimento	8
3.1.2. Tempo de Dispensação de Fórmulas de Partida	8
3.2. Critérios para a Dispensação de Fórmulas Infantis de Segmento	8
3.2.2. Tempo de Dispensação de Fórmulas de Segmento	8
3.3.3. Tempo de Dispensação das Fórmulas para Alergias ou Intolerâncias	9
3.4. Critérios para Dispensação de Dietas Enterais e Suplementos Alimentares	10
3.4.2. Tempo de Dispensação de Suplementos e Dietas Especiais	10
4. FLUXO PARA ABERTURA DO PROCESSO PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA	10
4.1. Requisitos para a Prescrição	10
4.2. Documentação para Inclusão	11
4.3. Fluxo de Atendimento	12
4.3. Serviço Social	12
4.4. Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição	13
4.5. Serviço de Nutrição	13
4.6. Normas para a Dispensação	13
4.6.1. Regulamentação por CadÚnico	13
5. Critérios para Permanência no Programa	13
5.1. Acompanhamento Regular na Unidade de Saúde da Família	14
5.2. Adesão ao Tratamento	14
5.3. Cumprimento do Protocolo	14
6. Relação de Fórmulas, Suplementos e Dietas Padronizadas	14
6.1. Fórmulas Infantis e Especiais	14



APRESENTAÇÃO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) é um instrumento fundamental para a gestão e padronização do processo de dispensação de fórmulas infantis, complementos alimentares e dietas especiais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul. O documento foi elaborado para garantir a segurança, a eficácia e a equidade no acesso a esses insumos, que são essenciais para a saúde de populações vulneráveis.

O protocolo estabelece as diretrizes técnicas e administrativas para a solicitação, avaliação, prescrição e dispensação desses produtos, assegurando que o processo seja transparente e alinhado com as normativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele serve como um guia de referência para todos os profissionais de saúde envolvidos, desde a Atenção Básica até os serviços de maior complexidade, definindo papéis e responsabilidades.

Ao padronizar o fluxo, este POP otimiza o uso de recursos públicos e garante que o suporte nutricional seja direcionado de forma racional aos usuários que realmente necessitam, como lactentes com condições metabólicas específicas, crianças com alergias alimentares graves e pacientes em uso de nutrição enteral. O objetivo final é reforçar o compromisso da gestão municipal com a integralidade do cuidado e a qualidade de vida da população.

1 JUSTIFICATIVA

A nutrição adequada, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde, é um pilar fundamental para a saúde e o desenvolvimento humano. A carência nutricional pode comprometer seriamente o sistema imunológico, aumentar a vulnerabilidade a doenças e prejudicar o desenvolvimento físico e cognitivo. Nesse contexto, a oferta de alimentação de qualidade e em quantidade adequada é um requisito básico para a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde da população.

A responsabilidade do Estado em prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde está assegurada no Art. 2º da Lei nº 8.080/90, que também define a



alimentação como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul, atenta a essa necessidade e em consonância com a legislação vigente, gerencia um programa de Dispensação de Fórmulas Infantis, Complementos Alimentares e Dietas Especiais. O programa, financiado com recursos exclusivamente municipais, tem como principal objetivo garantir o acesso a insumos nutricionais específicos para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que residem em nosso município. Além da dispensação, o programa prevê o acompanhamento nutricional contínuo desses usuários por meio de visitas domiciliares e orientações, promovendo a integralidade do cuidado.

Este protocolo, portanto, justifica-se pela necessidade de estabelecer normas técnicas e administrativas claras para a prescrição, aprovação e dispensação desses produtos. A padronização do processo assegura a equidade no acesso, a segurança na utilização dos insumos e a gestão eficiente dos recursos públicos, alinhando a prática do serviço com as diretrizes da saúde pública.

1.1 Legislação e Diretrizes

A Lei Federal nº 8.080/90, que estabelece as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhece a alimentação como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. A lei também atribui ao SUS a responsabilidade pela vigilância nutricional e orientação alimentar, o que fundamenta a importância da atuação municipal neste campo.

Em relação à dispensação de leites especiais e dietas enterais, a Nota Técnica nº 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, destaca a necessidade de regulamentação local:

O Sistema Único de Saúde (SUS) não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazo.

Com base nesse entendimento, torna-se essencial que os municípios organizem seus serviços por meio da implantação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Este protocolo se justifica, portanto, como uma ferramenta indispensável para definir o fluxo de triagem, diagnóstico, tratamento, dispensação de produtos e acompanhamento dos pacientes na rede pública de saúde de Rio Azul.



1.2. Definições

Para fins deste Protocolo, os seguintes termos são definidos como:

1. **Fórmulas Infantis de Partida e de Segmento:**
Produtos alimentícios destinados a lactentes (crianças de 0 a 12 meses), que servem como substitutos parciais ou totais do leite materno. As fórmulas de partida são indicadas para o primeiro semestre de vida, enquanto as fórmulas de segmento são recomendadas a partir dos 6 meses, como parte de uma dieta complementar.
2. **Fórmula/Alimento Infantil Especial**
Produtos elaborados para atender às necessidades nutricionais específicas de crianças com condições médicas, metabólicas ou alérgicas que impossibilitam o uso de fórmulas infantis convencionais.
3. **Suplementos Alimentares**
Produtos utilizados para complementar a dieta de um indivíduo cuja ingestão de nutrientes por via alimentar é insuficiente ou inadequada, auxiliando na recuperação ou manutenção do estado nutricional.
4. **Dietas Enterais**
Alimento industrializado ou preparado, formulado para ser administrado por meio de sondas ou, em alguns casos, por via oral. É utilizado para substituir ou complementar a alimentação de indivíduos que possuem necessidades nutricionais especiais, visando a recuperação ou a manutenção do estado de saúde.

2. Objetivos

Este protocolo tem como principais objetivos:

- **Promover a Saúde Materno-Infantil:** Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos ou mais, mesmo em casos de alergias alimentares, por meio de ações de educação em saúde e orientação nutricional especializada para mães e cuidadores.
- **Racionalizar a Dispensação de Insumos:** Organizar o fluxo de atendimento para pacientes com prescrição de fórmulas infantis, complementos alimentares e dietas especiais, garantindo a utilização correta, segura e responsável desses produtos e prevenindo seu uso incorreto ou desnecessário.
- **Estabelecer Critérios e Padronizar Processos:** Definir critérios técnicos e administrativos claros para a concessão e dispensação de fórmulas, complementos e dietas especiais, assegurando a equidade no acesso e a gestão eficiente dos recursos públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul.
- **Garantir o Acompanhamento Nutricional:** Assegurar o acompanhamento contínuo dos pacientes incluídos no programa, com foco na avaliação periódica de seu estado nutricional e no ajuste da prescrição, quando necessário, para promover a melhoria da qualidade de vida.

3. Critérios para Inclusão no Programa

A inclusão de usuários no programa de dispensação de fórmulas, complementos e dietas especiais está condicionada ao atendimento dos seguintes critérios, que devem ser comprovados documentalmente:

1. **Residência:** O usuário deve comprovar residência no município de Rio Azul – PR. (IDS)
2. **Prescrição:** Apresentar prescrição circunstanciada e detalhada, emitida por médico ou nutricionista do Sistema Único de Saúde (SUS), justificando a necessidade do insumo.

3. **Acompanhamento na Atenção Básica:** Possuir registro de acompanhamento regular pela Equipe de Saúde da Família (ESF) de abrangência de sua residência, para garantir a continuidade do cuidado.
4. **Formalização da Solicitação:** Realizar a abertura de um processo de solicitação formal junto à Secretaria Municipal de Saúde.
5. **Avaliação Social:** Apresentar parecer social emitido pelo Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, para análise do contexto familiar e socioeconômico.
6. **Adesão ao Protocolo:** Concordar com os critérios estabelecidos neste protocolo, incluindo a frequência de retorno e os procedimentos de avaliação.

3.1. Critérios para a Dispensação de Fórmulas Infantis de Partida

O programa de dispensação atenderá pacientes menores de seis meses de idade, com prescrição de **médico** ou nutricionista do SUS, que se enquadrem nos seguintes critérios:

- **Contraindicações Maternas para o Aleitamento:**
 - Uso de medicamentos que impeçam a amamentação, conforme orientação médica e diretrizes do Manual de Amamentação e Uso de Medicamentos (BRASIL, 2010).
 - Condições infecciosas maternas que contra indiquem o aleitamento, tais como infecção por HTLV, citomegalovírus (em prematuros < 32 semanas), herpes simples ou herpes zoster com lesão na mama, Hepatite C (com alta carga viral), Hanseníase sem tratamento ou lesões mamárias, e Doença de Chagas Aguda (BRASÍLIA, 2005). Observação: Casos de mães soropositivas para HIV serão direcionados ao protocolo específico da Secretaria Estadual de Saúde.
 - Mães em tratamento de quimioterapia ou radioterapia.
 - Uso comprovado de substâncias psicoativas ilícitas que contraindiquem o aleitamento materno, conforme avaliação médica e/ou relatório de serviço de saúde ou social especializada.
- **Erros Inatos do Metabolismo:** Lactentes com condições que impedem a metabolização do leite materno, conforme as "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno" da OMS (2009), como Galactosemia Clássica, Doença da Urina do Xarope do Bordo ou Fenilcetonúria.
- **Ganho de Peso Inadequado:** Crianças com ganho de peso abaixo do adequado, classificadas com Escore-z < -2 no índice de Massa Corporal (IMC) para a idade, e com curva de crescimento descendente. A prescrição da fórmula será feita apenas após esgotadas todas as tentativas de manejo do aleitamento materno, com registro em prontuário eletrônico e relatório da Equipe de Saúde da Família.
- **Problemas de Saúde que Comprometem a Alimentação:** Crianças com condições de saúde (neurológicas, fenda palatina, etc.) que comprometem a deglutição e/ou a absorção de nutrientes, após esgotadas todas as tentativas de manejo do aleitamento materno, com registro em prontuário eletrônico e relatório da Equipe de Saúde da Família.
- **Uso Exclusivo de Nutrição Enteral:** Crianças que utilizam nutrição enteral como forma exclusiva de alimentação.

3.1.1. Quantitativo Máximo de Fornecimento

O fornecimento de fórmulas infantis de partida será limitado a um quantitativo máximo de 6 latas por criança ao mês para uso exclusivo, até o sexto mês de vida. Para casos de

complementação do leite materno (devido a ganho de peso inadequado), o fornecimento será de, no máximo, 4 latas por criança ao mês. Esses quantitativos se referem a latas de 400g.

3.1.2. Tempo de Dispensação de Fórmulas de Partida

O tempo de dispensação das fórmulas infantis de partida será definido conforme a justificativa clínica, seguindo estas diretrizes:

- **Para Contraindicações Permanentes:** Nos casos em que a justificativa for a impossibilidade de aleitamento materno por contraindicações permanentes, a prescrição terá validade até a criança completar 6 meses de idade. No entanto, a dispensação será bloqueada se o usuário não cumprir os critérios de permanência do programa (conforme o item 5), sendo restabelecida somente após a regularização.
- **Para Complementação do Leite Materno:** As prescrições de fórmula para complementar o leite materno terão validade máxima de 3 (três) meses. O objetivo é que a fórmula seja utilizada até a criança recuperar o estado nutricional, enquanto são realizadas intervenções para restabelecer o aleitamento materno exclusivo.

Para evitar o desmame precoce, a administração do complemento deve ser orientada por meio de copinho ou da técnica de translactação. A reavaliação da necessidade de manutenção da fórmula como complemento é indispensável e deve ser realizada periodicamente.

3.2. Critérios para a Dispensação de Fórmulas Infantis de Segmento

O programa de dispensação atenderá pacientes com idade entre seis e doze meses, com prescrição de **médico do SUS** ou **nutricionista do SUS**, que se enquadrem nos seguintes critérios:

- **Uso Exclusivo de Nutrição Enteral:** Crianças em uso de nutrição enteral (por sonda nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia) como forma exclusiva de alimentação.
- **Problemas de Saúde que Comprometem a Deglutição:** Crianças com condições de saúde (neurológicas, por exemplo) que comprometem a deglutição e/ou a absorção de nutrientes. A prescrição será feita após esgotadas todas as tentativas de manejo do aleitamento materno e da alimentação complementar, com registro em prontuário eletrônico e relatório da Equipe de Saúde da Família.
- **Ganho de Peso Inadequado:** Crianças que não apresentam ganho de peso adequado para a idade (com **Escore-z < -3**), em casos onde o aleitamento materno não esteja estabelecido. A prescrição só será realizada após a equipe de saúde ter esgotado as tentativas de manejo do aleitamento materno e de adequação da alimentação complementar. Nesses casos, a Equipe de Saúde da Família deve fornecer um relatório detalhando as intervenções já realizadas.

3.2.2. Tempo de Dispensação de Fórmulas de Segmento

O tempo de dispensação das fórmulas de segmento será determinado conforme a justificativa clínica, seguindo estas diretrizes:

- **Em Casos de Nutrição Enteral:** As prescrições para crianças em uso de alimentação por sonda terão validade até o paciente completar **12 meses de idade**. No entanto, a dispensação será bloqueada se os critérios de permanência no programa (conforme o item 5) não forem cumpridos, sendo restabelecida somente após a regularização.

- **Para Recuperação Nutricional:** As prescrições de fórmulas para recuperação do estado nutricional terão validade máxima de **3 (três) meses**. Após esse período, é indispensável a reavaliação da necessidade de continuidade do uso da fórmula por um nutricionista ou médico do SUS.

3.2.3 Quantitativo Máximo de Fornecimento

O fornecimento de fórmulas infantis de segmento será limitado a um quantitativo máximo de 4 latas por criança ao mês até o décimo segundo mês de vida. Esses quantitativos se referem a latas de 400g.

3.3. Fórmulas para Intolerâncias ou Alergias Alimentares

Esta seção estabelece os critérios para a dispensação de **fórmulas isentas de lactose, à base de proteína de soja, hidrolisadas ou à base de aminoácidos**. O atendimento é destinado a pacientes com idade entre **0 e 24 meses**, com a premissa de que todas as tentativas de manutenção do aleitamento materno foram esgotadas.

3.3.1. Fundamentação Clínica

- **Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV):** É a alergia alimentar mais comum na primeira infância, caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite. Seu diagnóstico, raramente confirmado após 24 meses, é feito por meio de história clínica, dieta de exclusão (1 a 30 dias) e teste de provocação oral (TPO) para reaparecimento dos sintomas ou teste de sangue para a pesquisa de IgE específica (MS, 2014; AISBAN, 2012).
- **Intolerância à Lactose:** Diferente da APLV, a intolerância é uma deficiência enzimática. A lactose não digerida causa desconforto abdominal, cólicas, gases e diarreia, sem envolver o sistema imunológico. Seu diagnóstico decorre de exames laboratoriais (SBP, 2006).

3.3.2. Critérios de Dispensação

A dispensação das fórmulas será realizada mediante prescrição de **médico do SUS** ou de **nutricionista do SUS**, nos seguintes casos:

1. **Crianças em Aleitamento Materno:** Deve-se priorizar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. A fórmula será dispensada para crianças menores de seis meses que, mesmo com a dieta de exclusão de alérgenos pela mãe, não apresentem ganho de peso adequado (**Escore-z < -2**), com curva de evolução descendente. A liberação requer relatório da Equipe de Saúde da Família, detalhando as intervenções de manejo já realizadas.
2. **Crianças com Diagnóstico Clínico:** Pacientes previamente alimentados com fórmula à base de leite de vaca ou leite integral, com **diagnóstico clínico e laboratorial** de alergia ou intolerância alimentar comprovada. Nesses casos, é indispensável o relatório de acompanhamento da Equipe de Saúde da Família, com justificativa clínica detalhada.

3.3.3. Tempo de Dispensação das Fórmulas para Alergias ou Intolerâncias

A prescrição das fórmulas à base de soja, sem lactose, hidrolisadas ou à base de aminoácidos terá validade máxima de 6 (seis) meses. A liberação do produto é condicionada à regularidade do paciente no programa. Caso os critérios de permanência não sejam cumpridos (conforme o item 5 do protocolo), a dispensação será bloqueada até que a situação seja regularizada.

É importante ressaltar que o fluxograma de conduta para crianças com suspeita de alergia à proteína do leite de vaca deve ser utilizado para orientar o processo de acompanhamento, e consta em anexo a este protocolo.

3.3.4. Quantitativo Máximo de Fornecimento

O fornecimento de fórmulas infantis para alergias e intolerâncias alimentares será limitado a um quantitativo máximo de 6 latas por criança ao mês até o décimo segundo mês de vida. Esses quantitativos se referem a latas de 400g.

3.4. Critérios para Dispensação de Dietas Enterais e Suplementos Alimentares

3.4.1 O fornecimento de dietas enterais e suplementos alimentares é destinado a pacientes de todas as faixas etárias que se enquadrem nos seguintes critérios, mediante prescrição de profissional do SUS:

- **Terapia Nutricional Enteral:** Pacientes que dependem de alimentação por sonda (nasogástrica, nasojejunal, gastrostomia ou jejunostomia).
- **Patologias Graves:** Pacientes com patologias específicas que comprometem seriamente o estado nutricional, como distúrbios neurológicos, câncer, disfagia, erros inatos do metabolismo, grandes cirurgias, traumas, transplantes de órgãos ou queimaduras.
- **Desnutrição Comprovada:** Pacientes com diagnóstico de desnutrição em que a alimentação oral se mostra insuficiente para atingir as necessidades nutricionais, mesmo após tentativas documentadas de readequação da dieta, sem resultado satisfatório.

3.4.2 Fornecimento de suplementação para gestantes com baixo peso ou desnutrição:

- **IMC abaixo do normal no início da gestação**
 - IMC < 18,5 kg/m², com histórico de baixo peso ou transtornos alimentares (anorexia, etc)
 - Risco aumentado de parto prematuro, restrição de crescimento fetal e baixo peso ao nascer.
- **Desnutrição identificada por avaliação clínica ou antropométrica**
 - Perda de peso durante a gestação.
 - Dificuldade de ganho de peso adequado.
 - Situação de insegurança alimentar (Gestantes em situação de pobreza ou vulnerabilidade social, com acesso limitado a alimentos nutritivos).
- **Condições clínicas específicas**
 - HIV, tuberculose, doenças inflamatórias intestinais, ou outras que aumentem o catabolismo ou diminuam a absorção de nutrientes.

3.3.4.2. Tempo de Dispensação de Suplementos e Dietas Especiais

O tempo de validade das prescrições é definido conforme o tipo de insumo:

- Para Suplementos Alimentares: As prescrições terão validade máxima de 3 (três) meses, sendo obrigatória a reavaliação periódica por um nutricionista para a sua continuidade.
- Para Dietas Enterais: As prescrições terão validade máxima de 6 (seis) meses, e a reavaliação da necessidade de continuidade pelo nutricionista deve ser realizada sempre que necessário.

Observação: Em ambos os casos, a dispensação será bloqueada se o paciente não cumprir os critérios de permanência no programa (conforme o item 5), sendo restabelecida somente após a regularização.

3.3.4. Quantitativo Máximo de Fornecimento

O fornecimento de Suplementos alimentares e Dietas Enterais será limitado a um quantitativo de:

Para dieta enteral e suplemento alimentar, inclusive para pacientes de média e alta complexidade:

- Alimentação exclusiva através de sonda – será fornecido no máximo 6 latas/mês,
- Para complementação alimentar será fornecido no máximo 4 latas/mês;
- Para pós-operatório de cirurgia bariátrica serão fornecidas 2 latas (400g) por 3 meses.

3.3.4.1. Dispensação de adjuvantes de dieta enteral: Serão dispensados mensalmente os seguintes materiais para uso de dieta enteral:

- 4 Frascos de alimentação;
- 4 Equipos de alimentação enteral;
- 4 Seringas de 20ml.

4. FLUXO PARA ABERTURA DO PROCESSO PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA

4.1. Requisitos para a Prescrição

Para garantir a validade e a conformidade das solicitações, as prescrições devem seguir as seguintes normas:

- **Prazo de Validade:** A prescrição terá um prazo de **30 (trinta) dias** para que seja efetivada a dispensação, a partir da data de solicitação de inclusão no programa.
- **Formato e Profissional:** As prescrições devem ser emitidas por um profissional de saúde do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, utilizando receituários ou formulários oficiais da rede. É obrigatório que a prescrição seja circunstanciada, ou seja, detalhada e devidamente justificada, ou que os formulários estejam completamente preenchidos (modelo em anexo)
- **Nomes Comerciais:** Os nomes comerciais dos produtos prescritos serão considerados apenas como sugestão. A dispensação ocorrerá de acordo com as especificações

técnicas exigidas, mas com a garantia de que a fórmula, o suplemento ou a dieta dispensada possuirá similaridade e equivalência ao produto solicitado.

4.2. Documentação para Inclusão

A juntada inicial da documentação será de responsabilidade da **Equipe de Saúde da Família (ESF)** vinculada ao paciente, que deverá reunir:

- Cópia do RG/CPF do paciente ou responsável;
- Certidão de nascimento da criança, quando aplicável;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Comprovante de residência no município (retirada do IDS)
- Prescrição médica ou nutricional do SUS, circunstanciada e detalhada;
- Formulário de solicitação (médico/nutricionista do SUS);
- Formulário de acompanhamento da ESF;
- Exames laboratoriais pertinentes;
- Caderneta de saúde da criança - gráfico (quando aplicável).

Após a conferência, a ESF deverá **abrir formalmente o processo** e encaminhá-lo à assistente social da Secretaria Municipal de Saúde.

4.2.1 – Responsabilidade dos Documentos Clínicos

É de responsabilidade exclusiva dos profissionais médicos e nutricionistas do SUS a emissão da prescrição detalhada, relatórios clínicos e nutricionais, bem como o devido registro no prontuário eletrônico.

4.2.1.1. Documentos Clínicos e de Avaliação

- **Prescrição Médica ou Nutricional:** Em receituário do SUS e detalhada, contendo a descrição da fórmula, suplemento ou dieta, fracionamento e volume diário, quantidade para 1 (um) mês, previsão do tempo de uso e o CID da doença. modelo em anexo
- **Formulário de Solicitação:** Devidamente preenchido pelo profissional solicitante e pela Equipe de Saúde da Família (conforme modelos anexos).
- **Exames Laboratoriais:** No caso de erros inatos do metabolismo, intolerâncias ou alergias alimentares.
- **Caderneta de Saúde da Criança:** Cópia da página principal e do gráfico de crescimento, com o preenchimento em dia.

4.2.2 – Responsabilidade pelo CadÚnico e Avaliação Social

Compete ao **Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde:**

- Verificar e anexar a Folha Resumo do CadÚnico, quando houver;
- Realizar entrevista social e, se necessário, visita domiciliar;
- Emitir parecer social a ser juntado ao processo antes da análise pela Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição.

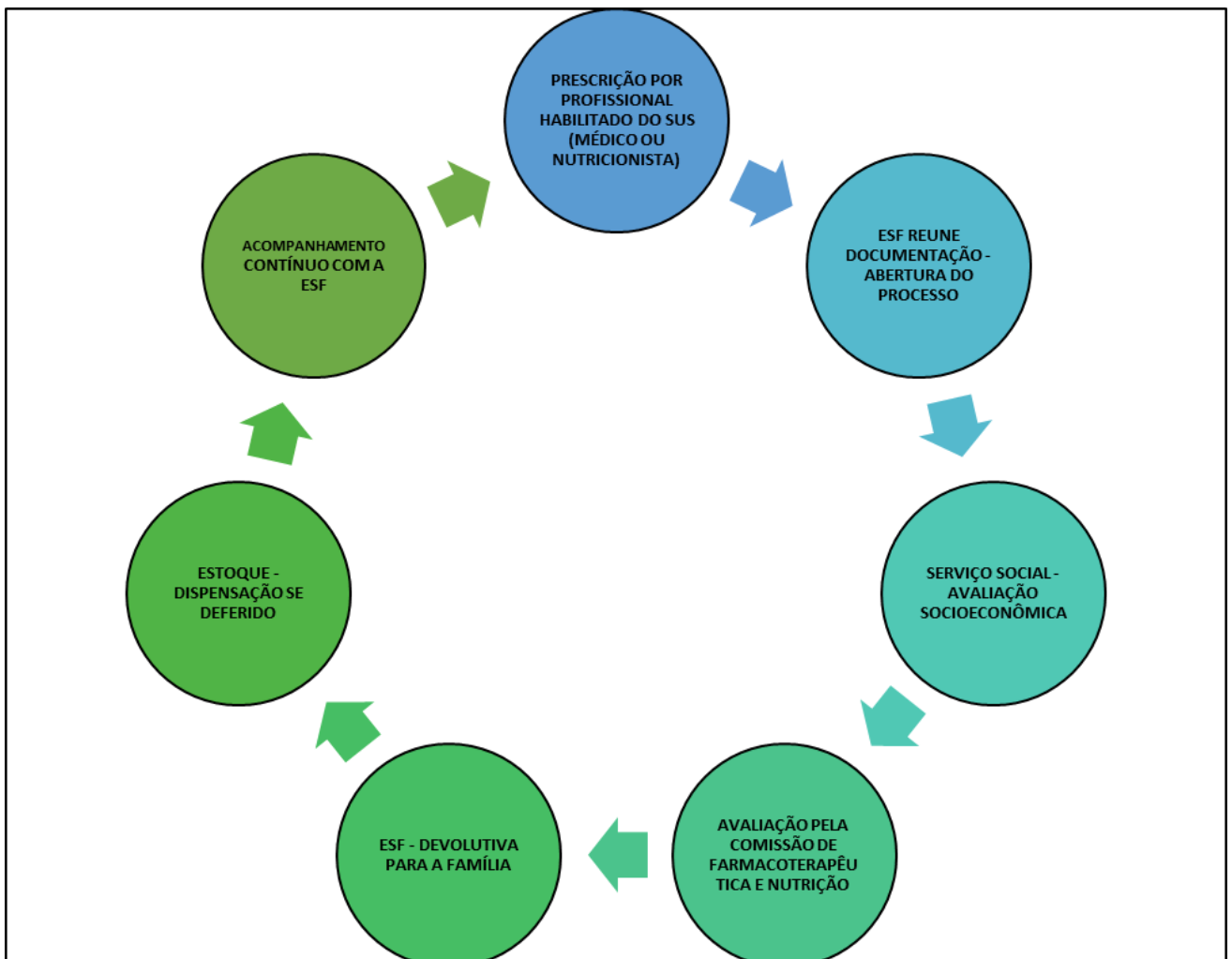
- Recolher o termo de adesão assinado pelo paciente ou responsável (conforme modelo anexo), atestando a ciência e o compromisso com as regras do programa.

4.3. Fluxo de Atendimento

O processo de dispensação é realizado em etapas, conforme ilustrado no fluxograma anexo a este protocolo. Ele detalha a jornada do paciente, desde a prescrição até a dispensação e o acompanhamento contínuo:

1. Prescrição emitida por médico ou nutricionista do SUS.
2. ESF reúne a documentação, abre o processo e encaminha à Assistente social da SMS.
3. Serviço Social verifica CadÚnico, realiza avaliação socioeconômica e anexa parecer.
4. Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição analisa tecnicamente o processo e devolve para a ESF
5. ESF faz devolutiva para a família
6. Estoque da SMS realiza a dispensação, quando deferido o processo pela Comissão.
7. ESF mantém acompanhamento contínuo do paciente.

4.3. Fluxo de Atendimento



4.4. Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição

Esta comissão é responsável pela análise técnica e deliberação final sobre as solicitações. Ela se reunirá **ordinariamente a cada 15 dias** e, em casos de urgência, **extraordinariamente**, para avaliar as demandas recebidas pelo Serviço Social.

4.5. Normas para a Dispensação

A dispensação dos produtos seguirá um conjunto de regras para garantir a segurança e a conformidade do processo:

- **Liberação do Produto:** A dispensação só será autorizada após a análise e o deferimento da inclusão no programa pela Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição.
- **Prazo:** A dispensação não é imediata e poderá ocorrer em até **30 dias** após a solicitação de inclusão no programa.
- **Retirada:** A retirada do produto exige a **assinatura do paciente ou responsável** no ato da entrega, sendo proibida para menores de 16 anos desacompanhados.
- **Uso dos Produtos:** É estritamente **proibida a comercialização ou doação** dos produtos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Os insumos são de uso exclusivo do paciente cadastrado e a violação desta norma pode resultar em penalidades legais.
- **Ajuste de Quantitativo:** A quantidade dispensada pode ser alterada (aumentada, reduzida ou suspensa) a qualquer momento, mediante nova prescrição médica ou de nutricionista, de acordo com a evolução do paciente e os critérios deste protocolo.
- **Nome Comercial vs. Especificação:** A dispensação será feita com base nas **especificações técnicas** e não no nome comercial prescrito. Durante o tratamento, o nome comercial do produto pode variar, mas a similaridade e equivalência serão sempre garantidas.
- No caso de não adaptação ou de sobra da fórmula, suplemento ou dieta, estes devem ser devolvidos à Secretaria Municipal de Saúde
- O paciente ou responsável pelo mesmo, deverá comunicar a equipe do programa quando houver qualquer alteração na prescrição, a qual será submetida a nova avaliação pela Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição

4.6.1. Regulamentação por CadÚnico

Para garantir a equidade na distribuição, o Cadastro Único (CadÚnico) será usado como critério de regulação do fornecimento. Pacientes com CadÚnico poderão receber até **100% do limite máximo** estabelecido neste protocolo.

4.7. Casos de Tratamento Oncológico e Encaminhamentos de Serviços Especializados do SUS

Nos casos em que a prescrição de dietas enterais esteja vinculada a tratamento oncológico ou a encaminhamentos provenientes de serviços especializados do Sistema Único

de Saúde (SUS) (ex.: oncologia, nefrologia, gastroenterologia, entre outros), não se aplica o fluxo estabelecido neste protocolo para análise e dispensação municipal.

Nestes contextos, a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul atuará em conformidade com as pactuações intermunicipais e fluxos definidos com os serviços de referência, respeitando as diretrizes específicas da alta complexidade.

À Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição caberá apenas:

- o registro administrativo do caso;
- a verificação de que a prescrição é de origem especializada;
- e o acompanhamento das orientações repassadas pelo serviço de referência, sem necessidade de tramitação integral pelas etapas previstas nos itens anteriores do protocolo.

5. Critérios para Permanência no Programa

A continuidade da dispensação de fórmulas, suplementos e dietas especiais está condicionada ao cumprimento dos seguintes critérios pelo paciente ou seu responsável:

5.1. Acompanhamento Regular na Unidade de Saúde da Família

- **Para crianças menores de 2 anos:** Devem seguir o calendário de puericultura com o enfermeiro e o médico da equipe de saúde, além do acompanhamento nutricional com o nutricionista. Esses acompanhamentos devem estar devidamente registrados no prontuário eletrônico.
- **Para Crianças, Adolescentes, Adultos, Gestantes e Idosos:** Devem manter o acompanhamento periódico com os profissionais da Equipe de Saúde da Família e o acompanhamento contínuo com o nutricionista, conforme a necessidade.
- Em caso de tratamento de média e alta complexidade, o acompanhamento deve ser realizado de acordo com os serviços de referência.

5.2. Adesão ao Tratamento

- O paciente ou seu responsável deve seguir rigorosamente o tratamento proposto pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo que o cuidado contínuo é uma responsabilidade compartilhada entre a equipe de saúde e o usuário.

5.3. Cumprimento do Protocolo

- O paciente e/ou responsável deve aceitar e cumprir todos os critérios instituídos neste protocolo para garantir a permanência no programa.

5.4. Alteração do município de residência

- A mudança de residência para fora do município resulta na suspensão do benefício.

6. Relação de Fórmulas, Suplementos e Dietas Padronizadas

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul padroniza e disponibiliza os seguintes produtos, conforme as necessidades clínicas dos pacientes:



6.1. Fórmulas Infantis e Especiais

- **Fórmula Infantil de Partida:** Destinada a lactentes de 0 a 6 meses. É enriquecida com prebióticos e possui proteínas modificadas na relação caseína/proteína do soro de leite.
- **Fórmula Infantil de Segmento:** Indicada para lactentes de 6 a 12 meses. Possui proteínas modificadas na relação caseína/proteína do soro de leite, enriquecida com prebióticos e DHA.
- **Fórmula Infantil Sem Lactose:** Formulação com 100% de caseína como fonte proteica, maltodextrina como fonte de carboidratos e gordura vegetal. Contém vitaminas, minerais e oligoelementos.
- **Fórmula Hipoalergênica (Proteína Hidrolisada):** Indicada para lactentes e crianças com alergia à proteína do leite de vaca e da soja. Contém proteína do soro de leite extensamente hidrolisada, LcPufas (DHA e ARA) e nucleotídeos. Isenta de sacarose, frutose e glúten.
- **Fórmula Semi-Elementar (Proteína Hidrolisada):** Destinada a lactentes e crianças com alergia à proteína do leite de vaca. Contém proteína extensamente hidrolisada de soro de leite, triglicerídeos de cadeia média (TCM), óleos vegetais e de peixe, e maltodextrina. Isenta de lactose, sacarose, frutose e glúten.
- **Fórmula Elementar de Aminoácidos:** Fórmula nutricionalmente completa, em pó, para crianças com alergias alimentares graves ou distúrbios de digestão/absorção. Isenta de proteína láctea, lactose, galactose, frutose, sacarose e glúten.

6.2. Dietas para Nutrição Enteral e Oral

- **Fórmula/Dieta Infantil Enteral/Oral Nutricionalmente Completa:** Para crianças de 0 a 12 meses, com maior concentração de nutrientes, hipercalórica. Suplementada com LCPufas (ARA e DHA), prebióticos (GOS/FOS) e nucleotídeos. Isenta de sacarose e glúten.
- **Alimento em Pó para Nutrição Oral ou Enteral (a partir de 1 ano):** Dieta polimérica, nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica e isenta de lactose e glúten.
- **Dieta Nutricionalmente Completa de Uso Oral ou Enteral:** Dieta líquida a 1,2 cal/ml, normocalórica, normoprotéica e normolipídica. Isenta de lactose, sacarose e glúten.
- **Dieta Hipercalórica de Uso Oral ou Enteral:** Dieta líquida a 1,5 cal/ml, nutricionalmente completa. Isenta de lactose, sacarose e glúten.

6.3. Complementos e Suplementos Especiais



- **Complemento Alimentar para Crianças (a partir de 1 ano):** Enriquecido com vitaminas e minerais.
- **Complemento Alimentar (Adultos):** Enriquecido com vitaminas e minerais, com adição de fibras e sem adição de açúcar.
- **Suplemento Oral Completo:** Hipercalórico, hiperproteico, normolipídico, rico em vitaminas e minerais, com fibras. Isento de lactose e glúten.
- **Módulo de Fibras Alimentares:** Composto por mix de fibras solúveis e insolúveis para regularização da função intestinal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Nota Técnica n.º 84/2010 – CGPAN/DAB/SAS/MS**. Dispõe sobre a dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia mundial para a alimentação do lactente e da criança de primeira infância**. Genebra: OMS, 2003.

ANVISA. Resolução nº 43, de 19 de setembro de 2011. Regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2011. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=218296>. Acesso em: 16 mar. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA (ASBAI). Guia prático de diagnóstico e tratamento da alergia à proteína do leite de vaca mediada pela imunoglobulina E. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 203-233, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. **Fórmulas nutricionais para crianças com alergia à proteína do leite de vaca.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS.** Dispõe sobre a dispensação de fórmulas infantis e dietas enterais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/2/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Pediatria Ambulatorial. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria.** São Paulo: SBP, 2006.



**TERMO DE ADESÃO PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS
INFANTIS, COMPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ESPECIAIS DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE RIO AZUL**

EU, _____, RG nº _____,
responsável por _____, estou de
acordo com os termos do PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS,
COMPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ESPECIAIS DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE RIO AZUL-PR.

O recebimento das fórmulas infantis, complementos alimentares e dietas especiais está vinculado à análise e parecer realizado pela equipe da Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição designada pela Secretaria da Saúde, conforme protocolo para dispensação.

As fórmulas infantis, suplementos alimentares ou dietas especiais serão dispensados de acordo com as especificações técnicas dos produtos e não pelo nome comercial prescrito, podendo, durante o tratamento, apresentar nomes comerciais diferentes, porém, com garantia de similaridade.

O tipo e a quantidade a ser dispensada poderá a qualquer momento sofrer alterações, acréscimos, reduções ou suspensões, dependendo da evolução do paciente, após reavaliação do paciente pelo médico ou nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde.

O programa tem caráter de auxílio ao paciente que possui necessidades especiais, não sendo obrigatório, portanto, a dispensação da quantidade total prescrita. No caso de não seguimento das orientações (relacionadas ao preparo, diluição e número de mamadas/dia, cuidados com a alimentação e dieta de exclusão) repassadas pela equipe do programa, a mesma não poderá ser responsabilizada por qualquer problema decorrente disso.

Não é permitida, sob hipótese alguma, a comercialização ou doação dos produtos concedidos pelo Programa. Caso se confirme esta irregularidade, o paciente será desligado automaticamente do programa. No caso de não adaptação ou de sobra da fórmula, suplemento ou dieta, estes devem ser devolvidos à Secretaria Municipal de Saúde.

O paciente ou responsável pelo mesmo, deverá comunicar a equipe do programa quando houver qualquer alteração na prescrição, a qual será submetida a nova avaliação pela Comissão de Farmacoterapêutica e Nutrição.

O recebimento será bloqueado caso não sejam cumpridos os critérios de permanência estabelecidos no protocolo. A mudança de cidade implicará na suspensão imediata. Estou ciente e concordo com as normas PROGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, COMPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ESPECIAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE RIO AZUL-PR.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____



**PROGRAMA MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS,
COMPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ESPECIAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO AZUL – PR**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO – MÉDICO/NUTRICIONISTA DO SUS
(dever ser entregue à responsável da ESF para abertura do processo)**

1. Identificação do Paciente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Gênero: () M () F

Cartão SUS (CNS): _____

Endereço: _____

2. Prescrição Médica/Nutricional (preenchida exclusivamente por profissional do SUS)

Profissional solicitante: _____

Cargo/Função: _____

Unidade de Saúde: _____

CID da doença: _____

Produto prescrito (fórmula/dieta/suplemento):

Quantidade mensal: _____ (latas/frascos/g)

Volume diário prescrito: _____

Tempo previsto de uso: _____

Justificativa clínica detalhada:

Assinatura do profissional: _____

Carimbo/CRM/CRN: _____

Data: ___/___/___

**PROGRAMA MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS,
COMPLEMENTOS ALIMENTARES E DIETAS ESPECIAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO AZUL – PR**

ABERTURA DO PROCESSO – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Este formulário deverá ser anexado pela ESF junto ao processo, antes do encaminhamento ao Serviço Social.

ESF: _____

1. Identificação do Paciente

Nome completo: _____

CNS: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Endereço: _____ Telefone: _____

2. Evolução Clínica / Acompanhamento

3. Checklist de Documentos – Obrigatórios para abertura do processo

- () Prescrição médica/nutricional do SUS (datada, com CID e via original)
- () Formulário de solicitação do médico/nutricionista do SUS
- () Exames laboratoriais pertinentes
- () Caderneta de saúde da criança (quando aplicável)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () RG/CPF ou certidão de nascimento do paciente
- () RG/CPF do responsável legal
- () Comprovante de residência atualizado (IDS)

⚠ Observação:

O processo só será aceito se todos os documentos acima estiverem anexados pela ESF.

4. Responsável pela ESF

Nome: _____

Assinatura do profissional ESF: _____

Cargo/Função: _____

Data: ___/___/___



**FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS, COMPLEMENTOS
ALIMENTARES E DIETAS ESPECIAIS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO AZUL – PR

**(Preencher a cada visita domiciliar ou consulta de acompanhamento.
Encaminhar cópia à SMS quando houver alteração de prescrição ou antes da reavaliação
periódica (3 ou 6 meses))**

1. Identificação do Paciente

Nome completo: _____

CNS: _____

2. Relatório da Equipe ESF

Unidade de Saúde da Família responsável: _____

Profissionais envolvidos no acompanhamento: _____

Avaliação de adesão ao tratamento: () Adequada () Parcial () Inadequada

Relato de intervenções já realizadas para incentivo ao aleitamento materno ou
adequação alimentar:

Estado nutricional atual:

(Escore-Z, curva de crescimento, peso/altura, outros dados relevantes)

Observações adicionais:

Assinatura do profissional ESF: _____

Cargo/Função: _____

Data: ___/___/___



**FORMULÁRIO DE ANÁLISE TÉCNICA
COMISSÃO DE FARMACOTERAPÊUTICA E NUTRIÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO AZUL – PR**

Processo nº _____

1. Identificação do Paciente

Nome completo: _____

CNS: _____

Idade: _____

Unidade de Saúde de origem: _____

2. Documentação Apresentada

() Prescrição médica/nutricional do SUS, detalhada e justificada, conforme protocolo.

() Formulário de solicitação preenchido pelo profissional do SUS que prescreveu

() Formulário de acompanhamento da ESF

() Parecer do Serviço Social SMS

() Exames laboratoriais (quando aplicável)

() Caderneta de Saúde da Criança / Curva de Crescimento (quando aplicável)

() Termo de Adesão assinado

3. Critérios Clínicos

() Indicação justificada de contraindicação ao aleitamento materno

() Erros inatos do metabolismo (galactosemia, fenilcetonúria, etc.)

() Diagnóstico de alergia alimentar (ex.: APLV) / intolerância comprovada

() Problemas de saúde que comprometem a deglutição/absorção

() Necessidade de nutrição enteral exclusiva

() Ganho de peso inadequado / desnutrição comprovada

() Outros (especificar): _____

4. Critérios Nutricionais

() Acompanhamento nutricional regular registrado em prontuário

() Avaliação de crescimento e estado nutricional atual disponível

() Reavaliação periódica prevista (3 meses para suplementos, 6 meses para dietas enterais)

() Orientações de incentivo ao aleitamento materno realizadas previamente

() Adequação do uso e preparo dos produtos verificada

() Outros (especificar): _____

5. Critérios Sociais

() Comprovação de residência no município

() Avaliação socioeconômica realizada pelo Serviço Social

() Registro no CadÚnico apresentado (quando aplicável)

() Contexto familiar avaliado por entrevista/visita domiciliar

() Outras observações sociais relevantes: _____

6. Parecer da Comissão

() Deferido

() Indeferido

() Deferido parcialmente (detalhar): _____



Justificativa:

7. Encaminhamentos e Observações

- () Reavaliação clínica/nutricional em ___/___/___
- () Solicitar exames complementares: _____
- () Ajustar quantidade prescrita para: _____
- () Encaminhar ao Serviço Social para acompanhamento domiciliar
- () Orientações adicionais ao responsável: _____
- () Retorno para adequação de documentos:

() Outros encaminhamentos: _____

8. Assinaturas dos Membros Presentes

Graziele Franco Fabris Cabral, Farmacêutica – Presidente

Juliane Rodrigues de Souza Ceuchuk, Nutricionista – Membro

Marcos Junior de Lima, Enfermeiro – Membro

Keiti Rosa Banardeli, Assistente Social – Membro

Data da reunião: ___/___/___