



**DEPUTADO
IRAPUAN PINHEIRO**
PREFEITURA MUNICIPAL

LEI Nº. 488/2021

**INSTITUI O PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO
DE FRALDAS GERIÁTRICAS, LEITE E
DIETAS ALIMENTARES ESPECIAIS E LEITE
PASTEURIZADO.**

O PREFEITO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO,
no uso de suas atribuições legais, faço saber que a Câmara Municipal de Deputado
Irapuan Pinheiro aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art.1º Cria e implanta o Programa Municipal de Distribuição de fraldas
geriátricas, leite e dietas alimentares especiais e leite pasteurizado o qual deverá funcionar
conforme as diretrizes e normas no Anexo I desta Lei.

Art. 2º. As despesas decorrentes desta lei serão atendidas por créditos
orçamentários e respectivas dotações consignadas na Lei Orçamentária Anual vigente.

Art. 3º. O Poder Executivo regulamentará, através de Decreto, no que couber,
a presente Lei.

Art.4º Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação.

**Gabinete do Prefeito Municipal de Deputado Irapuan Pinheiro, Estado
do Ceará, em 30 de junho de 2021.**


FRANCISCO GILDECARLOS PINHEIRO

PREFEITO MUNICIPAL

PAÇO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

AVENIDA DOS TRÊS PODERES, CENTRO | CEP: 63 645-000
CNPJ: 12.464.103/0001-91 | EMAIL: PMDIPADM@GMAIL.COM
FONE: (88) 3569-1218

ANEXO I LEITES E DIETAS ALIMENTARES ESPECIAIS

Infantil (0 a 6 meses):

Segundo o caderno de atenção básica nº 23 e 33, o Ministério da saúde preconiza os seguintes volumes e nº de refeições diárias, conforme tabela abaixo:

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60 – 120ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150ml	6 a 8
2 a 3 meses	150 – 180ml	5 a 6
3 a 4 meses	180 – 200ml	4 a 5
> 4 meses	180 – 200ml	2 a 3

(Fonte: BRASIL, 2012)

Estes valores são aproximados, de acordo com a variação do peso corporal e idade da criança. Os valores de volume e refeições devem ser pré-definidos, pelo médico pediatra e/ou nutricionista do SUS, no momento da avaliação para indicação da fórmula correta e serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde no percentual de 50% do recomendado ou de acordo com a possibilidade orçamentária do Município, considerando o Princípio da Reserva do Possível.

A concessão de leites e dietas especiais deverá obrigatoriamente preencher os requisitos nas três avaliações (médica, nutricional e social) quando exigido. Descrição da fórmula láctea:

Fórmula infantil de partida nº 1 para lactentes até os 6 meses de vida, com proteínas lácteas.

PAÇO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

Critérios:

- Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID e anotação na caderneta de vacinas;
- Avaliação nutricional;
- Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção, interfiram no estado nutricional e impeçam a amamentação até 12 meses de idade;
- Crianças com alimentação através de sonda;
- Doença materna que contra indique a amamentação (comprovada através de relatório médico SUS), malformações e neoplasias da mama, doença psiquiátrica grave, utilização de medicamentos que contra indiquem a amamentação conforme as recomendações do Ministério da Saúde;
- Infecção materna por HIV;
- Prematuridade/gemelaridade com sequelas e comprometimento nutricional; doenças congênitas graves e comprometimento nutricional; crianças classificadas dentro dos parâmetros.
- Participar obrigatoriamente no grupo de orientações para introdução de alimentos a partir do quarto mês de idade da criança;
- Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.
- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

DIETAS ESPECIAIS

Typo I: Alimento em pó para nutrição oral ou enteral para crianças a partir de 1 ano de idade, nutricionalmente completo e rico em vitaminas e minerais. Permite

PAÇO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

preparo nas diluições 1,0kcal/ml, 1,25kcal/ml e 1,5kcal/ml. Pode ser adicionado diretamente nos alimentos. Isento de lactose.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado.

Critérios:

-Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

-Avaliação e acompanhamento nutricional;

- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

- Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

- Crianças em risco nutricional, desnutridas ou com desaceleração do crescimento, classificadas dentro dos parâmetros.

- Com doenças crônicas (ex. fibrose cística, cardiopatias, doença celíaca, câncer, etc), anorexia, estomatite, restrição hídrica, em pré ou pós-operatório;

- Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo II: Fórmula isolada de soja, 100% proteína isolada de soja, enriquecida com minerais e vitaminas.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado.

Critérios:

- Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

- Avaliação e acompanhamento nutricional;

- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

-Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

- Crianças que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna, de leite de vaca e derivados;

- Crianças com alergia a proteína do leite de vaca (APLV);

-Intolerância a lactose.

- Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo III: Dieta semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite, TCM, óleos vegetais, de Mortierella alpina e de peixe; maltodextrina, vitaminas, minerais, nucleotídeos e oligoelementos. Isento de lactose, sacarose, frutose e glúten.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado.

Critérios:

- Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

-Avaliação e acompanhamento nutricional;

- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

- Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

- Crianças desde o nascimento;

- Crianças que apresentem comprometimento nutricional: até a melhora do estado nutricional (comprovada através de laudo médico e nutricional), classificadas dentro dos parâmetros.

-Apresentar alergia à proteína do leite de vaca e/ou soja;

-Crianças com intolerância a lactose, sem resposta a formula de isolado de soja;

-Crianças com APLV IgE mediada, sem resposta a fórmula isolada de soja;

-Crianças com APLV IgE não mediada;

-Distúrbios absorptivos ou outras condições clínicas que requerem uma terapia nutricional com dieta ou fórmula semi-elementar e hipoalergênica;

- Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo IV: Suplemento oral especialmente planejado para oferecer nutrição completa e balanceada. Dieta Normocalórica e normoproteica, rica em vitaminas e sais minerais. Contém 28 vitaminas e minerais essenciais, inclusive antioxidantes, como as vitaminas C e E, selênio, zinco e beta-caroteno. Isento de lactose e glúten. Para adultos e crianças maiores de 4 anos. Contém sacarose. Densidade Calórica: 1,0Kcal/ml.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado seguindo os seguintes critérios:

- Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

-Avaliação e acompanhamento nutricional;

- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

-Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

-Alimentação através da sonda;

-Situações de comprometimento nutricional (comprovar através de avaliação médica e/ou nutricional) que necessitem de suplementação:

a) Doenças alérgicas e imunológicas,

- b) Neoplasia
- c) Doenças do esôfago
- d) Desnutrição
- e) Doenças neurológicas
- f) Doenças degenerativas
- g) Distúrbio de absorção de nutrientes
- h) Doenças pulmonares

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo V: Fórmula líquida padrão, nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica e normolipídica. 1200 kcal/L. Com 100% proteína da soja. Criada especialmente para atender as necessidades nutricionais na manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes. Dieta isenta de sacarose, lactose e glúten.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado seguindo os seguintes critérios:

- Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;
- Avaliação e acompanhamento nutricional;
- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;
- Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;
- Alimentação através da sonda;

Situações de comprometimento nutricional (comprovar através de avaliação médica e/ou nutricional) que necessitem de suplementação:

- a) Doenças alérgicas e imunológicas;

PAÇO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO



- b) Neoplasia;
- c) Doenças do esôfago;
- d) Desnutrição;
- e) Doenças; neurológicas
- f) Doenças degenerativas
- g) Distúrbio de absorção de nutrientes
- h) Doenças pulmonares

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Leite Pasteurizado Integral 1l fresco:

Avaliação deve ser realizada pelos profissionais integrantes do SUS em âmbito municipal.

Critérios:

- Avaliação nutricional: desnutrição e insegurança nutricional - crianças acima de três anos com baixo peso, gestantes com recomendação médica e nutricional de suplementar alimentação, idosos em risco nutricional que não esteja utilizando outra suplementação

-Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

- Ficha de avaliação (Anexo II) preenchida pelo médico do SUS com CID;

- Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

- Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao Município, RG, CPF, comprovante de residência) e carteira de vacinação em dia;

-Residir há um ano no município;

-Será atendido pelo programa apenas um beneficiário por família;

- Haverá desligamento do programa por três (03) faltas consecutivas ou cinco (05) faltas alternadas, e/ou ausência de assinatura mensal na listagem de entrega.

- Renda per capita 50% do salário mínimo nacional;

Local e horário de distribuição: serão disponibilizados locais de entrega e horário determinados por resolução do CMS.

FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS

Critérios:

-Serão atendidos os pacientes portadores nas seguintes situações:

1. Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
2. Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
3. Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

- Ficha de avaliação (Anexo III) preenchida pelo médico do SUS com CID;

-Avaliação deve ser realizada pelos profissionais integrantes do SUS em âmbito municipal;

-Não serão atendidos pacientes assistidos em planos de saúde e/ou outros serviços privados;

- A ficha de avaliação médica terá validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da mesma;

- Não serão atendidos pacientes institucionalizados, mas apenas aqueles em cuidados domiciliares;

- Serão fornecidas a quantidade máxima diária de 6 (seis) unidades.

-O fornecimento será realizado mensalmente na Farmácia Municipal;



**DEPUTADO
IRAPUAN PINHEIRO**
PREFEITURA MUNICIPAL

- A equipe de saúde de referência do paciente deverá realizar reavaliações semestrais na residência do paciente, com objetivo de definir a necessidade de continuidade do atendimento;

- Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho.



**DEPUTADO
IRAPUAN PINHEIRO**
PREFEITURA MUNICIPAL

ANEXO II

**Ficha de avaliação para fornecimento de leites e dietas especiais
Deve ser preenchida pelo médico que acompanha o paciente (SUS) até o item D.**

a) Identificação

Nome: _____ D.N.: ___/___/___

Nome do profissional: _____

ESF _____ de _____ Referência: _____

b) Sinais e sintomas clínicos:

CID: _____

c) Solicitação

Infantil (0 a 6 meses)

Leite Pasteurizado

Fórmula Tipo I

Fórmula Tipo II

Fórmula Tipo III

Fórmula Tipo IV

Fórmula Tipo V

d) Avaliação da condição nutricional

Peso:

Altura:

Data: ___/___/___

Carimbo:

PAÇO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

AVENIDA DOS TRÊS PODERES, CENTRO | CEP: 63 645-000

CNPJ: 12.464.103/0001-91 | EMAIL: PMDIPADM@GMAIL.COM

FONE: (88) 3569-1218



**DEPUTADO
IRAPUAN PINHEIRO**
PREFEITURA MUNICIPAL

e) Conduta:

No momento não preenche os critérios

Liberado fornecimento de ____ latas/litros por mês, por ____ meses.

Anexar avaliação nutricional e social caso seja requisito obrigatório.



**DEPUTADO
IRAPUAN PINHEIRO**
PREFEITURA MUNICIPAL

Anexo III

Ficha de avaliação para fornecimento de fraldas geriátricas

Deve ser preenchida pelo médico que acompanha o paciente (SUS) até o item C.

a) Identificação

Nome: _____ D.N.: ___/___/___

Nome do profissional: _____

ESF de Referência: _____

b) Sinais e sintomas clínicos:

CID: _____

c) Solicitação

Tamanho:

P

M

G

EG

Data: ___/___/___

Carimbo:

d) Conduta:

No momento não preenche os critérios

Liberado fornecimento de ___ fraldas por mês, por ___ meses.

PAÇO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL DE DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO

AVENIDA DOS TRÊS PODERES, CENTRO | CEP: 63 645-000
CNPJ: 12.464.103/0001-91 | EMAIL: PMDIPADM@GMAIL.COM

FONE: (88) 3569-1218