



Superintendência de Atenção à Saúde

Núcleo de Governança Clínica

Tipo do documento	Protocolo Organizacional	Versão: 01 Pág.: 18
Título do documento	PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS ESPECIAIS PARA CRIANÇAS COM APLV E ALERGIA ALIMENTAR MÚLTIPLA	Data de emissão: 16/09/2025 Revisão: sob demanda

1. INTRODUÇÃO

A recomendação do Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde é aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade, sem outros líquidos sólidos. Estudos científicos comprovam a importância e a superioridade do leite materno em relação aos leites de outras espécies (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O aleitamento materno é uma prática alimentar recomendada para promoção da saúde e no desenvolvimento infantil e suas vantagens são indiscutivelmente superiores a fórmulas especiais, no entanto existem crianças que desenvolvem alergia alimentar, que pode ocorrer devido a componentes tóxicos ou químicos de alimentos, ou a outras substâncias do próprio organismo do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Segundo Venter C, et al (2017) as alergias a proteína do leite de vaca (APLV) é a mais comum dentre as apresentações de alergias alimentares que ocorre na infância precoce. E o número tem aumentado significativamente nas últimas décadas (Sociedade Brasileira de Pediatria 2022).

A confirmação diagnóstica da APLV é realizada a partir de história clínica sugestiva, desaparecimento dos sintomas de 1 a 30 dias com dieta de exclusão da proteína do leite de vaca (fase de exclusão) e reaparecimento dos sintomas ao realizar o teste de provocação oral (TPO) conforme relatório de recomendação da CONITEC (2017).



As fórmulas disponíveis padronizadas pela CONITEC, incluem fórmulas à base de soja, à base de proteína extensamente hidrolisada, com ou sem lactose e a base de aminoácidos. E devem seguir recomendações específicas de história clínica de e alergia, reação alérgica e ou resultado positivo de teste de desencadeamento alimentar oral, para iniciar tratamento.

Diante desse cenário a Secretaria Municipal de Saúde, estabelece nesse protocolo os moldes de dispensação de fórmulas especiais, com foco no melhor custo-efetividade para o paciente nas diferentes faixas etárias, considerando os recursos disponíveis.

2. OBJETIVO GERAL

Estabelecer critérios de dispensação de fórmulas infantis para crianças de 0 a 24 meses com APLV e alergias múltiplas, aumentando a eficiência dos recursos empregado no município de Aparecida de Goiânia.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar o acompanhamento nutricional dos usuários contemplados com fórmulas infantis especiais;
- Atender critérios científicos para indicação de fórmulas por faixa etária para crianças com APLV e alergias múltiplas:

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Possuir de 0 a 24 meses;
- Ser morador de Aparecida de Aparecida de Goiânia;
- Possuir alergia a proteína do leite e/ou IgE mediada ou IgE não mediada;
- Alergia Alimentar Múltipla;



4. O PROGRAMA DE FORNECIMENTO DE FÓRMULAS ESPECIAIS

O programa de fórmulas especiais é destinado às crianças do município de Aparecida de Goiânia, cujo diagnóstico e ou quadro clínico se enquadra nos critérios de inclusão. Terão direito ao fornecimento os que atenderem os critérios supracitado, e apresentarem a documentação necessária, avaliada por equipe multiprofissional (médico regulador/auditor e assistente social).

A avaliação se dará em duas fases, a primeira na entrega da documentação, preenchimento do profissional médico, constando história clínica, código de classificação Internacional de doenças, exames conforme item 5.0 realizada pelo médico regulador. E a segunda por meio de visita domiciliar, realizada pela assistente social para confirmação de moradia.

5. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- a) O responsável deverá apresentar relatório preenchido por médico pediatra, gastropediatra ou imunologista, conforme modelo disponível em <http://saude.aparecida.go.gov.br/> na aba Farmácias, item II-Medicamentos e Fórmulas Infantis, (ANEXO 01);
- b) Receita médica atualizada contendo (nome do paciente, fórmula e posologia);
- c) Cópia legível do RG (Registro Geral ou Certidão de Nascimento) da criança;
- d) Cópia do acompanhamento da curva de crescimento;
- e) Cópia CPF da criança (Cadastro de Pessoa Física);
- f) Cópia do Cartão SUS atualizado (possuir cadastro ativo no serviço);
- g) Cópia do documento de identidade do pai ou mãe e/ou responsável (caso não seja os pais, apresentar documentação que comprove a tutela);
- h) Cópia e original do comprovante de residência de Aparecida de Goiânia atualizado (quando o comprovante não for em nome do paciente/responsável apresentar declaração com firma reconhecida em cartório de contrato de aluguel);
- i) Preencher, assinar e entregar o formulário do paciente disponibilizado no site da Secretaria Municipal de Saúde na aba Farmácia de Alto Custo, conforme anexo I.



No endereço Rua Manaus QD 12 Lt.07- Bairro Vera Cruz. Atendimento das 08 às 17 horas sem intervalo de almoço;

- j) Relatório de visita do assistente social realizado por profissional da farmácia de alto custo (ANEXO 03);

6. FÓRMULAS DISPONÍVEIS PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS E INDICAÇÕES

- a) Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres (FAA):

- Crianças (até 24 meses) com APLV e que apresentem sintomas graves, como alto risco de desenvolvimento de reações anafiláticas ou
- Crianças que persistam com sintomas e estejam em uso de dieta extensamente hidrolisada (alergia ao hidrolisado proteico) ou
- Crianças que apresentem síndrome de má absorção grave com intenso comprometimento da condição nutricional.

- b) Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada;

- Indicadas como primeira opção para todas as crianças até vinte e quatro meses com APLV não mediada por IgE e para as crianças menores de 6 meses com APLV mediada por IgE.

- c) Fórmula hidrolisada sem lactose;

- Indicadas como primeira opção para todas as crianças até vinte e quatro meses com APLV não mediada por IgE e para as crianças menores de 6 meses com alergia a lactose.

- d) Fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína de soja (FS);

- Entre 6-24 meses, APLV mediada por IgE: fórmula de soja é a primeira opção; se não houver remissão, trocar para FEH; persistindo, usar FAA. Serviços e informações do Brasil.



- Pode considerar soja em maiores de 06 meses com alergia IgE-mediada, especialmente quando houver restrições financeiras ou preferência familiar (ex.: famílias veganas).

7. QUANTIDADE DE FÓRMULAS

Quadro 1. Quantitativo mensal de fórmulas nutricionais para fins específicos por idade, em latas. Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Alergia a Proteína do Leite de Vaca da Comissão de Nacional de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (2022).

Idade (meses)	Fórmulas infantis á base de proteína de soja (<u>FS</u>)	Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas á base de proteína extensamente hidrolisada (<u>FEH</u>)	Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específica á base de aminoácidos livres (<u>FAA</u>)
0 a 3 (atingindo 100 % da necessidade energética)	-	9 latas	9 latas
3 a 6 (calculou-se que a fórmula infantil deve atender 70% e 50% das necessidades energéticas aos 6-9 meses e 9-12 meses, respectivamente)	-	10 latas	10 latas
6 a 9 (calculou-se que a fórmula infantil deve atender 70% e 50% das necessidades energéticas aos 6-9 meses)	8 latas	8 latas	8 latas
9 a 12 (calculou-se que a fórmula infantil deve atender 70% e 50% das necessidades energéticas aos 6-9 meses)	7 latas	7 latas	7 latas
12 a 24 (o cálculo foi baseado para atender um terço das necessidades energéticas do período, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde)	6 latas	6 latas	6 latas

Obs: Crianças de 0 a 24 meses por via enteral, 100% das necessidades energéticas atendidas.

Os valores acima mencionados são de quantidade compatível com a idade em meses, conforme as necessidades nutricionais pelo Ministério da Saúde (2020) Sociedade Brasileira de Pediatria (2020).



8. RESPONSABILIDADE DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS;

- a) Manter acompanhamento com especialistas, conforme item 12, sendo responsabilidade dos pais o agendamento das consultas por meio dos canais apropriados;
- b) Manter cadastro de telefone, endereço e cartão SUS atualizados.

9. RESPONSABILIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA FARMÁCIA DE ALTO CUSTO

- a) Receber e checar documentação completa;
- b) Orientar e sanar as dúvidas dos responsáveis sobre a abertura e renovação do processo;
- c) Não receber documentação incompleta e com rasuras.

10. RESPONSABILIDADE DO MÉDICO ASSISTENTE (PEDIATRA/GASTROPEDIATRA/IMUNOLOGISTA)

- a) Preencher relatório com linguagem técnica, clara e objetiva, conforme formulário padronizado (ANEXO 01);
- b) Preencher prescrição com fórmula, posologia e quantidade, conforme idade do lactente (**caso a quantidade ultrapasse a quantidade preconizada, o profissional deverá embasar justificativa detalhada no relatório**);
- c) Realizar transição de fórmula a cada 6 meses conforme orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria (ANEXO 2);
- d) Acompanhar o lactente e orientar sobre as transições de fórmulas, bem como explicar o uso;
- e) Encaminhar a criança para acompanhamento Nutricional a partir dos 6 meses de idade;
- f) **Preencher o formulário de acompanhamento para renovação do processo (ANEXO 2) a cada 6 meses;**



11. RESPONSABILIDADE DO MÉDICO REGULADOR

- a) Observar critérios de encaminhamentos, bem como documentação necessária;
- b) Arguir quando e contrarreferenciar quando a destinação de recursos extrapolar preconizado pelo Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e/ou estudos científicos, zelando pela oferta do serviço;
- c) Zelar pela destinação de recursos de acordo com princípios da administração pública;
- d) Registrar sobre avaliação do processo e manifestar parecer;
- e) Reavaliar processos a cada 6 meses para sinalizar possível transição de fórmulas, conforme protocolo estabelecido;

12. RENOVAÇÃO/ ACOMPANHAMENTO E TRANSIÇÃO

O paciente já cadastrado no programa deverá ser acompanhando por especialista e apresentado Formulário (ANEXO 2);

- a) A criança deverá ser acompanhada pelo especialista a cada 90 dias durante o primeiro ano de vida. E depois de 1 ano de vida a cada 6 meses;
- b) O paciente deverá sair com agendamento do acompanhamento da unidade onde foi atendido;

13. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Mudança de município;
- b) Idade superior ao atendido no programa (caso a criança não apresente desencadeamento, o médico assistente deverá realizar relatório e preencher o formulário de acompanhamento) com embasamento científico, justificando a necessidade de prolongar o tratamento e/ou relatório de idade corrigido;
- c) Recuperação Clínica;
- d) Não apresentar documentos de renovação no tempo estabelecido no protocolo.



	NOME	CARGO	ÁREA DE ATUAÇÃO
Elaboração	Hérica Souza Leguizamon	Coordenadora	NGC
	Ana Cláudia Jaime de Paiva	Enfermeira	NGC
Colaboradores	Sandra Trepichio Fernandes Netto	Nutricionista	Farmácia de Alto Custo
	Edna Cândida Tavares	Diretora	Farmácia de Alto Custo
	Thaís de Oliveira Lopes	Nutricionista	UBS Veiga Jardim
	Carolina Veloso Galvão	Nutricionista	UBS Garavelo Park
	Gabriela Souza Castro	Pediatra	Coordenadora Médica da SAS
Revisão	Cristiane Fausta Rezende	Coordenadora	Coordenação de Assistência Farmacêutica
	Edmila Lucas de Lima	Enfermeira	Coordenação de Assistência Farmacêutica
Aprovação	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente	Superintendência de Gestão e Planejamento
	Gustavo Amoury	Superintendente	Superintendência de Atenção à Saúde
	Loanny Moreira Barbosa	Diretora	Urgência/Emergência e Atenção Especializada



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologia no SUS. Fórmulas nutricionais para crianças com alergia a proteína do leite de vaca. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela Portaria MS/GM nº1.559 de 1º de agosto de 2008.** Brasília, 2008.

Johansson SG, Bieber T, Dahl R, et al. **Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee for the World Allergy Organization - 2003.** J Allergy Clin Immunol. 2004; 113: 832-836.

Keil T. **Epidemiology of food allergy: what's new? A critical appraisal of recent populationbased studies.** Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2007 Jun;7(3):259-63

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência e Tecnologia, Inovação e insumos Estratégicos em Saúde-CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Alergia a Proteína do Leite de Vaca.** Brasília, 2022.

RESOLUÇÃO CREMERS nº 09/2011 **Institui o médico regulador ou gerente de fluxos dos serviços de emergências e urgências.** Conselho Regional do Rio Grande do SUL. RS 2011.

SAMPSON HA. **Update on food allergy.** J Allergy Clin Immunol 2004; 113:805-19.

SILVA, M, OLIVEIRA, R. **Judicialização, o médico regulador do sus e os desafios bioéticos na tomada de decisão nas internações hospitalares.** I Webcongresso Internacional de Direito Sanitário. Brasília, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA SBP. **Departamento Científico de Gastroenterologia. Alergia alimentar não-IgE mediada: formas leves e moderadas (guia prático de atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria).** São Paulo, 2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Princípios da Administração Pública; poderes, deveres, direitos e responsabilidade.** São Paulo, 2013.

VENTER C, BROWN T, MEYER R, WALSH J, SHAH N, NOWAK-WEGRZYN A, et al. Better recognition, diagnosis and management of non-IgE mediated cow's milk allergy in infancy: iMAP-an international interpretation of the MAP (milk allergy in Primary Care) guideline. Clin Transl Allergy. 2017;7:7-26.



ANEXO 01

PREFEITURA DE APARECIDA SECRETARIA DE SAÚDE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL ESPECIAL (ESTE FORMULÁRIO É UM DOCUMENTO QUE DEVE SER DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO MÉDICO ESPECIALISTA)			
Paciente			
Endereço			
Telefones para contato			
Data de Nascimento		/ /	Idade
Foi prematuro?	Não ☐ Sim ☐	Peso nascimento	
Sinais e sintomas:			
Idade de Início dos sintomas	Qual leite teve reação alérgica?	☐ Leite de vaca ☐ Soja ☐ Hidrolisado ☐ Aminoácido ☐ Outros ☐ Amamentação Livre demanda	
Tempo de latência após ingestão de leite para sintomas		☐ < 2 horas ☐ > 2 horas	
Trato Gastrointestinal	Trato Respiratório	Pele	Outros
☐ Dor Abdominal/Cólica	☐ Broncoespasmo	☐ Urticária	☐ Anafilaxia
☐ Diarreia	☐ Tosse	☐ Angioedema	☐ Cefaléia
☐ Constipação	☐ Prurido Orofaringe	☐ Prurido	☐ Otite
☐ Vômitos/ Náuseas	☐ Rinite e coriza nasal	☐ Rash	☐ Baixo ganho de peso
☐ Distensão Abdominal	☐ Edema de laringe	☐ SAO	☐ Inapetência
☐ Flatulência		☐ Dermatite	☐ Irritabilidade
☐ Sangue nas fezes			☐ Recusa alimentar
☐ Refluxo/ Regurgitação/ Soluços			☐ Fissura anal
☐ Muco nas fezes			
1 – Descreva alimentação atual:			
2 – Resultado do teste dos exames últimos 90 dias: ☐ IgE mediado _____ ☐ Outro. Qual? _____ / _____ ☐ IgE não mediado _____ ☐ Teste de Provocação Oral (TPO) _____			
3 – Medicação em uso? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____			
4 – Comorbidades? ☐ Sim ☐ Não Qual? _____			



5 – Avaliação nutricional Peso: _____ Estatura: _____ Escore-z: _____

6 – Diagnóstico principal:

☐ APVL _____ IgE mediada _____ não IgE mediada _____ mista

☐ Intolerância a lactose

☐ Alergia alimentar múltipla

☐ Outros Qual: _____ CID: _____

7 – Resumo da Evolução clínica desde nascimento

Justificativa: _____

FÓRMULA SOLICITADA	IDADE	QTD de latas	TEMPO INICIAL DE TRATAMENTO
☐ Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres (FAA)	0 A 3 ANOS		
☐ Fórmulas infantis à base de proteína de soja (FS)	A Partir de 6 meses		
☐ Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) COM LACTOSE	A partir de 0		
Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) SEM LACTOSE	A partir de 0		

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____

CRM: _____ Telefone de Contato: _____

Data ____/____/____ Carimbo e assinatura: _____

Assinatura do pai e/ou mãe e/ou responsável, local e data

[illegible]



ANEXO 02

Paciente			
Nome da mãe			
Telefones para contato			
Data de Nascimento	Idade		
Foi prematuro?	Não ☐ Sim ☐		
Peso nascimento			
Sinais e sintomas:			
Idade do início do tratamento	Fórmula atual		
☐ Soja (FS) ☐ Hidrolisado (FEH) ☐ Aminoácido (FAA) ☐ Hidrolisado (FEHSL) ☐ Mista (LD)			
Tempo de tratamento	Persistência de sintomas? ☐ Sim ☐ Não		
Trato Gastrointestinal	Trato Respiratório	Pele	Outros
☐ Dor Abdominal/Cólica	☐ Broncoespasmo	☐ Urticária	☐ Anafilaxia
☐ Diarreia	☐ Tosse	☐ Angioedema	☐ Cefaléia
☐ Constipação	☐ Prurido Orofaringe	☐ Prurido	☐ Otite
☐ Vômitos/ Náuseas	☐ Rinite e coriza nasal	☐ Rash	☐ Baixo ganho de peso
☐ Distensão Abdominal	☐ Edema de laringe	☐ SAO	☐ Inapetência
☐ Flatulência		☐ Dermatite	☐ Recusa alimentar
☐ Sangue nas fezes			☐ Fissura anal
☐ Refluxo/ Regurgitação/ Soluços			
Quadro adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022.			
1 – Resultado do teste dos exames últimos 90 dias:			
☐ IgE mediado _____ ☐ Outro. Qual? _____ / _____			
☐ IgE não Mediado _____ ☐ Teste de Provocação Oral (TPO) _____			
2 – Medicação em uso?			
☐ Sim ☐ Não			
Qual? _____			
3 – Comorbidades?			
☐ Sim ☐ Não			
Qual? _____			



4 – Avaliação nutricional	Peso: _____ Estatura: _____ Escore-z: _____
---------------------------	---

6 – Diagnóstico principal:

☐ APVL _____ IgE mediada _____ não IgE mediada _____ mista

☐ Intolerância a lactose

☐ Alergia alimentar múltipla

☐ Outros Qual: _____ CID: _____

7 – Resumo da Evolução clínica desde nascimento desde a última consulta justificativa:

NOVA FÓRMULA SOLICITADA	IDADE	QTD de latas Conforme necessidade energética	TEMPO INICIAL DE TRATAMENTO
☐ Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres (FAA)			
☐ Fórmulas infantis à base de proteína de soja (FS)			
☐ Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) COM LACTOSE			
Fórmulas infantis para necessidade dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) SEM LACTOSE			

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____

CRM: _____ Telefone de Contato: _____

Data ____/____/____ Carimbo e assinatura: _____

Assinatura do pai e/ou mãe e/ou responsável



PREFEITURA DE

APARECIDA

SECRETARIA DE SAÚDE



☐ Deferido
 ☐ Indeferido

PARECER DO MÉDICO REGULADOR

Dados do Médico regulador:

Nome: _____

CRM: _____ Telefone de Contato: _____

Carimbo e assinatura do médico regulador



ANEXO 03

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIAL

FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL	
IDENTIFICAÇÃO PACIENTE:	
Nome _____	
Nome da mãe: _____	
Raça: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____	
Profissão: _____ Telefone: _____	
Endereço _____	
Possui acompanhante/cuidador? ☐ SIM ☐ NÃO	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Nome completo do profissional: _____	
Data da avaliação: ____/____/____	
Local da avaliação: ☐ residência ☐ posto de saúde ☐ hospital ☐ escola ☐ outro: _____	
Assinalar quem prestou as informações: ☐ A própria pessoa ☐ Pessoa de convívio próximo. Quem: _____	
☐ Outro: Descreva: _____	
INSTRUMENTAL DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA – 2010*	
Situação Econômica da Família	
Quadro 1 - Situação Econômica da Família	
Renda Bruta	Pontos
+ DE 100\$M	21
+ DE 60 A 100 \$M 18 + DE 30 A 60 \$M	18
+ DE 30 A 60 \$M	14
+ DE 15 A 30 \$M	12
+ DE 9 A 15 \$M 09 + DE 4 A 9 \$M	09
09 + DE 4 A 9 \$M	05
+ DE 2 A 4 \$M	03
+ DE 1/2 A 2 \$M	02
ATE 1/2 \$M	01
TIPO DE RENDIMENTO: ☐ salário ☐ retirada pró-labore ☐ rendimento financeiro ☐ aluguéis ☐ benefícios do governo ☐ honorários ☐ aposentadoria ☐ pensionista ☐ seguro desemprego ☐ outros Especificar: _____	
Quadro 2 – Número de membros residentes da família	
1 a 2	06
3 a 4	04
5 a 6	03
7 a 8	02
Acima de 8	01
Quadro 3 – Escolaridade dos membros da família	
Superior	07
Superior incompleto ou Médio completo	05
05 Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até o 9º ano)	04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até o 5º ano)	03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)	02
Alfabetizado	01
Analfabeto	00
Obs.: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).	
Quadro 4 – Habitação	
Condição / situação	Pontos
	Insatisfatória Regular Boa Ótima
Própria	7 8 9 10
Financiada	6 7 8 9
Alugada	5 6 7 8
Cedida	3 4 5 6
Outras	0 0 1 2
Obs.: Para pontuar condição / situação habitacional: considerar: tipo, modalidade, acomodações, zona e infraestrutura (água, luz, esgoto e coleta de lixo, telefonia).	



Quadro 5- Ocupação dos membros da Família	Pontos
Empresários: Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.	13
Trabalhadores da alta administração: Juizes, Promotores, Diretores, Administradores, Gerentes, Supervisores, Assessores, Consultores, etc.	11
Profissionais liberais autônomos: Médico, Advogado, Contador, Arquiteto, Engenheiro, Dentista, Representante comercial, Oculista, Auditor, etc.	10
Trabalhadores assalariados administrativos, Técnicos e Científicos: Chefias em geral, Assistentes, Ocupações de nível médio e superior, Analistas, Atletas profissionais, Técnicos em geral, Servidores públicos de nível superior, etc.	09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração (indústria, comércio, serviços, setor público e sistema financeiro), ajudantes e auxiliares, etc.	07
Trabalhadores por conta própria: autônomos - Pedreiros, Caminhoneiros, Marceneiros, Feirantes, Cabelereiros, Taxistas, vendedores etc.	07 06
- Com empregado - Sem empregado	
Pequenos produtores rurais: Meeiro, Parceiro, Chacareiro, etc.	05
- Com empregado - Sem empregado	03
Empregados domésticos: Jardineiros, Diaristas, Mensalista, Faxineiro, Cozinheiro, Mordomo, Babá, Motorista Particular, Atendentes, etc.	03 02
- Urbano - Rural	
Trabalhadores rurais assalariados, volantes e assemelhados: Ambulantes, Chapa, Boia-fria, Ajudantes Gerais, etc.	01
OBS.: Aposentado - Relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família. Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos).	
Total de Pontos	

Quadro -6 Sistema de pontos para classificação socioeconômica

Pontos	Classificação	Siglas
0 a 20	Baixa Inferior	BI
21 a 30	Baixa Superior	BS
31 a 40	Média Inferior	MI
41 a 47	Média	Me
48 a 54	Média Superior	MS
55 a 57	Alta	AI

* Fonte: Graciano MIG, et al. NAS. Estudo socioeconômico: Indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 9, Jul, 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/86348/73>

Evolução Social

Carimbo e assinatura

ANEXO 04

FLUXO DE FORNECIMENTO DE FÓRMULAS ESPECIAIS

