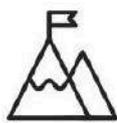


**PROTOCOLO DE ACESSO À  
FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS**



2024



## MISSÃO

“Promover saúde e bem-estar para as pessoas.”



## VISÃO

“Ser uma instituição ágil e inovadora, atenta as necessidades de integralidade e sustentabilidade, referência em gestão de saúde pública no Brasil.”

## VALORES



Orgulho e Paixão

Transparência

Empatia e Cuidado

Eficiência e Inovação

Sustentabilidade e Governança



**SECRETÁRIA DA SAÚDE**

Tânia Maria Eberhardt

**DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Marlene Bonow Oliveira

**DIRETORIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

Douglas Calheiros Machado

**DIRETORIA TÉCNICA**

Luana Garcia Ferrabone

**GERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DISTRITO CENTRO**

Bruna Daniela Dumont Ladeira Landmann

**GERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DISTRITO NORTE**

Ana Aparecida Pereira

**GERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DISTRITO SUL**

Jaqueline Fornari

**GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO MUNICIPAL**

Ana Claudia Frantz Schuch

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM E GESTÃO ASSISTENCIAL**

Vanessa Cardoso Pacheco

**GERÊNCIA DE REGULAÇÃO**

Franci Maiara Machado

**GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS**

Flávia Schwinden Müller

**COORDENAÇÃO DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO**

Luan Corrêa

**COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL**

Maristela Mello de Aguiar

**ELABORAÇÃO – 2024**

Elza Caroline Steffen - Gerência de Assistência Farmacêutica e Laboratório Municipal

Janaína Pravato Vicente Banin - Núcleo de Gestão Assistencial

Janine Guimarães - Núcleo de Gestão Assistencial

Manuelle Martins Holscher - Núcleo de Gestão Assistencial

**COLABORAÇÃO**

Aline Poersch - Unidade Básica de Saúde da Família João Costa

Camila Cristina de Debortoli - Hospital Municipal São José

Elizabeth Cristina Verrengia - Unidade Básica de Saúde da Família Jarivatuba

Fátima Mucha - Centrinho

Fernanda Cristina Spiller - Núcleo de Gestão Assistencial

Isaura Cristina da Silva Nardini - Unidade Básica de Saúde Família Costa e Silva

Lucimar Pereira Silva - Unidade Básica de Saúde Família Bucarein

Marcelle Dominoni - Unidade Básica de Saúde Família Floresta

Mariana Duprat - Unidade Básica de Saúde Família Jardim Paraíso I/II

Neiva Inez Medeiros - Unidade Básica de Saúde Família CAIC

Rosângela Rulff Vargas - Serviço Especializado em Reabilitação (SER)

Rossana Andrade - Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI)

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS</b> .....	6
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	7
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2. FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS PADRONIZADOS</b> .....	9
<b>3. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS</b> .....	9
<b>3.1. Fluxo Geral</b> .....	9
<b>3.2. Fluxos Específicos</b> .....	11
<b>3.2.1. Lactentes de Mãe HIV Positivo (critério G)</b> .....	11
<b>3.2.2. Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda - FAE</b> .....	12
<b>4. RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS</b> .....	12
<b>5. ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS</b> ..	13
<b>6. FÓRMULA INFANTIL ADEQUADA PARA A IDADE (0 a 11 meses e 29 dias)</b> .....	14
<b>6.1. Critérios de Inclusão</b> .....	14
<b>6.1.1. Fluxo para Critérios de Inclusão de Lactentes do grupo A - Bebê Precioso</b> .....	15
<b>6.1.2. Fluxo para Critérios de Inclusão de Lactentes do grupo B - Lactentes com fissura lábio palatal acompanhados pelo Centrinho</b> .....	15
<b>6.1.3. Critérios de Inclusão de Lactentes do grupo C - Lactentes com malformações congênitas graves acompanhados pelo NAÍPE DI/TEA ou SER</b> .....	15
<b>6.1.4. Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério D - Cardiopatia grave ou neoplasia</b> .....	15
<b>6.1.5. Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério E - Lactentes com alimentação via sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia</b> .....	16
<b>6.1.6. Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério F - Desnutrição Grave</b> .....	16
<b>6.1.7. Fluxo para Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério G - Lactentes de mãe HIV positivo</b> .....	17
<b>6.2. Descrição das Fórmulas Infantis Adequadas para a Idade e Quantidades Padronizadas</b> .....	17
<b>6.3. Documentos Obrigatórios - 1ª Solicitação de Fórmulas Infantis Adequadas para a idade</b> .....	18
<b>7. FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS (0 a 1 ano, 11 meses e 29 dias)</b> .....	19
<b>7.1. Critérios de Inclusão de uso Fórmulas Infantis Especiais</b> .....	20
<b>7.2. Descrição das Fórmulas Infantis Especiais e Quantidade Padronizada por idade</b> .....	20
<b>7.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmulas Infantis Especiais (0 a 1 ano, 11 meses e 29 dias)</b> .....	22
<b>8. FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (1 ano a 9 anos, 11 meses e 29 dias)</b> .....	22
<b>8.1. Critérios de Inclusão de Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral</b> .....	22
<b>8.1.1. Critério de Inclusão de Crianças do Critério M - Criança com alimentação por sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia</b> .....	22
<b>8.1.2. Critério de Inclusão de Crianças do Critério N - Desnutrição Grave e alimentação via oral</b> .....	23
<b>8.2. Descrição do Produto e Quantidade padronizada de Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral</b> .....	26
<b>8.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral</b> .....	26
<b>8.4. Alteração da apresentação da Fórmula COM sabor pela Fórmula SEM sabor</b> .....	27

<b>9. FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL A PARTIR DE 10 ANOS DE IDADE – FARMÁCIA ESCOLA.....</b>	<b>27</b>
9.1. Critérios de Inclusão para solicitação de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda.....	27
9.2. Descrição do Produto e Quantidade Padronizada de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda.....	27
9.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda.....	28
<b>10. SUPLEMENTO NUTRICIONAL <u>VIA SONDA</u> A PARTIR DE 10 ANOS DE IDADE - UBSF....</b>	<b>28</b>
10.1. Critérios de Inclusão para solicitação de Suplemento Nutricional Via Sonda a partir de 10 Anos de idade- UBSF.....	29
10.2. Descrição do Produto e Quantidade Padronizada de Suplemento Nutricional Via Sonda a partir de 10 Anos de idade - UBSF.....	29
10.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Suplemento Nutricional Via Sonda a partir de 10 Anos de idade - UBSF.....	30
<b>11. SUPLEMENTO NUTRICIONAL <u>VIA ORAL</u> A PARTIR DE 10 ANOS DE IDADE .....</b>	<b>30</b>
11.1. Critérios de Inclusão para Solicitação de Suplemento Nutricional Via Oral a partir de 10 Anos de idade.....	30
11.1.1. Critério de Inclusão de Usuários do Critério Q - Usuários com desnutrição grave e gestantes classificadas como baixo peso.....	31
11.1.2. Critério de Inclusão de Usuários do Critério R - Usuários a partir de 19 anos de idade com perda de peso severa.....	35
11.2. Descrição do Produto e Quantidade Padronizada.....	35
11.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Suplemento Nutricional Via Oral a Partir de 10 Anos de idade.....	36
<b>12. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA.....</b>	<b>36</b>
<b>13. DIVERGÊNCIAS NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA.....</b>	<b>37</b>
<b>14. PRESCRIÇÕES DA INICIATIVA PRIVADA.....</b>	<b>37</b>
<b>15. DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS PARA A CAF.....</b>	<b>37</b>
<b>16. CONTROLE INTERNO E ACOMPANHAMENTO DE CADASTROS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO A. Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO B. Formulário de Cadastro Farmácia/Dispensário.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO C. Instrumento de Triagem Nutricional MUST (<i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>).....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO D. Mini Avaliação Nutricional Idoso Versão reduzida (MAN)®.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO E. Formulário de encaminhamento para solicitação de Fórmula Infantil Adequada para idade (Serviços Especiais).....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO F. Formulário de Solicitação de Alteração de Apresentação.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO G. Laudo Médico Especializado (LME), DIAF/SES.....</b>	<b>47</b>

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1.</b> Fórmulas Padronizadas para Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação...	9
<b>Quadro 2.</b> Periodicidade de renovação da prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais..	13
<b>Quadro 3.</b> Fórmula Infantil Adequada para idade, descrição do produto e quantidade máxima fornecida por mês.....	18
<b>Quadro 4.</b> Fórmula Infantil Especial adequada para idade, descrição do produto e quantidade máxima fornecida por mês .....	21
<b>Quadro 5.</b> Pontos de corte para Desnutrição Grave por faixa etária.....	23
<b>Quadro 6.</b> Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral para crianças, descrição do produto e quantidade máxima fornecida por mês.....	26
<b>Quadro 7.</b> Fórmula Padrão para Nutrição Enteral, descrição do produto e quantidade máxima...	28
<b>Quadro 8.</b> Suplemento Nutricional Via Sonda: descrição do produto total fornecido por mês.....	29
<b>Quadro 9.</b> Pontos de corte e instrumento de triagem nutricional para classificação do risco nutricional por faixa etária.....	31
<b>Quadro 10.</b> Classificação da perda de peso severa de acordo com o tempo.....	35
<b>Quadro 11.</b> Suplemento Nutricional Via Oral, descrição do produto e quantidade máxima fornecida de acordo com a idade.....	36
<b>Tabela 1.</b> Pontos de corte de Peso para Idade para crianças de 0 a 12 meses para classificação de Muito Baixo Peso para Idade (< P 0,1).....	17
<b>Tabela 2.</b> Peso por idade para crianças de 12 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias para classificação de Muito Baixo Peso para Idade (< P 0,1).....	24
<b>Tabela 3.</b> IMC por idade para crianças de 5 anos a 9 anos, 11 meses e 29 dias para classificação de Magreza Acentuada (< P 0,1).....	25
<b>Tabela 4.</b> IMC por idade para Adolescentes de 10 a 19 anos de idade para classificação de Magreza Acentuada (< P 0,1).....	32
<b>Tabela 5.</b> Ponto de corte para Baixo Peso segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional .....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**APLV** - Alergia à Proteína do Leite de Vaca

**CAF** - Central de Abastecimento Farmacêutico

**CEAF** - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**CID** - Classificação Internacional de Doenças

**CNS** - Cartão Nacional de Saúde

**CPF** - Cadastro de Pessoa Física

**DIAF** - Diretoria de Assistência Farmacêutica

**ESF** - Equipe de Saúde da Família

**FAE** - Farmácia Escola

**HIV** - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**LME** - Laudo Médico Especializado

**MDV** - Maternidade Darcy Vargas

**NAIPE DI/TEA** - Núcleo de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo

**POP** - Procedimento Operacional Padrão

**RG** - Registro Geral (Carteira de Identidade)

**SEI** - Sistema Eletrônico de Informação

**SER** - Serviço Especializado em Reabilitação

**SES** - Secretaria de Estado da Saúde

**SIG-SaudeTech** - Sistema Integrado de Gestão

**SNE** - Sonda Nasoenteral

**SNG** - Sonda Nasogástrica

**SMS** - Secretaria Municipal da Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UAE** - Unidade de Atendimento Especializado

**UBSF** - Unidade Básica de Saúde da Família

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

## 1. INTRODUÇÃO

Terapia Nutricional (TN) é o conjunto de procedimentos terapêuticos nutricionais utilizados para manutenção ou recuperação da saúde de indivíduos em risco de desnutrição ou com agravo nutricional, com o emprego de métodos e técnicas específicas. Esta terapia pode ser instituída por diferentes vias de acesso (oral, enteral e parenteral), utilizando alimentos ou fórmulas nutricionais industrializadas. Pode ser necessária por longo período de tempo, por isso em condição de saúde que não justifique hospitalização, a opção indicada é a assistência domiciliar. Tal modalidade auxilia na manutenção ou melhora do estado nutricional dos enfermos.

Este protocolo tem como objetivo dispor sobre as normas pertinentes à prescrição e dispensação de fórmulas enterais e orais e suplementos nutricionais para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) residentes no município de Joinville, por um período definido e acompanhar o estado nutricional destes, por meio da vinculação na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da sua área de abrangência, visando melhorar a saúde, a integralidade do cuidado e a qualidade de vida dos indivíduos que necessitam de alimentação especial.

Todos os usuários atendidos por este protocolo devem ser cadastrados pela equipe da UBSF de referência no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaudeTech) com apresentação dos documentos obrigatórios de identificação e comprovante de residência.

## 2. FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS PADRONIZADOS

As fórmulas padronizadas são fórmulas em pó para uso em sistema aberto (em que há a necessidade de manipulação antes de sua administração) e poderão ser prescritas até as quantidades máximas definidas neste protocolo, considerando as necessidades nutricionais individuais e de acordo com a faixa etária do usuário.

### IMPORTANTE:

A oferta de Fórmulas e Suplementos estará disponível apenas para residentes do município de Joinville.

Os produtos padronizados neste protocolo estão descritos a seguir no Quadro 1.

**Quadro 1.** Fórmulas Padronizadas para Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação

PRODUTOS PADRONIZADOS	RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO
Fórmula Infantil de Partida	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Infantil de Seguimento	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Infantil Hidrolisada	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Infantil de Aminoácidos	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Infantil de Partida à base de soja	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Infantil de Seguimento à base de soja	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Pediátrica para nutrição enteral e oral – Com sabor	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Suplemento Alimentar Adulto em pó	CAF (Secretaria Municipal da Saúde)
Fórmula Padrão para Nutrição Enteral em pó	DIAF (Secretaria de Estado da Saúde)

Fonte: NGA, 2024.

## 3. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

### 3.1. Fluxo Geral

- a) O prescritor(a) deverá preencher o Anexo A - “**Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais**”, disponível no SIG-Saudetech:
- Modelos de Prescrição Livre no campo Dietas;

**IMPORTANTE:**

- Prescritor da rede SUS que não possui acesso ao SIG-SaudeTech, deverá preencher o mesmo formulário impresso (Anexo A), para ter a receita aceita na farmácia/ dispensário da UBSF;
- Para o critério de Bebê Precioso, em que serão aceitas prescrições do serviço privado, dispensa-se a necessidade de uso deste formulário na primeira receita;
- Usuários com receita da rede privada deverão passar por consulta/visita domiciliar para avaliação médica ou de nutricionista da UBSF e, se necessário, a prescrição do produto disponível na rede. A priorização do atendimento para as consultas, seguirão o fluxo normal da unidade.

- b) O familiar/responsável fará a solicitação na farmácia/dispensário da UBSF de acordo com os **Documentos Obrigatórios para 1ª Solicitação**, descritos nos tópicos seguintes específicos de cada produto (itens: 6.3., 7.3., 8.3., 9.3., 10.3. e 11.3.);
- c) A farmácia/dispensário da UBSF conferirá se o usuário está cadastrado no SIG-Saudetech e se pertence à sua área de abrangência. Caso não esteja, o mesmo deverá ser cadastrado pela equipe da UBSF, com a apresentação dos documentos comprobatórios necessários (para auxílio utilizar o POP SES.DAS/DPS nº 01 - “Como realizar o Cadastro do usuário no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaudeTech) na Rede de Atenção à Saúde (RAS)”). Caso seja de outra área de abrangência, deverá encaminhá-lo à unidade de referência;
- d) Se o cadastro estiver correto, a farmácia/dispensário enviará a cópia digitalizada da prescrição para a CAF por e-mail ([caf.suplementos@joinville.sc.gov.br](mailto:caf.suplementos@joinville.sc.gov.br));
- e) A CAF avaliará se atende às exigências do protocolo e enviará o parecer por e-mail para a UBSF;
- f) A farmácia/dispensário da UBSF acompanhará em seu e-mail se o parecer da CAF foi “Deferido” ou “Indeferido” e seguirá com as etapas do processo conforme disposto a seguir.

**- Se Deferido:**

- A unidade realizará no SIG-SaudeTech o pedido avulso para a CAF com o **nome** do usuário e a **quantidade** correspondente aprovada;
- A CAF aprovará o pedido, separará e enviará o produto para a UBSF (em até 3 dias úteis). Nos meses subsequentes, a equipe da UBSF deverá fazer pedido do produto para a CAF na grade de pedidos mensais, informando o **nome** do usuário e a **quantidade** correspondente aprovada, em todos os pedidos;
- Ao receber o item na UBSF, a equipe da farmácia/dispensário conferirá o produto e efetuará a entrada do item no SIG-Saudetech. Na sequência, comunicará à família sobre a chegada do produto e sua retirada e preenche o Anexo B - “**Formulário de Cadastro Farmácia/Dispensário**”, com os dados do usuário;
- Para usuários com sonda, a equipe da farmácia/dispensário deverá informar o enfermeiro(a) da UBSF para solicitação de materiais para administração da nutrição enteral por sonda, seguindo a Nota Técnica nº 01/2022 – SES/ENF, “Prescrição de insumos de

uso domiciliar pelo profissional enfermeiro”, conforme publicação SEI nº 22.0.326269-3;  
 → No momento da entrega do produto, a equipe do dispensário/farmácia solicitará a assinatura do responsável no Anexo B - “**Formulário de Cadastro Farmácia/Dispensário**” e registrará a dispensação no SIG-Saudetech.

- **Se Indeferido:**

→ A CAF enviará o parecer por e-mail para a UBSF;  
 → A equipe da UBSF deve realizar os ajustes solicitados ou verificar as orientações disponíveis no Item 13 - “Divergências nos critérios de inclusão no programa”.

### 3.2. Fluxos Específicos

#### 3.2.1. Lactentes de Mãe HIV Positivo (critério G)

a) O prescritor deverá preencher o Anexo A - “**Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais**”, disponível no SIG-SaudeTech:

- Modelos de Prescrição Livre no campo Dietas;

**Observação:** O prescritor da rede SUS sem acesso ao SIG-SaudeTech deverá preencher o mesmo formulário impresso para ter receita aceita na farmácia/ dispensário da UBSF.

b) O familiar/responsável fará a solicitação na farmácia/dispensário da UAE de acordo com o Item 6.3 - “**Documentos Obrigatórios para 1ª Solicitação de Fórmulas Infantis Adequadas para a idade;**

c) A farmácia da UAE conferirá se o usuário está cadastrado no SIG-SaudeTech. Caso não esteja, este deverá ser cadastrado pela equipe da UAE, com a apresentação dos documentos comprobatórios necessários;

d) A farmácia da UAE entregará ao familiar/responsável quantidade de produto suficiente para o primeiro mês de vida do bebê (2 latas serão entregues antes do parto);

e) No momento da entrega do produto, a equipe da Farmácia solicitará a assinatura do responsável no Anexo B - “**Formulário de Cadastro Farmácia/Dispensário**” e registrará a dispensação no SIG-SaudeTech. A farmácia da UAE manterá estoque das fórmulas de partida e de seguimento a fim de atender prontamente os lactentes das mães HIV positivo. A equipe da farmácia da UAE deverá fazer pedido do produto para a CAF na grade de pedido mensal, para continuidade do fornecimento;

f) Caso o usuário use sonda, a equipe da farmácia deverá informar o enfermeiro(a) da UAE para solicitação de materiais para administração da nutrição enteral por sonda, seguindo a Nota Técnica nº 01/2022 – SES/ENF, “Prescrição de insumos de uso domiciliar pelo profissional enfermeiro”, conforme publicação SEI nº 22.0.326269-3.

### 3.2.2. Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda - FAE

- a) O familiar/responsável fará a solicitação na Farmácia Escola (FAE) de acordo com o item 9.3. “Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos que recebam alimentação por sonda”, para abertura do processo de solicitação do produto à DIAF/SES;
- b) A FAE entregará o comprovante de abertura do processo para familiar/responsável;
- c) Os usuários que realizarem a abertura do processo na FAE podem receber temporariamente o suplemento nutricional na UBSF de referência (por no máximo 90 dias), até que o processo seja aprovado pela SES/DIAF. Para solicitação temporária do suplemento nutricional orientar o usuário/familiar conforme Item 10 - “Suplemento Nutricional Via Sonda a Partir de 10 Anos - UBSF”;
- d) A equipe da farmácia/dispensário deverá informar o enfermeiro(a) da UBSF para solicitação de materiais para administração da nutrição enteral por sonda, seguindo a Nota Técnica nº 01/2022 – SES/ENF, “Prescrição de insumos de uso domiciliar pelo profissional enfermeiro”, conforme publicação SEI nº 22.0.326269-3.

## 4. RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Para continuidade do fornecimento, o prescritor deverá renovar a receita de acordo com o Quadro 2, incluindo justificativa para manutenção do uso da fórmula, através da atualização do Anexo A - “Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais”.

**Quadro 2.** Periodicidade de renovação da prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais

FÓRMULA	PERIODICIDADE DE RENOVAÇÃO
Fórmula Infantil de Partida	6 meses
Fórmula Infantil de Seguimento *	Não se aplica
Fórmula Infantil Hidrolisada	6 meses
Fórmula Infantil de Aminoácidos	6 meses
Fórmula Infantil de Partida à base de soja	6 meses
Fórmula Infantil de Seguimento à base de soja	6 meses
Fórmula Pediátrica para nutrição enteral e oral – Com sabor	3 meses
Suplemento Alimentar Adulto em pó	3 meses
Fórmula Padrão para Nutrição Enteral em pó**	6 meses

**Fonte:** NGA, 2024; DIAF, 2024.

\* fórmula fornecida entre 6 meses até no máximo 1 ano de idade, não havendo, portanto, necessidade de renovação

\*\* A DIAF/SES poderá solicitar a atualização da documentação, bem como, a renovação da prescrição em qualquer momento, de acordo com a demanda interna do serviço estadual.

## 5. ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

Todos os usuários em uso da fórmula ou suplementos nutricionais deverão ser acompanhados e avaliados a cada 3 meses ou quando necessário.

**Nota:** Se lactantes e crianças, atentar também ao calendário da puericultura.

Quando o usuário estiver sendo atendido em um ou mais serviços especializados, estes serviços deverão realizar a contrarreferência para a UBSF de vínculo do mesmo, para compartilhamento do cuidado e acompanhamento.

O acompanhamento e reavaliação dos usuários deve compreender:

- A aferição de peso e altura, registrando evolução e dados antropométricos no prontuário eletrônico (SIG-SaudeTech);
- Avaliação do risco nutricional do usuário, de acordo com os seguintes parâmetros de triagem nutricional:
  - **Adolescente:** Magreza Acentuada (IMC para Idade < P 0,1);
  - **Adulto:** Alto Risco Nutricional (para definição utilizar o MUST - “**Malnutrition**”

***Universal Screening Tool***”, ANEXO C);

- **Idoso**: Desnutrido (para definição utilizar a MAN - “**Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida**”, ANEXO D).

Os usuários também poderão ser encaminhados pela equipe de saúde da UBSF para avaliação com nutricionista da equipe multiprofissional de acordo com os critérios de encaminhamento estabelecidos no “Manual da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde”, disponibilizado no processo SEI nº 23.0.029059-0.

Para acompanhamento por médico pediatra deverá ser seguida a Nota Técnica 004/2023/DTE - “Encaminhamento para Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria na Atenção Primária”, disponibilizada no processo SEI nº 23.0.145523-2.

## 6. FÓRMULA INFANTIL ADEQUADA PARA A IDADE (0 a 11 meses e 29 dias)

As Fórmulas Infantis de Partida e de Seguimento serão fornecidas para lactentes de 0 até 11 meses e 29 dias de idade.

A idade deverá ser corrigida no caso de prematuros que estejam dentro dos critérios estabelecidos neste protocolo.

### Orientações para a correção da idade em Prematuros:

- Para realizar a correção da idade no caso de prematuros, utiliza-se o cálculo = a idade cronológica atual (i.c.a.) menos a diferença entre 40 semanas e a idade gestacional no parto (i.g.p.).  
Ou seja: *idade corrigida* = *i.c.a* - (40 - *i.g.p.*);
- Exemplo: se o lactente estiver atualmente com 4 meses (16 semanas) de idade (i.c.a.), e o parto ocorreu com 32 semanas de gestação (i.g.p.), a idade corrigida corresponde à 2 meses (8 semanas) de idade (idade corrigida = 16 - (40 - 32) → 16 - 8 = 8 semanas/2 meses);
- Lembrando que, a idade corrigida é usada para prematuros que nasceram antes das 37 semanas de gestação.

**Saliena-se que, a prescrição de substitutos do leite materno deverá ser a última alternativa, esgotadas todas as possibilidades com a amamentação.**

### 6.1. Critérios de Inclusão

- **A** - Lactentes cadastrados no Programa Bebê Precioso;
- **B** - Lactentes com fissura lábio palatal (fissura transforame ou de palato) acompanhados pelo Centrinho;
- **C** - Lactentes com malformações congênitas graves acompanhados pelo NAIPE DI/TEA ou SER;

- **D** - Lactentes com cardiopatia grave ou neoplasia (obrigatório laudo médico do especialista descrevendo a indicação ou ocorrência de cirurgia cardíaca, e/ou necessidade de quimioterapia oncológica);
- **E** - Lactentes com alimentação via sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia;
- **F** - Lactentes com desnutrição grave de acordo com o Peso para Idade (P/I) < P 0,1 (para avaliação e classificação do estado nutricional, consultar a Tabela 1);
- **G** - Lactentes de mãe HIV positivo.

#### **6.1.1. Fluxo para Critérios de Inclusão de Lactentes do grupo A - Bebê Precioso**

- a) O hospital/maternidade solicitará para equipe técnica do Programa Bebê Precioso, através do envio de e-mail para [bebepreciosojoinville@gmail.com](mailto:bebepreciosojoinville@gmail.com), a inclusão do recém-nascido no programa;
- b) Após inclusão no programa, a CAF receberá a planilha compartilhada em tempo real para liberação da fórmula para a UBSF de referência;
- c) A UBSF, após receber a notificação, realizará o cadastro do bebê no SIG-SaudeTech, conforme processo SEI nº 21.0.218319-4.

#### **6.1.2. Fluxo para Critérios de Inclusão de Lactentes do grupo B - Lactentes com fissura lábio palatal acompanhados pelo Centrinho**

Este critério requer o encaminhamento obrigatório por Assistente Social do Centrinho, que deve incluir o CID e relato detalhado sobre a impossibilidade de amamentação devido ao diagnóstico, utilizando o preenchimento do Anexo E - “**Formulário de Encaminhamento para Solicitação de Fórmula Infantil Adequada para Idade (Serviços Especiais)**”.

#### **6.1.3. Critérios de Inclusão de Lactentes do grupo C - Lactentes com malformações congênitas graves acompanhados pelo NAIPE DI/TEA ou SER**

Este critério requer o encaminhamento obrigatório por Assistente Social ou Nutricionista do NAIPE DI/TEA ou SER, que deve incluir o CID e relato detalhado sobre a impossibilidade de amamentação devido ao diagnóstico, utilizando o preenchimento do Anexo E - “**Formulário de Encaminhamento para Solicitação de Fórmula Infantil Adequada para Idade (Serviços Especiais)**”.

#### **6.1.4. Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério D - Cardiopatia grave ou neoplasia**

Os familiares dos lactentes residentes em Joinville deverão ser encaminhados para a

Unidade Básica de Saúde de referência e obrigatoriamente deverão passar em consulta com Médico Pediatra para acompanhamento e renovação da receita, seguindo a Nota Técnica 004/2023/DTE - “Encaminhamento para Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria na Atenção Primária”, disponibilizada no processo SEI nº 23.0.145523-2.

#### **6.1.5. Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério E - Lactentes com alimentação via sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia**

Os lactentes com alimentação por sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia serão automaticamente aceitas pelo protocolo.

#### **6.1.6. Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério F - Desnutrição Grave**

Neste critério, para classificação da desnutrição grave, será adotado o índice antropométrico Peso para Idade.

**Peso-para-idade (P/I):** Expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança, principalmente para avaliação do baixo peso.

Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança, porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos. Por isso, é importante complementar a avaliação com outro índice antropométrico.

Na Tabela 1 estão descritos os pontos de corte de peso para idade para classificação de Muito Baixo Peso para Idade.

**Tabela 1.** Pontos de corte de Peso para Idade para crianças de 0 a 12 meses para classificação de Muito Baixo Peso para Idade (< P 0,1)

IDADE	PESO (Kg)	
	MENINO	MENINA
0	2,0	2,0
1	2,9	2,7
2	3,7	3,4
3	4,4	3,9
4	4,9	4,4
5	5,3	4,7
6	5,6	5,0
7	5,9	5,3
8	6,1	5,5
9	6,3	5,7
10	6,5	5,9
11	6,7	6,0
12	6,9	6,2

Fonte: Brasil, 2011.

**Nota:** Quando prematuros, utilizar a idade corrigida como referência.

### 6.1.7. Fluxo para Critérios de Inclusão de Lactentes do Critério G - Lactentes de mãe HIV positivo

Os lactentes de mães HIV positivo acompanhadas na UAE serão automaticamente aceitos pelo protocolo.

### 6.2. Descrição das Fórmulas Infantis Adequadas para a Idade e Quantidades Padronizadas

O Quadro 3 descreve as Fórmulas Infantis Adequadas para a idade e as quantidades conforme idade.

**Quadro 3.** Fórmula Infantil Adequada para idade, descrição do produto e quantidade máxima fornecida por mês

DENOMINAÇÃO E DESCRIÇÃO MÍNIMA DO PRODUTO	FORNECIMENTO	IDADE*	QUANTIDADE MÁXIMA DE LATAS/MÊS APRESENTAÇÃO: 400 G		
			CRITÉRIOS A, B, C, D**	CRITÉRIO E	CRITÉRIOS F, G
Fórmula Infantil de <b>PARTIDA</b> em pó para lactentes Diluição 1:30	CAF (SMS)	0 meses a 5 meses e 29 dias	6	10	10
Fórmula Infantil de <b>SEGUIMENTO</b> em pó para lactentes Diluição 1:30	CAF (SMS)	6 meses a 11 meses e 29 dias	5	15	6

Fonte: NGA, 2024.

\*Para bebês prematuros, a fórmula infantil de seguimento será fornecida até a idade corrigida de 11 meses e 29 dias.

\*\*Para estes critérios, o fornecimento da fórmula é um complemento ao aleitamento materno.

Legenda:

- A. Lactentes cadastrados no Programa Bebê Precioso;
- B. Lactentes com fissura lábio palatal (fissura transforame ou de palato);
- C. Lactentes com malformações congênitas graves;
- D. Lactentes com cardiopatia grave ou neoplasia;
- E. Lactentes com alimentação via sonda nasointestinal, gastrostomia ou jejunostomia;
- F. Lactentes com desnutrição grave;
- G. Lactentes de mãe HIV positivo.

**Importante:**

O médico ou nutricionista (no caso dos critérios E, F ou G) deverá incluir na prescrição o número de latas que a criança deve receber, de acordo com a idade, até a próxima consulta. Caso o profissional prescritor não inclua e ocorra troca de faixa etária, a CAF terá autonomia para fornecer as latas de acordo com a idade oficial da criança conforme Quadro 3, independentemente da quantidade prescrita.

### 6.3. Documentos Obrigatórios - 1ª Solicitação de Fórmulas Infantis Adequadas para a idade

**CRITÉRIOS - A, D, E, F e G:**

- I. Preenchimento do Anexo A - “**Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais**” ou **prescrição** (no caso de serviço privado para Critério A - Bebê Precioso) com os seguintes requisitos e campos:
  - Médico atuante no SUS para todos os critérios (Exceto Critério A - Bebê Precioso, que serão aceitas prescrições do serviço privado) **ou**
  - Nutricionista atuante no SUS para os critérios E, F ou G;

- Critério de inclusão da criança no Protocolo (A, D, E, F ou G);
- Idade real (cronológica) e idade corrigida da criança se prematuro;
- Descrição de acordo com o protocolo:
  - **Fórmula Infantil de Partida** (0 a 6 meses) ou
  - **Fórmula Infantil de Seguimento** (6 a 12 meses);
- Posologia e quantidade mensal do produto.

### **CRITÉRIOS - B e C:**

#### **I. Preenchimento do Anexo A - “Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais” com os seguintes requisitos e campos:**

- Médico atuante no SUS
- Critério de inclusão da criança no Protocolo (B ou C);
- Idade real (cronológica) e idade corrigida da criança se prematuro;
- Descrição de acordo com o protocolo:
  - **Fórmula Infantil de Partida** (0 a 6 meses) ou
  - **Fórmula Infantil de Seguimento** (6 a 12 meses);
- Posologia e quantidade mensal do produto;

#### **II. Preenchimento do Anexo E - “Formulário de Encaminhamento para Solicitação de Fórmula Infantil Adequada para Idade (Uso exclusivo para Serviços Especiais)”**

**Importante:** Não serão aceitos nomes comerciais ou de marcas em nenhuma solicitação.

## **7. FÓRMULAS INFANTIS ESPECIAIS (0 a 1 ano, 11 meses e 29 dias)**

As Fórmulas Infantis Especiais serão fornecidas para lactentes de até 1 ano, 11 meses e 29 dias com diagnóstico de:

- Deficiência Congênita da Enzima Lactase (DCEL);
- Suspeita ou diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV).

**Nota:** Nos casos de APLV, o aleitamento materno deverá ser mantido sempre que possível, com orientação da exclusão total do leite de vaca e derivados do leite por 4 a 8 semanas da dieta da mãe, portanto, a prescrição de substitutos do leite materno deverá ser a última alternativa, esgotadas todas as possibilidades com a amamentação.

Quando não houver melhora dos sintomas com a exclusão do leite da dieta materna, a criança deverá ser encaminhada pelo médico da UBSF para consulta com gastropediatra para confirmação do diagnóstico, via SIG-SaudeTech para a Central de Regulação Municipal.

### 7.1. Critérios de Inclusão de uso Fórmulas Infantis Especiais

- **H** - Lactentes com diagnóstico confirmado de Deficiência Congênita da Enzima Lactase (DCEL) por médico gastropediatra do SUS;
- **I** - Lactentes com diagnóstico confirmado de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) por médico gastropediatra do SUS;
- **J** - Lactentes com suspeita de APLV: com prescrição de médico gastropediatra do SUS com justificativa, a qual será válida para fornecimento por até 60 dias a contar da data da prescrição;
- **K** - Bebê Precioso recém-nascido com suspeita de APLV: com prescrição de médico pediatra da UTI neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV), com justificativa, a qual será válida para fornecimento por até 60 dias, a contar da data da prescrição, até que a criança seja avaliada por médico gastropediatra do SUS;
- **L** - Lactentes com alimentação via sonda nasointestinal, gastrostomia ou jejunostomia que se enquadram nos critérios **H, I e J**.

### 7.2. Descrição das Fórmulas Infantis Especiais e Quantidade Padronizada por idade

O Quadro 4 descreve as Fórmulas Infantis Especiais e as quantidades definidas em protocolo, conforme idade e critérios.

**Quadro 4.** Fórmula Infantil Especial adequada para idade, descrição do produto e quantidade máxima fornecida por mês

DENOMINAÇÃO E DESCRIÇÃO MÍNIMA DO PRODUTO	FORNECIMENTO	IDADE	QUANTIDADE MÁXIMA DE LATAS/MÊS APRESENTAÇÃO: 400 G		
			CRITÉRIOS H, I, J	CRITÉRIO K*	CRITÉRIO L
Fórmula Infantil de <b>PARTIDA</b> em pó à base de proteína isolada de soja	CAF (SMS)	0 a 5 meses e 29 dias	10	10	10
Fórmula Infantil de <b>SEGUIMENTO</b> em pó à base de proteína isolada de soja	CAF (SMS)	6 meses a 11 meses e 29 dias	6	6	15
		12 meses a 1 ano, 11 meses e 29 dias	5	5	23
Fórmula Infantil em pó à base de proteína do soro do leite extensamente Hidrolisada	CAF (SMS)	0 a 5 meses e 29 dias	10	10	10
		6 meses a 11 meses e 29 dias	6	6	15
		12 meses a 1 ano, 11 meses e 29 dias	5	5	23
Fórmula Infantil em pó à base de 100% de Aminoácidos livres	CAF (SMS)	0 a 5 meses e 29 dias	10	10	10
		6 meses a 11 meses e 29 dias	6	6	15
		12 meses a 1 ano, 11 meses e 29 dias	5	5	23

Fonte: NGA,2024.

\*Para este critério, as fórmulas serão fornecidas no máximo por 60 dias, até que a criança seja avaliada por médico gastropediatra do SUS.

Legenda:

- H. Lactentes com deficiência congênita da enzima lactase (DCEL)
- I. Lactentes com diagnóstico confirmado de alergia à proteína do leite de vaca (APLV)
- J. Lactentes com suspeita de APLV
- K. Bebê Precioso recém-nascido com suspeita de APLV
- L. Lactentes com alimentação via sonda nasoesférica, gastrostomia ou jejunostomia que se enquadram nos critérios H, I e J.

**Importante:**

O médico deverá incluir na prescrição o número de latas que a criança deve receber, de acordo com a idade, até a próxima consulta. Caso o médico não inclua, e ocorra troca de faixa etária, a CAF terá autonomia para fornecer as latas de acordo com a idade oficial da criança conforme Quadro 4, independentemente da quantidade prescrita.

### 7.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmulas Infantis Especiais (0 a 1 ano, 11 meses e 29 dias)

#### I. Preenchimento do Anexo A - “Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais” com os seguintes requisitos e campos:

- Médico gastropediatra do SUS ou de médico pediatra da UTI neonatal da MDV;
- Critério de inclusão da criança no Protocolo (**H, I, J e K** com justificativa, ou **L**);
- Idade real (cronológica) e idade corrigida da criança se prematuro;
- Descrição do tipo de fórmula de acordo com o protocolo:
  - **Fórmula Infantil Hidrolisada;**
  - **Fórmula Infantil de Aminoácidos;**
  - **Fórmula Infantil de Partida à base de soja;**
  - **Fórmula Infantil de Seguimento à base de soja;**
- Posologia e quantidade mensal do produto.

**Importante:** Não serão aceitos nomes comerciais ou de marcas em nenhuma solicitação.

### 8. FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL (1 ano a 9 anos, 11 meses e 29 dias)

A Fórmula Pediátrica para nutrição enteral e oral nutricional completa, será fornecida para crianças em alimentação via sonda, ou como suplemento nutricional para crianças com alimentação por via oral (**pelo período máximo de 12 meses**) a partir de 1 ano até 9 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

#### 8.1. Critérios de Inclusão de Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral

- **M** - Criança com alimentação por sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia;
- **N** - Crianças com desnutrição grave e alimentação via oral, de acordo com os parâmetros preconizados pela Vigilância Nutricional para crianças menores de 10 anos (para avaliação e classificação do estado nutricional, consultar o Quadro 5 e Tabela 2 e 3).

##### 8.1.1. Critério de Inclusão de Crianças do Critério M - Criança com alimentação por sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia

As crianças com alimentação por sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia serão automaticamente aceitas pelo protocolo.

### 8.1.2. Critério de Inclusão de Crianças do Critério N - Desnutrição Grave e alimentação via oral

Os pontos de corte para avaliação e classificação do estado nutricional, são baseados em recomendações adotadas internacionalmente pela Vigilância Nutricional no Brasil e determinados pelo Ministério da Saúde.

No Quadro 5, são apresentados os índices antropométricos adotados neste protocolo por faixa etária para classificação da desnutrição grave.

**Quadro 5.** Pontos de corte para Desnutrição Grave por faixa etária

IDADE	ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	VALOR CRÍTICO	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
12 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias	Peso para idade (P/I)	< P 0,1*	Muito Baixo Peso para Idade
5 anos a 9 anos, 11 meses e 29 dias	Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I)	< P 0,1**	Magreza Acentuada

Fonte: Adaptado NGA, 2024.

\*Tabela 2. "Peso por idade para crianças de 12 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias para classificação de Muito Baixo Peso para Idade (< P 0,1)"

\*\*Tabela 3. "IMC por idade para crianças de 5 anos a 9 anos, 11 meses e 29 dias para classificação de Magreza Acentuada (< P 0,1)"

**Tabela 2.** Peso por idade para crianças de 12 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias para classificação de Muito Baixo Peso para Idade (< P 0,1)

IDADE		PESO (Kg)		IDADE		PESO (Kg)	
ANO	MÊS	MENINO	MENINA	ANO	MÊS	MENINO	MENINA
1	0	6,9	6,2	3	0	9,9	9,5
1	1	7,0	6,4	3	1	10,0	9,6
1	2	7,2	6,5	3	2	10,1	9,7
1	3	7,3	6,7	3	3	10,2	9,8
1	4	7,5	6,8	3	4	10,3	10
1	5	7,6	7,0	3	5	10,4	10,1
1	6	7,7	7,1	3	6	10,5	10,2
1	7	7,9	7,3	3	7	10,6	10,3
1	8	8,0	7,4	3	8	10,7	10,4
1	9	8,2	7,6	3	9	10,8	10,5
1	10	8,3	7,7	3	10	10,9	10,6
1	11	8,4	7,8	3	11	11,0	10,7
2	0	8,5	8,0	4	0	11,1	10,8
2	1	8,7	8,1	4	1	11,2	10,9
2	2	8,8	8,3	4	2	11,3	11,0
2	3	8,9	8,4	4	3	11,4	11,1
2	4	9,0	8,5	4	4	11,5	11,2
2	5	9,2	8,7	4	5	11,6	11,3
2	6	9,3	8,8	4	6	11,8	11,4
2	7	9,4	8,9	4	7	11,9	11,5
2	8	9,5	9,0	4	8	12,0	11,6
2	9	9,6	9,2	4	9	12,0	11,7
2	10	9,7	9,3	4	10	12,1	11,8
2	11	9,8	9,4	4	11	12,2	11,9

Fonte: WHO, 2006.

Na Tabela 3 estão descritos os pontos de corte de peso para idade para classificação de Magreza Acentuada para Idade - de 5 anos a 9 anos, 11 meses e 29 dias.

**Tabela 3.** IMC por idade para crianças de 5 anos a 9 anos, 11 meses e 29 dias para classificação de Magreza Acentuada (< P 0,1)

IDADE		IMC (Kg/m <sup>2</sup> )		IDADE		IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	
ANO	MÊS	MENINO	MENINA	ANO	MÊS	MENINO	MENINA
5	0	11,9	11,6	7	6	12,2	11,7
5	1	12,0	11,7	7	7	12,3	11,7
5	2	12,0	11,7	7	8	12,3	11,7
5	3	12,0	11,7	7	9	12,3	11,8
5	4	12,0	11,7	7	10	12,3	11,8
5	5	12,0	11,7	7	11	12,3	11,8
5	6	12,0	11,7	8	0	12,3	11,8
5	7	12,0	11,7	8	1	12,3	11,8
5	8	12,0	11,7	8	2	12,3	11,8
5	9	12,0	11,6	8	3	12,4	11,8
5	10	12,1	11,6	8	4	12,4	11,9
5	11	12,1	11,6	8	5	12,4	11,9
6	0	12,1	11,6	8	6	12,4	11,9
6	1	12,1	11,6	8	7	12,4	11,9
6	2	12,1	11,6	8	8	12,4	11,9
6	3	12,1	11,6	8	9	12,4	12,0
6	4	12,1	11,6	8	10	12,5	12,0
6	5	12,1	11,6	8	11	12,5	12,0
6	6	12,1	11,6	9	0	12,5	12,0
6	7	12,1	11,6	9	1	12,5	12,0
6	8	12,1	11,7	9	2	12,5	12,1
6	9	12,1	11,7	9	3	12,5	12,1
6	10	12,2	11,7	9	4	12,6	12,1
6	11	12,2	11,7	9	5	12,6	12,1
7	0	12,2	11,7	9	6	12,6	12,1
7	1	12,2	11,7	9	7	12,6	12,2
7	2	12,2	11,7	9	8	12,6	12,2
7	3	12,2	11,7	9	9	12,6	12,2
7	4	12,2	11,7	9	10	12,7	12,2
7	5	12,2	11,7	9	11	12,7	12,3

Fonte: WHO, 2007.

## 8.2. Descrição do Produto e Quantidade padronizada de Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral

O Quadro 6 descreve a Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral e as quantidades definidas em protocolo, conforme idade e critérios.

**Quadro 6.** Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral para crianças, descrição do produto e quantidade máxima fornecida por mês

DENOMINAÇÃO	DESCRIÇÃO MÍNIMA DO PRODUTO	FORNECIMENTO	IDADE	QUANTIDADE MÁXIMA DE LATAS/MÊS (400 G)	
				NUTRIÇÃO ENTERAL	NUTRIÇÃO ORAL*
<b>Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral com sabor</b>	Fórmula pediátrica em pó, para uso enteral e oral, nutricionalmente completa, normocalórica ou hipercalórica	CAF (SMS)	1 ano a 3 anos, 11 meses e 29 dias	23	11
			4 anos a 9 anos, 11 meses e 29 dias	28	7

Fonte: NGA, SMS, 2024.

\*Para este critério, o fornecimento da fórmula é um complemento à alimentação.

### Importante:

O médico ou nutricionista deverá incluir na prescrição o número de latas do produto e quantidade máxima por idade que a criança deve receber, de acordo com a idade, até a próxima consulta. Caso o prescritor não inclua, e ocorra troca de faixa etária, a CAF terá autonomia para fornecer as latas de acordo com a idade oficial da criança conforme Quadro 6, independentemente da quantidade prescrita.

## 8.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmula Pediátrica para Nutrição Enteral e Oral

I. Preenchimento do Anexo A - **Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais** com os seguintes requisitos e campos:

- Médico de ESF, clínico geral, pediatra ou nutricionista do SUS;
- Critério de inclusão da criança no Protocolo - Critério M ou N;
- Descrição do tipo de fórmula de acordo com o protocolo:
  - **Fórmula Pediátrica para nutrição enteral e oral com sabor**;
- Posologia, calorias e quantidade mensal do produto.

**Observação:** O fornecimento PADRÃO será da Fórmula Pediátrica para nutrição enteral e oral **com sabor**. O fornecimento da Fórmula Pediátrica para nutrição enteral e oral **sem sabor** está condicionado a critérios específicos, descritos no Item 8.4.

**Importante:** Não serão aceitos nomes comerciais ou de marcas em nenhuma solicitação

#### 8.4. Alteração da apresentação da Fórmula COM sabor pela Fórmula SEM sabor

Caso ocorram intercorrências clínicas relacionadas à alergia alimentar (distúrbios gastrointestinais, dermatite atópica, asma, síndrome de alergia oral, urticária e angioedema, entre outros) durante o uso da fórmula padronizada com sabor, a criança deverá ser encaminhada para consulta de avaliação com médico pediatra ou gastropediatra do SUS para troca pela apresentação sem sabor.

Neste caso, o médico deve preencher o Anexo F - “**Formulário de Solicitação de Alteração de Apresentação**”, disponível no SIG-SaudeTech em:

- “Modelos de Prescrição Livre no campo Dietas”, com justificativa fundamentada da necessidade de alteração.

Após avaliação e parecer do gastropediatra, a criança volta ao fluxo de solicitação, acompanhamento e renovação da receita na UBSF.

### 9. FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL A PARTIR DE 10 ANOS DE IDADE – FARMÁCIA ESCOLA

A Fórmula Padrão para Nutrição Enteral Nutricionalmente Completa para usuários a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda, é fornecida pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES) atendendo ao Protocolo da Disfagia da Diretoria De Assistência Farmacêutica (DIAF), sendo a **Farmácia Escola de Joinville** (FAE) a responsável pelo recebimento de documentos, abertura do processo para solicitação e envio da documentação para a DIAF.

#### 9.1. Critérios de Inclusão para solicitação de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda

- **O** - Usuários a partir de 10 anos de idade, com alimentação por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia.

#### 9.2. Descrição do Produto e Quantidade Padronizada de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda

O Quadro 7 descreve a Fórmula Padrão para Nutrição Enteral e as quantidades definidas em protocolo conforme idade.

**Quadro 7.** Fórmula Padrão para Nutrição Enteral, descrição do produto e quantidade máxima

DENOMINAÇÃO E DESCRIÇÃO MÍNIMA DO PRODUTO*	RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO	IDADE	QUANTIDADE MÁXIMA DE LATAS/MÊS (800 G A 1000 G)
Fórmula Padrão para Nutrição Enteral em pó	DIAF (SES)	≥ 10 anos	21 latas/mês

Fonte: NGA, 2024.

\*Conforme descritivo da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do CEAF/SC.

**Importante:**

Para quantidades superiores encaminhar relato do médico ou nutricionista, justificando com cálculos da Necessidade Energética Estimada (NEE) do usuário.

### 9.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a partir de 10 anos de idade que recebam alimentação por sonda

I. Receita em 2 vias ou com cópia:

- Receita feita por médico ou nutricionista;
- Critério de inclusão **O**;
- Descrição do tipo de fórmula de acordo com o protocolo:
  - **Fórmula Padrão para Nutrição Enteral em pó**;
- Posologia, calorias e quantidade mensal de produto;

II. Preenchimento do Anexo D - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME) preenchido por médico;

III. Cópia do comprovante de residência atualizado (até 3 meses);

IV. Cópia do RG e CPF (ou Certidão de Nascimento e CPF);

V. Cópia do Cartão SUS.

**Importante:** Não serão aceitos nomes comerciais ou de marcas em nenhuma solicitação.

## 10. SUPLEMENTO NUTRICIONAL VIA SONDA A PARTIR DE 10 ANOS DE IDADE - UBSF

O Suplemento Nutricional será fornecido apenas temporariamente pela UBSF de referência do município, para usuários a partir de 10 anos de idade em alimentação por sonda que tiverem realizado abertura de processo para solicitação da Fórmula Padrão para Nutrição Enteral para a DIAF/SES na Farmácia Escola e estiverem aguardando o fornecimento do produto, conforme Item 9 - “Fórmula Padrão para Nutrição Enteral a Partir de 10 Anos de Idade – Farmácia

Escola”.

O fornecimento do suplemento será ofertado por no máximo 90 dias, sendo suspenso mediante a liberação do suplemento pelo estado.

**Importante:**

A FAE enviará mensalmente para a CAF a relação de usuários contemplados e a CAF controlará o fornecimento temporário do produto, com acompanhamento mensal dos processos aprovados pela DIAF/SES.

Assim que o processo do usuário for deferido pelo Estado, a CAF interromperá o fornecimento do produto e avisará a UBSF por e-mail, para evitar duplicidade de recebimento pelo usuário.

Não há renovação para este fornecimento, uma vez que o tempo de fornecimento máximo é de 90 dias, considerando o tempo de liberação pelo DIAF. Após este período, automaticamente o fornecimento do suplemento nutricional será suspenso pela CAF, e o usuário passará a receber a Fórmula Padrão para Nutrição Enteral na Farmácia Escola.

### 10.1. Critérios de Inclusão para solicitação de Suplemento Nutricional Via Sonda a Partir de 10 Anos de idade - UBSF

- **P** - Usuários a partir de 10 anos de idade, com alimentação por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia, que estão aguardando liberação da Fórmula Padrão para Nutrição Enteral pela DIAF/SES (Estado).

### 10.2. Descrição do Produto e Quantidade Padronizada de Suplemento Nutricional Via Sonda a Partir de 10 Anos de idade - UBSF

O Quadro 8 descreve a Fórmula Padrão para Nutrição Enteral e as quantidades definidas em protocolo.

**Quadro 8.** Suplemento Nutricional Via Sonda: descrição do produto total fornecido por mês

DENOMINAÇÃO	DESCRIÇÃO MÍNIMA DO PRODUTO	RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO	IDADE	QUANTIDADE MÁXIMA DE LATAS/MÊS (360 A 400 G)
<b>Suplemento Alimentar Adulto em pó</b>	Suplemento alimentar em pó para adultos para complementar a nutrição diária, composto por carboidratos, proteínas e lipídeos. Sem sacarose	CAF (SMS)	≥ 10 anos	20 latas/mês

Fonte: NGA, SMS, 2024.

### 10.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Suplemento Nutricional Via Sonda a Partir de 10 Anos de idade - UBSF

- I. Preenchimento do Anexo A - “**Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais**” com os seguintes requisitos e campos:
  - Médico de ESF, clínico geral, pediatra ou nutricionista do SUS;
  - Critério de inclusão **P**;
  - Descrição do tipo de fórmula de acordo com o protocolo:
    - **Suplemento Alimentar em pó**;
  - Posologia, calorias e quantidade mensal de produto;
- II. **Cópia do comprovante de abertura do processo na Farmácia Escola.**

**Importante:** Não serão aceitos nomes comerciais ou de marcas em nenhuma solicitação.

## 11. SUPLEMENTO NUTRICIONAL VIA ORAL A PARTIR DE 10 ANOS DE IDADE

O Suplemento Nutricional será fornecido para usuários a partir de 10 anos de idade que se enquadrem nos critérios para recebimento da suplementação via oral, para complementar a alimentação diária, pelo **período máximo de 12 meses**.

### 11.1. Critérios de Inclusão para Solicitação de Suplemento Nutricional Via Oral a Partir de 10 Anos de idade

- **Q** - Usuários com desnutrição grave e gestantes classificadas como baixo peso em alimentação via oral de acordo com os parâmetros preconizados pela Vigilância Nutricional por faixa etária (para avaliação e classificação do estado nutricional, consultar o Quadro 9 e Tabelas 4 e 5);
- **R** - Usuários a partir de 19 anos de idade com classificação da perda de peso moderada ou grave (para avaliação e classificação do percentual de perda de peso > 5%, consultar fórmula de cálculo do Quadro 10).

Para o cálculo do IMC, é utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Fonte: OMS, 2000.

### 11.1.1. Critério de Inclusão de Usuários do Critério Q - Usuários com desnutrição grave e gestantes classificadas como baixo peso

Os pontos de corte para avaliação e classificação do estado nutricional, são baseados em recomendações adotadas internacionalmente pela Vigilância Nutricional no Brasil e determinados pelo Ministério da Saúde.

No Quadro 9, são apresentados os pontos de corte e instrumentos de triagem nutricional para classificação do risco nutricional por faixa etária.

**Quadro 9.** Pontos de corte e instrumentos de triagem nutricional para classificação do risco nutricional por faixa etária

CICLO DA VIDA	ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	VALOR CRÍTICO	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
<b>Adolescente (10 a 19 anos)</b>	Índice de Massa Corporal para Idade	< P 0,1	Magreza Acentuada
<b>Adulto (20 a 59 anos)</b>	Índice de Massa Corporal para Idade <b>OU</b>	IMC < 16 Kg/m <sup>2</sup>	Baixo Peso Severo
	Malnutrition Screening Tool (MUST) preenchida por nutricionista	>2	Alto Risco Nutricional
<b>Idoso (≥ 60 anos)</b>	Índice de Massa Corporal <b>OU</b>	< 19,2 Kg/m <sup>2</sup>	Desnutrição
	Mini Avaliação Nutricional Versão Resumida (MAN) preenchida por nutricionista	<11 pontos	Desnutrição
<b>Gestante</b>	Índice de Massa Corporal para Idade por Semana Gestacional	De acordo com Semana Gestacional	Baixo Peso

**Fonte:** Brasil, 2011; Bapen, 2003; Kaiser et al., 2009.

Na Tabela 4 são apresentados os IMC para adolescentes de 10 a 19 anos de idade para classificação de Magreza Acentuada.

**Tabela 4.** IMC por idade para Adolescentes de 10 a 19 anos de idade para classificação de Magreza Acentuada (< P 0,1)

IDADE		IMC (Kg/m <sup>2</sup> )		IDADE		IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	
ANO	MÊS	MENINO	MENINA	ANO	MÊS	MENINO	MENINA
10	0	12,7	12,3	14	7	14,4	14,1
10	1	12,7	12,3	14	8	14,5	14,1
10	2	12,7	12,3	14	9	14,5	14,2
10	3	12,8	12,4	14	10	14,5	14,2
10	4	12,8	12,4	14	11	14,6	14,2
10	5	12,8	12,4	15	0	14,6	14,2
10	6	12,8	12,5	15	1	14,6	14,3
10	7	12,8	12,5	15	2	14,7	14,3
10	8	12,9	12,5	15	3	14,7	14,3
10	9	12,9	12,5	15	4	14,7	14,3
10	10	12,9	12,6	15	5	14,8	14,3
10	11	12,9	12,6	15	6	14,8	14,4
11	0	13,0	12,6	15	7	14,8	14,4
11	1	13,0	12,7	15	8	14,9	14,4
11	2	13,0	12,7	15	9	14,9	14,4
11	3	13,0	12,7	15	10	14,9	14,4
11	4	13,1	12,8	15	11	15,0	14,4
11	5	13,1	12,8	16	0	15,0	14,5
11	6	13,1	12,8	16	1	15,0	14,5
11	7	13,2	12,9	16	2	15,1	14,5
11	8	13,2	12,9	16	3	15,1	14,5
11	9	13,2	12,9	16	4	15,1	14,5
11	10	13,2	13,0	16	5	15,1	14,5
11	11	13,3	13,0	16	6	15,2	14,5
12	0	13,3	13,1	16	7	15,2	14,5
12	1	13,3	13,1	16	8	15,2	14,5
12	2	13,4	13,1	16	9	15,2	14,5
12	3	13,4	13,2	16	10	15,3	14,6
12	4	13,4	13,2	16	11	15,3	14,6
12	5	13,5	13,2	17	0	15,3	14,6
12	6	13,5	13,3	17	1	15,3	14,6
12	7	13,5	13,3	17	2	15,4	14,6
12	8	13,6	13,4	17	3	15,4	14,6
12	9	13,6	13,4	17	4	15,4	14,6
12	10	13,6	13,4	17	5	15,4	14,6
12	11	13,7	13,5	17	6	15,5	14,6

13	0	13,7	13,5	17	7	15,5	14,6
13	1	13,7	13,5	17	8	15,5	14,6
13	2	13,8	13,6	17	9	15,5	14,6
13	3	13,8	13,6	17	10	15,5	14,6
13	4	13,9	13,6	17	11	15,5	14,6
13	5	13,9	13,7	18	0	15,6	14,6
13	6	13,9	13,7	18	1	15,6	14,6
13	7	14,0	13,7	18	2	15,6	14,6
13	8	14,0	13,8	18	3	15,6	14,6
13	9	14,0	13,8	18	4	15,6	14,6
13	10	14,1	13,8	18	5	15,6	14,6
13	11	14,1	13,9	18	6	15,7	14,6
14	0	14,2	13,9	18	7	15,7	14,6
14	1	14,2	13,9	18	8	15,7	14,6
14	2	14,2	14,0	18	9	15,7	14,6
14	3	14,3	14,0	18	10	15,7	14,6
14	4	14,3	14,0	18	11	15,7	14,6
14	5	14,4	14,1	19	0	15,7	14,6
14	6	14,4	14,1				

Fonte: WHO, 2007.

Na Tabela 5 são apresentados os pontos de corte para definição de Baixo Peso segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional.

**Tabela 5.** Ponto de corte para Baixo Peso segundo Índice de Massa Corporal por Semana Gestacional

SEMANA GESTACIONAL	BAIXO PESO (BP) IMC ≤
6	19,9
7	20,0
8	20,1
9	20,2
10	20,3
11	20,4
12	20,5
13	20,6
14	20,7
15	20,8
16	21,0
17	21,1
18	21,2
19	21,4
20	21,5
21	21,7
22	21,8
23	22,0
24	22,2
25	22,4
26	22,6
27	22,7
28	22,9
29	23,1
30	23,3
31	23,4
32	23,6
33	23,8
34	23,9
35	24,1
36	24,2
37	24,3
38	24,5
39	24,7
40	24,9
41	25,0
42	25,0

Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 1997).

### 11.1.2. Critério de Inclusão de Usuários do Critério R - Usuários a partir de 19 anos de idade com perda de peso severa

A Fórmula de Blackburn é utilizada para calcular o percentual de perda de peso e é recomendada para adultos. Essa fórmula é usada na avaliação nutricional e no acompanhamento de usuários, especialmente aqueles em risco de desnutrição ou que estão passando por um processo de emagrecimento.

O percentual de perda de peso (%PP) reflete o grau da perda de peso em relação ao tempo, usando como base o peso usual.

**Nota:** O peso usual é o peso que uma pessoa costuma ter quando está em seu estado normal de saúde e atividades. É uma referência individual que pode variar de pessoa para pessoa. Esse peso é considerado estável e não é influenciado por fatores temporários como doenças agudas, dietas extremas ou retenção de líquidos. O peso usual é importante porque serve como base de comparação para identificar alterações significativas no peso corporal que possam indicar problemas de saúde ou a eficácia de um programa de perda de peso.

#### Fórmula de cálculo do percentual de perda de peso:

$$\% PP = \left( \frac{\text{Peso usual} - \text{Peso atual}}{\text{Peso usual}} \times 100 \right)$$

**Fonte:** Blackburn et al. 1977.

No Quadro 10, são apresentadas as porcentagens de perda de peso severa de acordo com o tempo.

#### Quadro 10. Classificação da perda de peso severa de acordo com o tempo

TEMPO	PERDA DE PESO SEVERA (%)
1 mês	> 5
3 meses	> 7,5
6 meses	> 10

**Fonte:** Blackburn et al. 1977.

### 11.2. Descrição do Produto e Quantidade Padronizada

No Quadro 11 são apresentados a descrição do produto e quantidades máximas conforme idade.

**Quadro 11.** Suplemento Nutricional Via Oral, descrição do produto e quantidade máxima fornecida de acordo com a idade

DENOMINAÇÃO	DESCRIÇÃO MÍNIMA DO PRODUTO	RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO	IDADE	QUANTIDADE MÁXIMA DE LATAS/ MÊS (360 a 400 g)
Suplemento Alimentar Adulto em pó	Suplemento alimentar em pó para adultos para complementar a nutrição diária, composto por carboidratos, proteínas e lipídeos. Sem sacarose.	CAF (SMS)	10 a 19 anos	10
			Mais de 20 anos	15

Fonte: NGA, SMS, 2024.

### 11.3. Documentos Obrigatórios – 1ª Solicitação de Suplemento Nutricional Via Oral a Partir de 10 Anos de idade

I. Preenchimento do Anexo A - “**Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais**” com os seguintes requisitos e campos:

- Médico de ESF, clínico geral, pediatra ou nutricionista do SUS;
- Critério de inclusão **Q** e **R**;
- Descrição do tipo de fórmula de acordo com o protocolo:
  - **Suplemento Alimentar em pó**;
- Posologia, calorias e quantidade mensal de produto.

**Importante:** Não serão aceitos nomes comerciais ou de marcas em nenhuma solicitação.

## 12. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA

São critérios para exclusão do programa:

- Residência do usuário em outro município;
- Não renovação da prescrição conforme descrito;
- Ausência dos documentos exigidos (tanto na 1ª solicitação quanto nas renovações);
- Não retirada do produto na UBSF de referência por 3 meses consecutivos;
- Transferência de município, alta e/ou óbito do usuário.

**Observação:** Os usuários que forem excluídos do programa em qualquer momento e necessitarem reiniciar, deverão fazer o novo processo para solicitação como solicitação primária.

### **13. DIVERGÊNCIAS NOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA**

Os casos que não atenderem aos critérios estabelecidos neste protocolo poderão ser avaliados pelos prescritores e se necessário, solicitado via Núcleo de Apoio Técnico ao Sistema de Justiça (NAT-Jus) conforme orienta o processo SEI nº 17.0.064964-4, cumprindo todas as exigências que constam neste documento.

Usuários em vulnerabilidade social que não se enquadram nos critérios clínicos definidos neste protocolo devem ser encaminhados para a Secretaria de Assistência Social para cadastro nos programas, além de articulação local da equipe de saúde com os programas disponíveis, como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Cozinhas Comunitárias, Alimentação Escolar, Pastoral da Criança, Restaurante Popular, entre outros.

### **14. PRESCRIÇÕES DA INICIATIVA PRIVADA**

Os usuários que apresentarem prescrição de médicos ou nutricionistas que não sejam da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Município de Joinville, podem ser encaminhados para agendamento de consulta com o médico da UBSF de sua área de abrangência, para avaliação da indicação e se o usuário possui critérios para ter acesso às fórmulas e suplementos, sendo necessário, nova prescrição pelo SUS, e preenchimento de documentação conforme fórmula e/ou suplemento indicado. A inclusão destes usuários no programa está condicionada aos critérios de cada fórmula e/ou suplemento, e a avaliação dos profissionais do SUS. A prescrição ou indicação por profissional da iniciativa privada não obriga o fornecimento de fórmulas, quando por ventura, os profissionais de referência da UBSF não indicarem seu uso.

### **15. DEVOLUÇÕES DE PRODUTOS PARA A CAF**

Em situações de não retirada dos produtos na UBSF, por 2 meses consecutivos (60 dias), a equipe da farmácia/dispensário deverá encaminhar os produtos excedentes para a CAF, devidamente identificados conforme orientações vigentes para devoluções de produtos à CAF.

Usuários que receberem alta, necessitarem de mudança de fórmula, óbito ou suspensão do uso, e estiverem em posse de produto em casa, poderão devolvê-los para a farmácia/dispensário seguindo as orientações vigentes para devoluções de produtos à CAF.

### **16. CONTROLE INTERNO E ACOMPANHAMENTO DE CADASTROS**

A CAF manterá atualizado o controle dos cadastros e renovações dos usuários ativos atendidos pelo Protocolo de Acesso à Fórmulas e Suplementos Nutricionais, bem como dos usuários inativos, conforme critérios estabelecidos neste documento e Protocolo Operacional

Padrão interno do serviço.

As Farmácias/Dispensários de Medicamentos das Unidades de Saúde deverão manter arquivadas as cópias das prescrições e Formulários de Cadastro Farmácia/Dispensário, de todos os usuários ativos, para coleta da assinatura do responsável no momento da entrega dos produtos, bem como para conferência da prescrição se necessário.

As Unidades de Saúde e a CAF deverão manter arquivados todos os documentos e todos os Formulários de Cadastro Farmácia/Dispensário dos usuários inativos, preferencialmente em meio digital, por, no mínimo 10 anos, conforme orientação constante no processo SEI nº 23.0.306240-8 - “Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos”.

## REFERÊNCIAS

BLACKBURN, G.L., BISTRAN, B.R., MAINI, B.S. Avaliação nutricional e metabólica do paciente hospitalizado. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, Silver Spring ME, v.1, n.1, p.11-32, 1977;

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 63, de 6 de julho de 2000**. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Brasília - DF: 2000;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília - DF: 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 3 jul. 2024;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição - 1ª Edição**. Brasília - DF: 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf). Acesso em 23 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. **Relatório de Recomendação: Fórmulas Nutricionais para Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)**. Brasília - DF: 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2018/recomendacao/relatorio\\_formulasnutricionais\\_aplv.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2018/recomendacao/relatorio_formulasnutricionais_aplv.pdf). Acesso em: 8 jul. 2024;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em Serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília - DF: 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf). Acesso em: 23 abr. 2024;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes - Módulo 1: Diagnóstico, Manejo e Acompanhamento de Crianças Expostas ao HIV**. Brasília - DF: 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e-adolescentes-modulo-1-diagnostico-manejo-e-acompanhamento-de-criancas-expostas-ao-hiv>. Acesso em: 3 jul.2024;

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre

a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília - DF: 1999;

BRITISH ASSOCIATION FOR PARENTERAL AND ENTERAL NUTRITION (BAPEN). **The MUST Report: Nutritional Screening of Adults: A Multidisciplinary Responsibility**. BAPEN, 2003. Disponível em: <https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must-report.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2024ç

KAISER, M. J. et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): a practical tool for identification of nutritional status. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 13, n. 9, p. 782-788, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279770723020018?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jun. 2024;

MAZUR, C. E. et al. Terapia nutricional enteral domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 757-769, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10345>. Acesso em: 08 jul. 2024;

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). **Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 6, p. M366-M372, 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/6/M366/526432?login=false>. Acesso em: 14 jun. 2024;

SANTA CATARINA. Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Assistência à Saúde. Gerência de Enfermagem e Gestão Assistencial. Sistema Eletrônico de Informação. **Manual da Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Joinville - SC: 2023;

SANTA CATARINA. Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Assistência à Saúde. Gerência de Enfermagem e Gestão Assistencial. Sistema Eletrônico de Informação. **Nota Técnica nº 01/2022 – SES/ENF: Prescrição de insumos de uso domiciliar pelo profissional enfermeiro(a)**. Joinville - SC: 2022;

SANTA CATARINA. Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto Nº 30.043, de 14 de novembro de 2017**. Institui o Núcleo de Apoio Técnico ao Sistema de Justiça - NAT-Jus, regulamenta os procedimentos voltados à prevenção e resolução administrativa de litígios na saúde e dá outras providências. Joinville - SC: 2017;

SANTA CATARINA. Prefeitura de Joinville. Secretaria Municipal de Saúde. Administração e Planejamento. Área de Gestão Documental. Sistema Eletrônico de Informação. **Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos**. Joinville - SC: 2023;

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF**. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/medicamentos-excepcionais/470-componte-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf>. Acesso em: 13 mai. 2024;

## ANEXO A. Modelo de Prescrição de Fórmulas e Suplementos Nutricionais

PRESCRIÇÃO DE FÓRMULAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS	
<b>Nome do Usuário:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>CNS:</b>
<b>Lactente 0 a 11 meses e 29 dias</b> <input type="checkbox"/> Fórmula infantil de partida <input type="checkbox"/> Fórmula infantil de seguimento	<input type="checkbox"/> A. Bebê Precioso <input type="checkbox"/> B. Fissura lábio palatal (Centrinho) <input type="checkbox"/> C. Malformação congênita grave (NAIPE ou SER) <input type="checkbox"/> D. Cardiopatia grave ou neoplasia <input type="checkbox"/> E. Sonda nasoesnteral, gastrostomia ou jejunostomia <input type="checkbox"/> F. Desnutrição grave <input type="checkbox"/> G. Lactentes de mãe HIV positivo
<b>Lactente 0 a 1 ano 11 meses e 29 dias</b> <input type="checkbox"/> Fórmula infantil de partida soja <input type="checkbox"/> Fórmula infantil de seguimento soja <input type="checkbox"/> Fórmula infantil hidrolisada <input type="checkbox"/> Fórmula infantil de aminoácidos	<input type="checkbox"/> H. Deficiência congênita da enzima lactase (DCEL) <input type="checkbox"/> I. Diagnóstico de APLV <input type="checkbox"/> J. Suspeita de APLV <input type="checkbox"/> K. Bebê Precioso com suspeita de APLV <input type="checkbox"/> L. Sonda nasoesnteral, gastrostomia ou jejunostomia que se enquadram nos critérios H, I e J
<b>Criança 1 a 9 anos 11 meses e 29 dias</b> <input type="checkbox"/> Fórmula pediátrica para nutrição enteral e oral com sabor	<input type="checkbox"/> M. Sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia <input type="checkbox"/> N. Desnutrição grave via oral ( )
<b>Adolescentes, Adultos, Gestantes e Idosos ≥ 10 anos</b> <input type="checkbox"/> Suplemento Alimentar Adulto em pó	<input type="checkbox"/> P. Sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia <input type="checkbox"/> Q. Desnutrição grave via oral <input type="checkbox"/> R. Perda de peso severa via oral (≥ 19 anos)
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA BEBÊ PREMATURO	
<b>Com quantas semanas nasceu?</b>	
<b>Idade cronológica:</b> _____ meses _____ semanas <b>Idade corrigida:</b> _____ meses _____ semanas	
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
<b>Dados Antropométricos</b>	Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____ kg/m <sup>2</sup> Semana gestacional: _____ semanas
<b>Perda de Peso Ponderal</b>	Peso Anterior: _____ kg Data: ____/____/____ Peso Atual: _____ kg Data: ____/____/____ <b>Percentual de Perda de Peso</b> 1 mês _____ % 3 meses _____ % 6 meses _____ %
<b>Triagem Nutricional</b>	<b>Adulto</b> Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) <input type="checkbox"/> 0 Baixo Risco <input type="checkbox"/> 1 Médio Risco <input type="checkbox"/> ≥ 2 Alto Risco <b>Idoso</b> Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN) <input type="checkbox"/> 12-14 Normal <input type="checkbox"/> 8-11 Risco de Desnutrição <input type="checkbox"/> 0-7 Desnutrição
<b>Via de administração:</b> ( ) Oral ( ) SNE/SNG ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia	
Calorias: _____ Kcal/mês (preenchimento opcional) Quantidade: _____ latas/mês Período de tratamento: _____ meses	
História clínica, justificativa de uso e relato mínimo do caso que indique o uso de fórmula infantil, dieta ou suplemento:	
Observações complementares e modo de preparo:	
Nome completo do Prescritor	
CID 10 _____	
Data: ____/____/____	
Assinatura e Registro no Conselho do Prescritor	



**ANEXO C. Instrumento de Triagem Nutricional MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)**

<b>Nome do Usuário:</b>	
<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____	
<b>Data de avaliação:</b> ____/____/____	
<b>ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)</b>	
Peso atual: ____ kg	Altura: ____ m
IMC: ____ kg/m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> > 20 <b>(0 ponto)</b> <input type="checkbox"/> 18,5 a 20 <b>(1 ponto)</b> <input type="checkbox"/> < que 18,5 <b>(2 pontos)</b>	
<b>PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 A 6 MESES</b>	
Peso atual ____ kg	Data: ____/____/____
Peso usual ____ kg	Data: ____/____/____
<b>Percentual de Perda de Peso</b> <input type="checkbox"/> menor que 5% <b>(0 ponto)</b> <input type="checkbox"/> 5 a 10% <b>(1 ponto)</b> <input type="checkbox"/> maior que 10% <b>(2 pontos)</b>	
<b>CONSUMO ALIMENTAR</b>	
<input type="checkbox"/> come mais da metade <b>(0 ponto)</b> <input type="checkbox"/> come menos da metade <b>(1 ponto)</b> <input type="checkbox"/> ausência / praticamente sem ingestão alimentar <b>(2 pontos)</b>	
<b>Via de acesso:</b> <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE/SNG <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Gastrostomia	
<b>TOTAL DE PONTOS</b> _____	
<input type="checkbox"/> <b>0 ponto</b> - Baixo risco nutricional (repetir a triagem em 1 mês) <input type="checkbox"/> <b>1 ponto</b> - Médio risco nutricional (repetir a triagem em 1 semana) <input type="checkbox"/> <b>≥ 2 pontos</b> - Alto risco nutricional	
<hr/> <b>Assinatura Responsável pela Triagem Nutricional</b>	

Fonte: BAPEN, 2003.

**ANEXO D. Mini Avaliação Nutricional Idoso Versão reduzida (MAN)®**

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL IDOSO
<p><b>A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</b>            0 = diminuição severa da ingestão            1 = diminuição moderada da ingestão            2 = sem diminuição da ingestão</p>
<p><b>B. Perda de peso nos últimos 3 meses</b>            0 = superior a três quilos            1 = não sabe informar            2 = entre um e três quilos            3 = sem perda de peso</p>
<p><b>C. Mobilidade</b>            0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas            1 = deambula mas não é capaz de sair de casa            2 = normal</p>
<p><b>D. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</b>            0 = sim 2 = não</p>
<p><b>E. Problemas neuropsicológicos</b>            0 = demência ou depressão graves            1 = demência leve            2 = sem problemas psicológicos</p>
<p><b>F1. Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m<sup>2</sup> ])</b>            0 = IMC &lt; 19            1 = 19 ≤ IMC &lt; 21            2 = 21 ≤ IMC &lt; 23            3 = IMC ≥ 23</p>
<p>SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.</p>
<p><b>F2. Circunferência da Panturrilha (CP) em cm</b>            0 = CP menor que 31            3 = CP maior ou igual a 31</p>
<p><b>Escore de Triagem (máximo: 14 pontos)</b>            12-14 pontos: estado nutricional normal            8-11 pontos: sob risco de desnutrição            0-7 pontos: desnutrido</p>

**Fonte:** Kaiser et al., 2009.

**ANEXO E.** Formulário de encaminhamento para solicitação de Fórmula Infantil Adequada para idade (Serviços Especiais)

<b>FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL ADEQUADA PARA IDADE</b>		
<b>Unidade de Serviço Especial:</b> ( ) Centrinho            ( ) NAÍPE DI/TEA            SER ( )		
<b>Nome do Usuário:</b>		
<b>Data de nascimento:</b>	<b>CNS:</b>	
Diagnóstico/CID:		
Parecer de Assistente Social ou Nutricionista		
Data: ____/____/____		
<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <b>Assinatura, Registro no Conselho</b>		

## ANEXO F. Formulário de Solicitação de Alteração de Apresentação

FÓRMULA PEDIÁTRICA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL	
<b>Solicitação de alteração de apresentação de PRODUTO para <u>SEM SABOR</u></b>	
Nome do Usuário:	
Data de nascimento:	CNS:
Criança <b>1 a 9 anos 11 meses e 29 dias</b> ( ) Fórmula pediátrica para nutrição enteral e oral SEM SABOR	( ) M. Sonda enteral, gastrostomia ou jejunostomia ( ) N. Desnutrição grave via oral
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA BEBÊ PREMATURO	
Com quantas semanas nasceu?	
Idade cronológica ____ meses ____ semanas Idade corrigida ____ meses ____ semanas	
Diagnóstico/CID:	
Via de acesso ( ) Via Oral ( ) SNE/SNG ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia	
Data de início do consumo da apresentação <b>COM SABOR</b> :    /    /	
Relato das tentativas e consequências de consumo da fórmula <u>com sabor</u> pela criança	
Justificativa fundamentada da necessidade de alteração para a apresentação <u>sem sabor</u>	
*Calorias: _____ Kcal/mês (preenchimento opcional)	
Quantidade: _____ latas/mês	
Período de tratamento: _____ meses: _____	
Data: ____/____/____	
<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <b>Assinatura, Registro no Conselho do Prescritor</b>	

## ANEXO G. Laudo Médico Especializado (LME), DIAF/SES

OPÇÕES →

Meior visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

**SUS** Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1-Número do CNES\*  2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente\*  5-Peso do paciente\*  kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*  6-Altura do paciente\*  cm

7. Medicamento(s)\*

	8- Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10\*  10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar:

13- **Atestado de capacidade\***  
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?  
 NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento   
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*  16- Data da solicitação\*  Hoje

17- Assinatura e carimbo do médico\*

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome:  e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*  
 Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia:   
 Parda

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente   
 CPF ou  CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Para suporte, entre em contato pelo: ceaf.daf@saude.gov.br

Fonte: DIAF/SES, 2024.  
disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica-ceaf/documentos/laudo-para-solicitacao-avaliacao-e-autorizacao-de-medicamentos-lme/17909-lme-preenchimento-eletronico/file>