



Prefeitura de  
**Mairiporã**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

# REMUMIE

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

## 2023



## **APRESENTAÇÃO:**

Em conformidade com a política de assistência farmacêutica, com o objetivo de orientar o nosso corpo clínico e orientar nossa população sobre a composição dos medicamentos disponibilizados pelo nosso município através da rede de assistência municipal, elaborou-se a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do Município de Mairiporã.

Essa relação foi obtida através do histórico de prescrições dispensadas pelas farmácias municipais assim como pela pesquisa com nossos profissionais médicos e cirurgiões dentistas, com o suporte técnico de nossos profissionais farmacêuticos na expectativa de relacionar os itens rotineiramente prescritos que atendessem ao maior número possível de situações clínicas.

A Remume não abrange todas as necessidades pois as ciências são dinâmicas, alterando protocolos de prescrição de acordo com o avançar do conhecimento. Desta forma, há que se entender que há necessidade de uma frequente revisão, de acordo com as expectativas técnicas dos nossos protocolos clínicos e dos anseios da nossa sociedade.

## **FINALIDADE:**

Guiar a relação de medicamentos e insumos essenciais à população, orientar as prescrições, dispensações e demais atividades farmacêuticas possibilitando o permanente controle sobre elenco de medicamentos e insumos fornecidos e proporcionando uma gestão ampla e dinâmica dos serviços de farmácia e nutrição.

## **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA:**

A comissão é formada por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e é vinculada à divisão de apoio à assistência farmacêutica com o objetivo de formular e implementar políticas relacionadas à seleção, prescrição e ao uso racional de medicamentos e insumos através de processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, de forma a assegurar a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde através de terapêutica eficaz e segura. Possui um mandato de dois anos e pode ser prorrogada por período igual.



Entre outras atribuições desta comissão está a consultoria a profissionais especialistas dessa instituição sobre as questões relacionadas ao uso de medicamentos e produtos para a saúde; definição de critérios de adoção de medicamentos e insumos não padronizados; formulação de diretrizes para prescrição, aquisição, distribuição e uso racional de medicamentos. A comissão pode ainda solicitar parecer consultivo do Secretário(a) da Saúde em exercício.

A comissão executa suas funções de forma regular, constante e periódica através de reuniões mensais ditas ordinárias e de forma extraordinária quando necessário.

Os assuntos abordados nas reuniões (ordinárias ou extraordinárias) têm origem em demandas dos diversos setores da assistência prestada pela Secretaria Municipal de Saúde, por solicitação de munícipes (através de protocolos disponíveis no compilado dessa orientação ou nas unidades de assistência municipal) ou solicitação direta de gestores da nossa Administração.

A comissão é formada por no mínimo sete membros sendo que um deles desempenhará a função de presidente mediante escolha do prefeito em ato oficial e outro membro será o Secretário e deverá ser escolhido entre os membros da Comissão, conforme determina a portaria Nº 22.217/2022.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica são:

- Fabiana Sousa de Jesus Ribeiro
- Tathiana Gallerani Emilio Cecconello
- Flávio Luís de Amorim Nogueira
- Tiago Estevam Almeida
- Patricia Lubianqui Cardoso Cesar Emilio
- Renata Martins Peracchy
- Elaine Domingues

- Rosemeire Fernandes Gismene
- Viviane Mitchiko Baptista

### **CRITÉRIOS DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO:**

A prescrição de medicamentos é um documento com valor legal pelo qual se responsabilizam, perante o paciente e sociedade, aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos. É regida por certos preceitos gerais, de forma a não deixar dúvida nem tão pouco dificuldades de interpretação.

As prescrições medicamentosas devem ser feitas de modo LEGÍVEL e SEM RASURAS contendo:

- Nome completo do paciente
- Nome do medicamento: De acordo com a "Resolução - RDC Nº 51, de 15 de Agosto de 2007" do Ministério da Saúde, No âmbito do Sistema Único de Saúde, o documento deve adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI)
- Forma farmacêutica
- Potência do fármaco
- Posologia
- Quantidade total do medicamento de acordo com o tempo de tratamento forma
- Via de administração
- Intervalo entre as doses
- Dose máxima diária
- Duração do tratamento
- Data de emissão
- Assinatura
- Carimbo do profissional prescriptor
- Identificação da Unidade de Saúde que emitiu a prescrição.

Os medicamentos que estão sujeitos a controle especial conforme portaria nº 344/98 da Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, devem ser prescritos em receituários pré estabelecidos, de acordo com a seguinte descrição:

Lista presente no anexo I da portaria 344	Tipo de substância	Tipo de receituário	Cor	Anexo da portaria 344 em que o modelo está contido	Características do modelo de receituário	Validade e alcance no território nacional do receituário	Tempo de tratamento possível em cada notificação/receita
A1	Entorpecentes	Notificação de Receita A	Amarela	IX	De cor amarela, será impressa, às expensas da Autoridade Sanitária Estadual ou do Distrito Federal, deve conter 20 (vinte) folhas em cada talonário e será fornecida gratuitamente aos profissionais e instituições devidamente cadastrados. (art. 40)	Válida por 30 dias a contar da data de sua emissão em todo o território nacional.  Se destinada à aquisição em outra Unidade da Federação também é necessário que seja acompanhada da receita médica com justificativa do uso (art. 41).  As Notificações de receita "a" precedentes de outras unidades federativas devem ser obrigatoriamente apresentadas pelas farmácias e drogarias à autoridade sanitária local em até 72 horas, para averiguação e visto (parágrafo único).	A Notificação de Receita "A" poderá conter no máximo de 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas de apresentação, poderá conter a quantidade correspondente no máximo a 30 (trinta) dias de tratamento. (art. 43)
A2	Entorpecentes						
A3	Psicotrópicas						
B1	Psicotrópicas	Notificação de Receita B	Azul	X	De cor azul, impressa às expensas do profissional ou da instituição, conforme modelos anexos da portaria SVS nº 344 / 1998 ou RDC nº 58/2007.	Válida por 30 dias a contar da data de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração (art. 45).	A Notificação de Receita "B" poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias. (art. 46)
B2	Psicotrópicas Anorexígenas	Notificação de Receita B2	Azul	I (RDC nº 58 / 2007)	De cor azul, impressa às expensas do profissional ou da instituição, conforme modelos anexos da portaria SVS nº 344 / 1998 ou RDC nº 58/2007.	Validade de 30 (trinta) dias contados a partir da sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração (art. 1º, § 2º da RDC nº 58/2007)	Cada Notificação de Receita "B2" deve ser utilizada para tratamento igual ou inferior a 30 (trinta) dias.  Se o médico prescrever quantidade inferior, esta deverá ser mantida (de acordo com a RDC nº 58 / 2007).  Deverá ser respeitada a dose diária recomendada (DDR) estabelecida na RDC nº 52 / 2011.
C1	Outras substâncias sujeitas a controle especial	Receita de controle especial em duas vias	---	XVII	Deverá estar escrita de forma legível, a quantidade de algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.  Na receita C5 são obrigatórias a inclusão do CPF do profissional e do CID do paciente.	Válida por 30 dias contados a partir da data de sua emissão e em todo o território nacional (art. 52, § 1º).	C1 e C5: Limitada a 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias.  No caso de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 6 (seis) meses de tratamento.
C5	Anabolizantes						
C4	Antiretrovirais	Próprio do programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde	---	---	Não há modelo ou cor definida.	Não há prazo de validade determinado e nem proibição de uso em várias unidades federativas.	Não há quantidade determinada pela legislação.
C2	Retinóides de Uso tópico	Receita comum (sem retenção)	---	---	---	---	---
C2	Retinóides de Uso sistêmico	Notificação de Receita especial	Branca	XII	Será impressa às expensas do médico prescritor ou pela instituição a qual esteja filiado	Válida por 30 dias contados a partir de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração (art. 50).	Poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas, e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 30 (trinta) dias.
C3	Talidomida	Notificação de receita de talidomida	Branca	VI (RDC nº 11 / 2011)	Será impressa e distribuída gratuitamente pela autoridade sanitária competente somente aos profissionais médicos devidamente cadastrados.	Válida por 20 dias contados a partir da data de sua emissão e somente dentro da unidade federativa onde foi emitida.	A quantidade de Talidomida por prescrição, em cada Notificação de Receita, não poderá ser superior à necessária para o tratamento de 30 (trinta) dias. (art. 21, §3º da RDC nº 11 / 2011)

A dispensação deverá ser feita por profissionais da farmácia e/ou farmacêuticos com apresentação da receita pelo paciente ou terceiro previamente autorizado.

Os medicamentos de uso contínuo terão sua prescrição válida por 1 (um) ano e a quantidade dispensada abrangerá o período de 30 (trinta) dias de tratamento.

Os medicamentos constantes na portaria nº 344/98 da VS do Ministério da Saúde (vide tabela da página anterior) serão dispensados seguindo o tipo de substância prescrita, conforme preconizado. A cada dispensação o paciente deverá apresentar receita atualizada, original e que cumpra com todos os critérios exigidos pela legislação.

A lista pode ser consultada em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)

Os medicamentos de uso imediato serão dispensados em sua totalidade para o período conforme a prescrição.

### **LOCAIS DE DISPENSAÇÃO:**

A dispensação de medicamentos na rede de saúde do município, ocorrerá somente nas unidades que dispõem de farmácias dispensadoras.

São elas :

- *Farmácia Central*
- *UBS Dr Amadeu Mendes da Silva Neto - Terra Preta*
- *UBS Aloisio Salotti - Capoavinha*
- *UBS Hernani Gabriel de Oliveira Diniz Gonçalves - Sol Nascente*
- *UBS Manoel Pinto Júnio - MIMI - Jd Pereira*
- *UBS Malvina Machado Wisniewski - Vila Machado*
- *UBS Maria Amaro - Jd Hortolândia*
- *UBS Pirucaia*
- *UBS Selma Guaraciaba das Neves Costa - Jd Fernão Dias*

## **DISPOSIÇÕES FINAIS:**

Essa Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME - aprovada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, atende à determinação da gestão municipal.

WALID ALI HAMID  
Prefeito Municipal

RAPHAEL APARECIDO DE SOUZA  
Secretário Municipal de Saúde

## ÍNDICE

PÁG 10 – 17 – REMUME

PÁG 17 – 19 - PROTOCOLO MUNICIPAL PARA INSUMOS DE DIABETES

PÁG 20-21 – PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NA REMUME

PÁG 22 – 51 – MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTADUAL

PÁG 52 – 57 – MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRAIS

PÁG 58 – 66 – MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS (ALTO CUSTOO

PÁG 67 – 69 – MEDICAMENTOS DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

PÁG 70 – 78 - PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

PÁG 79 – 86 - PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS LÁCTEAS E FÓRMULAS ESPECIAS

PÁG 87 – 92 - PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRUIÇÃO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS





**RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS**

Prefeitura de Mairiporã/SP  
2023

**RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL  
PORTARIA ANVISA Nº 344/98**

<b>DCB</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>FORMA FARMACÊUTICA</b>
00372	ACIDO VALPROICO 250mg	Comprimido
00372	ACIDO VALPROICO 50mg/ml	Solução Oral
00711	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25mg	Comprimido
01282	BIPERIDENO 2mg	Comprimido
01366	BROMAZEPAN 3mg	Comprimido
01710	CARBAMAZEPINA 200mg	Comprimido
01710	CARBAMAZEPINA 20mg/ml	Solução Oral
02297	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO 25mg	Comprimido
02300	CLONAZEPAN 0,5mg	Comprimido
02300	CLONAZEPAN 2mg	Comprimido
02300	CLONAZEPAN 2,5mg/ml	Solução Oral
02503	CLORPROMAZINA 100mg	Comprimido
02503	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO 25mg	Comprimido
02503	CLORPROMAZINA 40mg/ml	Solução Oral
02904	DIAZEPAN 10mg	Comprimido
03954	FENITOINA SODICA 100mg	Comprimido
03962	FENOBARBITAL SODICO 100mg	Comprimido
03962	FENOBARBITAL SODICO 40mg/ml	Solução Oral
04177	FLUOXETINA 20mg	Comprimido
04589	HALOPERIDOL 1mg	Comprimido
04589	HALOPERIDOL 2mg/ml	Solução Oral
04589	HALOPERIDOL 5mg	Comprimido
04837	IMIPRAMINA, CLORIDRATO de 25mg	Comprimido
05263	LEVOMEPRIMAZINA 25mg	Comprimido
05263	LEVOMEPRIMAZINA 100mg	Comprimido
05263	LEVOMEPRIMAZINA 4%	Solução Oral
01749	LÍTIO, carbonato de 300mg	Comprimido
06428	NITRAZEPAN 5mg	Comprimido
06523	NORTRIPTILINA 25mg	Comprimido
	PARACETAMOL500mg+CODEINA30mg	Comprimido

06991	PERICIAZINA 4%	Solução Oral
07963	SERTRALINA 50mg	Comprimido
08807	TRAMADOL, cloridrato de 50mg	Cápsula

<b>RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS</b>		
<b>DCB</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>FORMA FARMACÊUTICA</b>
	ACETATO DE RETINOL + AMINOACIDO + CLORANFENICOL	Pomada oftálmica
00082	ACICLOVIR 200mg	Comprimido
00089	ACIDO ACETIL SALICILICO 100mg	Comprimido
00104	ACIDO ASCORBICO 200mg/ml	Solução Oral
00194	ACIDO FOLICO 5mg	Comprimido
00194	ACIDO FOLICO 0,2mg/ml	Solução Oral
00196	ACIDO FOLINICO 15mg	Comprimido
00458	ALBENDAZOL 400mg	Comprimido
00458	ALBENDAZOL 40mg/ml	Solução Oral
00097	ALENDRONATO DE SODIO 70mg	Comprimido
00585	ALOPURINOL 100mg	Comprimido
00632	AMBROXOL, CLORIDRATO DE 3MG	SOLUÇÃO ORAL
00632	AMBROXOL, CLORIDRATO DE 6MG	SOLUÇÃO ORAL
00685	AMINOFILINA 100mg	Comprimido
00699	AMIODARONA, CLORIDRATO DE 200mg	Comprimido
00736	AMOXICILINA 500mg	Comprimido
00736	AMOXICILINA 50mg/mL	Solução Oral
00804	ANLÓDIPINO, BESILATO 10mg	Comprimido
00804	ANLÓDIPINO, BESILATO 5mg	Comprimido
00911	ATENÓLOL 50mg	Comprimido
00997	AZITROMICINA 500mg	Comprimido
00997	AZITROMICINA 40mg/ml	Solução Oral
01166	BENZOILMETRONIDAZOL 40mg/mL	Solução Oral
01699	CAPTOPRIL 25mg	Comprimido

01748	CALCIO, CARBONATO 500mg	Comprimido
	CALCIO, CARBONATO 600mg + Vit D400UI	Comprimido
01808	CARVEDILOL 6,25mg	Comprimido
01808	CARVEDILOL 12,5mg	Comprimido
01808	CARVEDILOL 25MG	Comprimido
01826	CEFALEXINA 500mg	Comprimido
01826	CEFALEXINA 50mg/ml	Solução Oral
01956	CETOCONAZOL 2%	Pomada
01956	CETOCONAZOL 200mg	Comprimido
01960	CETOPROFENO 50mg	Comprimido
02067	CILOSTAZOL 50 MG	Comprimido
02067	CILOSTAZOL 100 MG	Comprimido
02089	CINARIZINA 75mg	Comprimido
02137	CIPROFLOXACINA, CLORIDRATO 500mg	Comprimido
02137	CIPROFLOXACINO 3,5%	Colírio
02200	CLARITROMICINA 500mg	Comprimido
02229	CLINDAMICINA 300mg	Comprimido
02319	CLOPIDROGEL 75mg	Comprimido
02421	CLORETO DE SODIO 0,9%	Solução Nasal
02748	DELTAMETRINA 0,2mg/mL	Xampu
02817	DEXAMETASONA 0,1%	Creme
02817	DEXAMETASONA 0,1mg/ml	Solução Oral
02837	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2mg/5ml	Solução Oral
	DEXTRANO 70 0,1% + HIPROMELOSE 0,3%	Colirio
02929	DICLOFENACO POTASSICO 50mg	Comprimido
03010	DIGOXINA 0,25mg	Comprimido
	DIMENIDRATO 25mg/ml + PIRIDOXINA 5mg/ml	Solução Oral

	DIMENIDRATO 50mg + PIRIDOXINA 50mg	Comprimido
	DIOSMINA 450mg + HESPERIDINA 50mg	Comprimido
03121	DIPIRONA 500mg	Comprimido
03121	DIPIRONA 500mg/ml	Solução Oral (Gotas)
03209	DOXAZOSINA 2mg	Comprimido
03217	DOXICICLINA, CLORIDRATO 100mg	Comprimido
03370	ENALAPRIL, MALEATO 10mg	Comprimido
03370	ENALAPRIL, MALEATO 20mg	Comprimido
03490	ERITROMICINA 500mg	Comprimido
03546	ESPIRAMICINA 500mg	Comprimido
03561	ESPIRONOLACTONA 25mg	Comprimido
03561	ESPIRONOLACTONA 50mg	Comprimido
09380	ESTROGENOS CONJUGADOS 0,625mg	Comprimido
04055	FINASTERIDA 5mg	Comprimido
04109	FLUCONAZOL 150mg	Comprimido
04361	FUROSEMIDA 40mg	Comprimido
04451	GLIBENCLAMIDA 5mg	Comprimido
04474	GLICLAZIDA 30mg	Comprimido
04474	GLICLAZIDA 60mg	Comprimido
04652	HIDROCLOROTIAZIDA 25mg	Comprimido
04694	HIDROXIDO DE ALUMINIO	Solução Oral
03514	HIOSCINA 10mg	Comprimido
03514	HIOSCINA 10mg/ml	Solução Oral
04731	HIPOCLORITO DE SODIO 2,5%	Frasco
04766	IBUPROFENO 300mg	Comprimido
04766	IBUPROFENO 600mg	Comprimido
04766	IBUPROFENO 50mg/mL	Solução Oral
04918	INSULINA HUMANA NPH 100UI/ml	Injetável
04918	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ml	Injetável

04918	INSULINA HUMANA NPH 100UI/ml CANETA	Injetável
04918	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ml CANETA	Injetável
05103	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20mg	Comprimido
05122	ITRACONAZOL 100mg	Comprimido
05128	IVERMECTINA 6mg	Comprimido
	LEVODOPA 200mg + BENSERAZIDA 50mg	Comprimido
	LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA25mg	Comprimido
05257	LEVOFLOXACINA 500mg	Comprimido
	LEVONORGESTREL 0,15mg + ETINILESTRADIOL 0,03mg	Comprimido
05294	LEVOTIROXINA 25mcg	Comprimido
05294	LEVOTIROXINA 50mcg	Comprimido
05294	LEVOTIROXINA 75mcg	Comprimido
05294	LEVOTIROXINA 100mcg	Comprimido
05294	LEVOTIROXINA 150mcg	Comprimido
05416	LORATADINA 10mg	Comprimido
05416	LORATADINA 1mg/ml	Solução Oral
05431	LOSARTANA 50mg	Comprimido
05515	MEBENDAZOL 100mg	Comprimido
05515	MEBENDAZOL 20mg/ml	Solução Oral
05563	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO DE 150MG/ML	Solução Injetável
05781	METFORMINA 500mg	Comprimido
05781	METFORMINA 850mg	Comprimido
05799	METILDOPA 250mg	Comprimido
05861	METOCLOPRAMIDA 10mg	Comprimido
05902	METRONIDAZOL 100mg/g	Creme Vaginal
05902	METRONIDAZOL 250mg	Comprimido
00067	N-ACETILCISTEINA	Solução Oral
	N-BUTIL ESCOPOLAMINA + DIPIRONA	Comprimido
	N-BUTIL ESCOPOLAMINA + DIPIRONA	Solução Oral

	NEOMICINA, SULFATO 5mg/g + BACITRACINA 250UI/g	Pomada
06394	NIMODIPINA 30mg	Comprimido
06410	NISTATINA 100.000UI/ml	Solução Oral
06410	NISTATINA 25.000UI/g	Creme Vaginal
06438	NITROFURANTOINA 100mg	Comprimido
06491	NORETISTERONA 0,35mg	Comprimido
	NORETISTERONA, ENANTATO DE 50MG +ESTRADIOL, VAL. DE 5MG	Solução Injetável
	OLEO MINERAL PURO	Solução Oral
06602	OMEPRAZOL 20mg	Comprimido
06827	PARACETAMOL 200mg/ml	Solução Oral
06827	PARACETAMOL 500MG	Comprimido
07001	PERMETRINA 50mg/ml	Creme ou Loção
07170	PIRIMETAMINA 25mg	Comprimido
	POLIVITAMINICO	Solução Oral
07333	PREDNISOLONA 3mg/ml	Solução Oral
07341	PREDNISONA 20mg	Comprimido
07341	PREDNISONA 5mg	Comprimido
07429	PROMETAZINA 25mg	Comprimido
07444	PROPATILNITRATO 10mg	Comprimido
07481	PROPRANOLOL 40mg	Comprimido
09637	RIVAROXABANA 15mg	Comprimido
09637	RIVAROXABANA 20mg	Comprimido
	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	Pó para preparo de solução oral
07866	SALBUTAMOL, SULFATO 0,4mg/ml	Solução Oral – 100ml
07866	SALBUTAMOL 100mcg/dose SPRAY 200 doses	Frasco
07918	SECNIDAZOL 1g	Comprimido
08016	SINVASTATINA 20mg	Comprimido
08116	SULFADIAZINA 500mg	Comprimido
	SULFAMETOXAZOL 400mg + TRIMETOPRIMA 80mg	Comprimido



	SULFAMETOXAZOL 40mg/ml + TRIMETOPRIMA 8mg/ml	Solução Oral
08176	SULFATO FERROSO 25mg/ml	Solução Oral
08176	SULFATO FERROSO 40mg de FEII	Comprimido
08511	TIAMINA, CLORIDRATO - 300mg	Comprimido
08603	TIMOLOL, MALEATO 0,5%	Colírio
08709	TOBRAMICINA 0,3%	Colírio
09101	VARFARINA SÓDICA 5mg	Comprimido
09118	VERAPAMIL 80mg	Comprimido
	Vitamina A 3000UI/ml + D 8000UI/ml	Solução Oral
	VITAMINA A + D3	Pomada
	VITAMINAS E SAIS MINERAIS	Comprimido

**RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL DA  
PORTARIA DA ANVISA Nº 344/98 –  
Uso restrito nas Unidades Municipais**

<b>DCB</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>FORMA FARMACÊUTICA</b>
02904	DIAZEPAN 5MG/ML	Injetável
03954	FENITOINA SODICA 50MG/ML	Injetável
04004	FENTANILA 50MCG/ML	Injetável
04589	HALOPERIDOL 5MG/ML	Injetável
04591	HALOPERIDOL DECANOATO 70,52MG	Injetável
05937	MIDAZOLAN 5MG/ML	Injetável
06090	MORFINA 0,1MG/ML	Injetável
07008	PETIDINA, CLORIDRATO 50MG/ML	Injetável
08807	TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML	Injetável

<b>RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO NO PRONTO ATENDIMENTO</b>	
ADENOSINA 3MG/ML - AMPOLA 2ML	Injetável
ADRENALINA 1 MG/ML (EPINEFRINA) - AMPOLA 1 ML	Injetável
ÁGUA DESTILADA SOLUÇÃO INJETÁVEL - AMPOLA 10	Injetável
ALTEPLASE 50MG - AMPOLA	Injetável
AMIODARONA, CLORIDRATO DE - 50 MG/ML	Injetável
ATROPINA, SULFATO 0,25 MG/ML SOLUÇÃO	Injetável
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI	Injetável
BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI	Injetável
BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA	Injetável
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4 % SOLUÇÃO INJETÁVEL	Injetável
CEFTRIAXONA SÓDICA 1G - INJETÁVEL	Injetável
CETOPROFENO, 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL	Injetável
CIMETIDINA 150MG/ML INJETÁVEL	Injetável
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1 %	Injetável
CLORETO DE SÓDIO 20% 10 ML	Injetável
DEXAMETASONA + VIT. B1, B6 E B12	Injetável
DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO 4 MG/ML	Injetável
DICLOFENACO DE SÓDIO 75MG/ML SOLUÇÃO	Injetável
DIFENIDRAMINA, CLORIDRATO 50 MG/ML IM/EV (1ML)	Injetável
DIMENIDRINATO 3MG/ML + PIRIDOXINA + GLICOSE +	Injetável
DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	Injetável
DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5 MG/ML SOLUÇÃO	Injetável
DOPAMINA, CLORIDRATO 5 MG/ML SOLUÇÃO	Injetável
DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA + GLICOSE +FRUTOSE DL	Injetável
ENOXAPARINA SÓDICA 20 MG	Injetável
ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG	Injetável
ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG	Injetável
ENOXAPARINA SÓDICA 80 MG	Injetável
ETOMIDATO 20MG - AMPOLA 10ML	Injetável
FITOMENADIONA 10MG/ML	Injetável
GLICOSE 50 % SOLUÇÃO 10 ML	Injetável
GLUCONATO DE CÁLCIO 10%	Injetável

HEPARINA SÓDICA 5000 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	Injetável
HIDRALAZINA 20 MG/ML	Injetável
HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO 100MG PÓ	Frasco/Ampola
HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO 500MG PÓ	Frasco/Ampola
HIOSCINA 20MG/ML INJETÁVEL	Injetável
ISOSSORBIDA, DINITRATO DE 5 MG	Comprimido
LIDOCAÍNA SEM ADRENALINA, CLORIDRATO 20 MG	Injetável
LIDOCAÍNA SPRAY 100MG/ML	Spray
MAGNÉSIO, SULFATO DE 50%	Injetável
METILPREDNISOLONA, SUCCINATO DE 125 MG	Injetável
METILPREDNISOLONA, SUCCINATO DE 500 MG	Injetável
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5 MG/ML SOLUÇÃO	Injetável
METOPROLOL, TARTARATO, 1MG/ML - AMPOLA	Injetável
N-ACETILCISTEINA 100 MG/ML - INJETAVEL	Injetável
NITROGLICERINA 5 MG/ML	Injetável
NITROPRUSIATO DE SODIO 50MG	Injetável
NOREPINEFRINA 2 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 4 ML	Injetável
OMEPRAZOL 40 MG AMPOLA 10 ML	Injetável
PROMETAZINA, CLORIDRATO 25 MG/ML SOLUÇÃO	Injetável
RINGER LACTATO SÓDICO SOLUÇÃO INJETÁVEL 500 ML	Injetável
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 100 ML	Injetável
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 250 ML	Injetável
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 500 ML	Injetável
SOLUÇÃO DE GLICERINA	Enema
SOLUÇÃO GLICOSADA 5% 250ML	Injetável
SUCCINILCOLINA 100 MG	Frasco/Ampola
SUCCINILCOLINA 500 MG	Frasco/Ampola
TERBUTALINA 0,5MG/ML AMPOLA 1ML	Injetavel

<b>RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO EXCLUSIVO AMBULATORIAL</b>	
ATROPINA COLÍRIO 1%	COLÍRIO
CICLOPENTOLATO 10MG/ML	COLÍRIO
COLAGENASE 0,6UI/G 30 G	POMADA
COLAGENASE COM CLORANFENICOL 0,06+0,01UI	POMADA
FLUORESCEINA 1%	COLÍRIO
SULFADIAZINA DE PRATA 10MG/G - 400 G	POMADA
TETRACAÍNA 1% + FENILEFRINA 0,1% - 10 ML	COLÍRIO
TROPICAMIDA 1% - 10 ML	COLÍRIO

## INSUMOS DE GLICEMIA

	GLICOSÍMETRO	Unidade
	TIRAS PARA TESTE DE GLICEMIA (COMPATÍVEIS COM O GLICOSÍMETRO DISPONÍVEL)	Frasco
	SERINGA DE INSULINA 100 UI	Unidade
	LANCETAS PARA PUNÇÃO	Unidade

## PROTOCOLO MUNICIPAL PARA INSUMOS DE DIABETES

### Aquisição de aparelho de glicemia capilar:

O fornecimento do aparelho de glicemia capilar, está destinado, somente a pacientes diabéticos usuários de insulina ou pacientes diabéticos que não utilizam insulina e são atendidos pelo EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - mediante solicitação e laudo médico.

### Tiras de Glicemia, lanceta e seringa de insulina:

Para atendimento dos pacientes que fazem uso somente da insulina NPH Humana e os pacientes atendidos pelo EMAD, serão fornecidas 50 (cinquenta) tiras para 25 dias, possibilitando a aferição 2 (duas) vezes ao dia.

Para pacientes que façam uso somente de insulina NPH em ajuste da posologia, atender prescrição médica por período pré-determinado; após ajuste retornar protocolo.

Para pacientes com diabetes gestacional, fornecer quantidade prescrita, até final da gestação.

Para pacientes que fazem uso de insulina NPH humana e insulina Regular, será fornecido a quantidade referente ao número de vezes que são feitas as aplicações de insulina. Observando que, via de regra a aplicação da insulina NPH e Regular, são realizadas ao mesmo tempo. Conforme as recomendações e afim de evitar contaminação deve-se primeiro aspirar a insulina regular depois a insulina NPH e então fazer a aplicação. Segue exemplo para maior esclarecimento:

#### Exemplo de posologia:

##### Insulina humana NPH

Aplicar 12UI, 30 minutos antes do café, 12UI, 30min antes do almoço e 12UI às 22h.

##### Insulina Regular

Aplicar 06UI, 30min antes do café, 06UI, 30min antes do almoço e 06UI ,30 min antes do jantar.

Aplicação de 4 vezes ao dia, necessitando de 2 cx (100 tiras) para 25 dias.

#### Lancetas:

Pacientes que usam insulina NPH e atendidos pelo EMAD:60 unidades (2 vezes ao dia)

Pacientes que usam insulina Humana NPH e insulina regular: fornecer quantidade suficientes para o número de aplicação da insulina regular, ou seja número igual de tiras;

Seringa de insulina:

Fornecer quantidade suficiente para atender a posologia de aplicação de insulina.



## Termo de responsabilidade para fornecimento do glicosímetro

O termo de responsabilidade deve ser preenchido com os dados do paciente para qual será dispensado o glicosímetro. A cada troca de aparelho independente \_ mente do motivo, o termo deve ser feito.

Em caso de primeira dispensação o paciente deve apresentar a receita de insulina atualizada e a ficha de HIPERDIA previamente preenchida pela equipe de enfermagem da sua referência.

Caso seja troca, o paciente deverá entregar o glicosímetro antigo e apresentar a receita de insulina atualizada para retirada do novo.

### MODELO

Prefeitura Municipal de Mairiporã - Secretaria da Saúde

“Assistência Farmacêutica”

### Termo de responsabilidade

( ) Insulino dependente      ( ) Gestante      ( ) outro \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cartão Municipal: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

UBS/ESF de referência: \_\_\_\_\_

Declaro que recebi da Secretaria Municipal de Saúde através da Assistência Farmacêutica, sob regime de empréstimo 1 (um) aparelho glicosímetro para controle domiciliar das taxas de glicemia. Estou ciente que a guarda, manutenção e conservação do aparelho é de minha inteira responsabilidade não estando autorizado o empréstimo, venda, aluguel ou qualquer outra forma de terceirização.

Em caso perda ou roubo, me responsabilizo em registrar um boletim de ocorrência.

Me comprometo a levar o aparelho à farmácia dispensadora à qual estou vinculado mensalmente para que as informações sobre o uso do aparelho sejam coletadas para monitoramento de seu uso e me comprometo a devolvê-lo para reposição ou troca quando solicitado.

Mairiporã, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente

## **SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NA REMUME**

Após a prescrição do medicamento pelo médico, o paciente deve se dirigir à sua unidade de saúde de referência onde deverá procurar o farmacêutico ou o enfermeiro da unidade para realizar a abertura do pedido.

O profissional deverá orientar o paciente quanto aos documentos e formulários necessários, sendo eles: receituário comprovando a prescrição do medicamento, as cópias dos documentos de identificação (Documento de Identidade, Comprovante de Endereço, Cartão Nacional de Saúde e Cartão Municipal de Saúde), Formulário de solicitação (modelo abaixo), relatório médico (modelo sugerido abaixo) e relatório do Assistente Social confirmando a impossibilidade financeira de compra do medicamento quando esta for comprovada após análise.

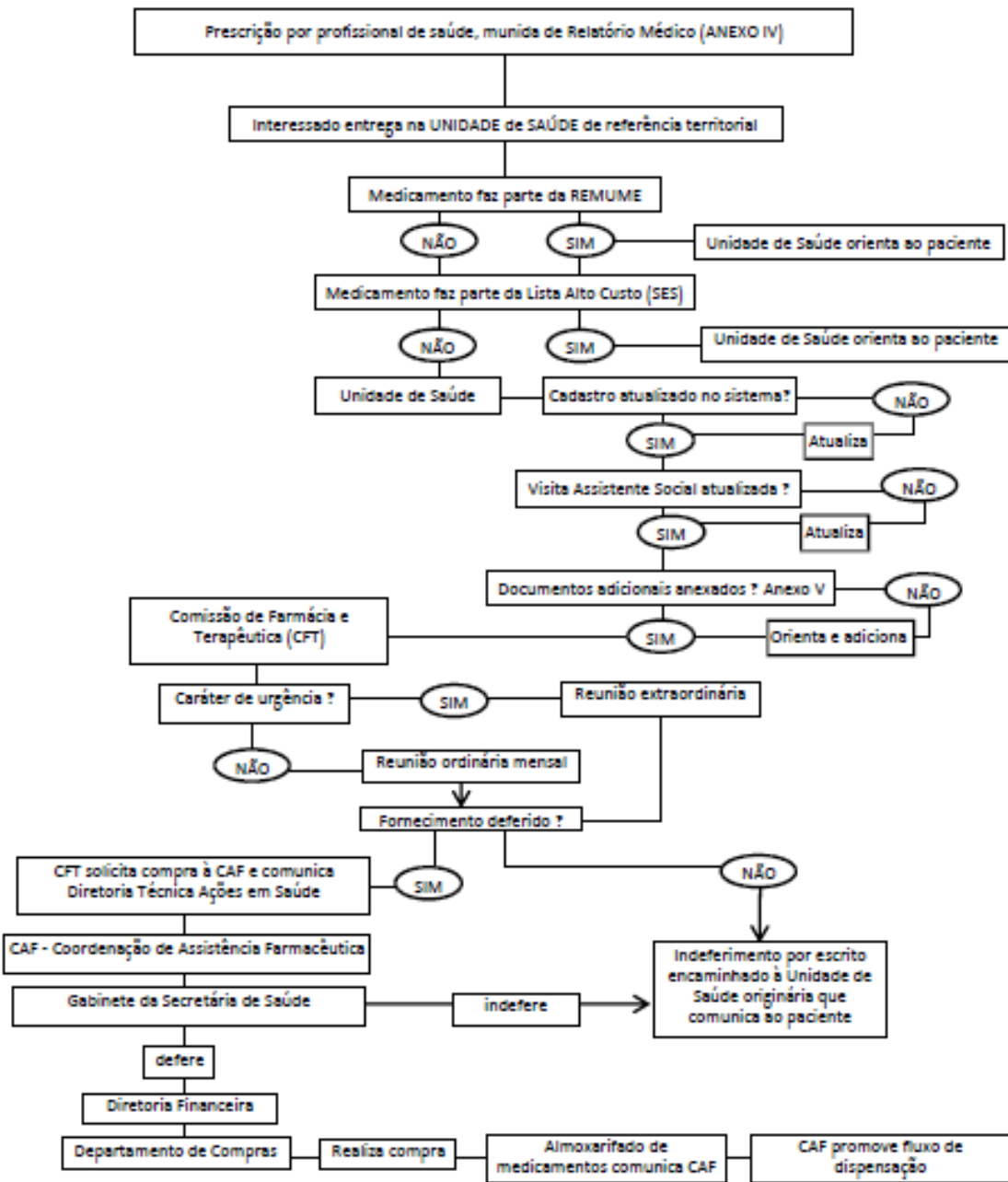
Após a elaboração do processo de solicitação, este deverá ser remetido à Coordenação Farmacêutica e à Comissão de Farmácia e Terapêutica, ocasião em que serão avaliados os requisitos técnicos e o processo será deferido ou negado.

Estabelece-se que o prazo de análise a contar da admissão da solicitação (o que se subentende estarem os requisitos preenchidos) é de 60 dias corridos para medicamentos. Eventuais tratamentos de urgência (munidos de justificativa plausível pelo médico prescritor a ser ratificada pela(o) presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica) terão o prazo encurtado para 10 dias corridos, requerendo a convocação de reunião extraordinária desta Comissão.

Findo o processo de análise da solicitação e em caso de deferimento, o processo de compra será submetido à Secretaria de Compras desta Prefeitura Municipal com o objetivo de se estabelecer a viabilidade financeira da aquisição do medicamento.

Fica estabelecida a Comissão de Farmácia e Terapêutica, como reguladora dos processos de disponibilização dos medicamentos não padronizados, avaliando individualmente cada requisição e respeitando os critérios éticos, técnicos e legais sobre o fornecimento dos medicamentos.

O fluxograma gráfico dos processos de fornecimento de medicamentos não padronizado tem o objetivo de esclarecer e ilustrar o processo de solicitação a fim de facilitar o entendimento. Os casos ou situações ignoradas no presente documento deverão ser encaminhados à Comissão de Farmácia e Terapêutica.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Nota Técnica CAF nº 01, de 24 de janeiro de 2019**

**Assunto:** Fluxo de dispensação do medicamento insulina análoga de ação rápida 100 UI/mL para Diabetes Mellitus Tipo 1 no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**Destinatários:**

- Núcleos de Assistência Farmacêutica dos Departamentos Regionais de Saúde;
- Farmácias de Medicamentos Especializados (FME) dos Departamentos Regionais de Saúde;
- Profissionais prescritores, avaliadores e autorizadores das FME;
- Locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
- Serviços de saúde;
- Usuários do Sistema Único de Saúde.

Considerando a(s):

- Portarias de consolidação nº 2 e 06/2017, que dispõe sobre o financiamento e a execução do CEAF no âmbito do SUS;
- Portaria Conjunta/MS nº 08 de 15 de março de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) e determina que os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, devem estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no PCDT;
- Nota Técnica nº 424/2018 – CGCEAF/DAF/SCTIE/MS, que informa acerca da distribuição e dispensação da insulina análoga de ação rápida no âmbito do CEAF (Anexo 01).
- Nota Técnica nº 500/2018 – CGCEAF/DAF/SCTIE/MS, que informa acerca da Distribuição de agulhas para aplicação de Insulina análoga de ação rápida e treinamento aplicado as Secretarias Estaduais de Saúde e Distrito Federal (Anexo 02).

Informamos:

**1. Medicamentos disponíveis para tratamento de Diabetes Mellitus Tipo 1 no âmbito do SUS**

O PCDT (Portaria Conjunta/MS nº 08 de 15 de março de 2018) recomenda o tratamento de pacientes com DM 1 com insulino terapia, contemplando três fármacos diferentes. Os medicamentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e fornecidos aos estados e municípios, os quais são responsáveis pela dispensação aos pacientes (Quadro 01).

Quadro 01. Medicamentos disponíveis para tratamento de DM 1 no SUS.

Medicamento	Componente da Assistência Farmacêutica / Local de Dispensação
-------------	---



insulina NPH: suspensão injetável 100 UI/mL	Componente Básico da Assistência Farmacêutica / Farmácias Municipais
insulina regular: solução injetável 100 UI/mL	
<b>insulina análoga de ação rápida: solução injetável 100 UI/mL</b>	<b>CEAF / Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</b>



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A insulina análoga de ação rápida, recentemente adquirida pelo Ministério da Saúde (contrato nº 185/2018) é a **insulina asparte**, de Nome comercial Novorapid Flexpen 100 U/mL, graduado de 1 em 1 unidade UI, fabricante Novo Nordisk Produção Farmacêutica do Brasil Ltda.

## 2. Solicitação e Renovação de Continuidade do Tratamento

A primeira solicitação e a renovação de continuidade do tratamento com insulina análoga de ação rápida poderão ser feitas pelo paciente (oriundo dos serviços públicos de saúde, saúde suplementar ou da rede privada) ou seu representante, diretamente nos locais de dispensação de medicamentos do CEAF do Estado de São Paulo, munidos dos documentos descritos no Guia de Orientação sobre Medicamentos (Anexo 03).

- Guia de Orientações sobre Medicamentos do CEAF:
  - Acessar o Portal da SES/SP: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br);
  - Clicar no *link*: “Medicamentos”;
  - Clicar no *link*: “Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”.O *link* “[Relação Estadual de Medicamentos do CEAF](#)”, permite a consulta dos medicamentos disponíveis bem como orientações sobre como obtê-los, em duas modalidades:
  - Consulta por MEDICAMENTO: [insulina análoga de ação rápida](#)
  - Consulta por PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS: [Diabetes Mellitus Tipo 1](#).

## 3. Avaliação da solicitação e da renovação da continuidade do tratamento pelas FME

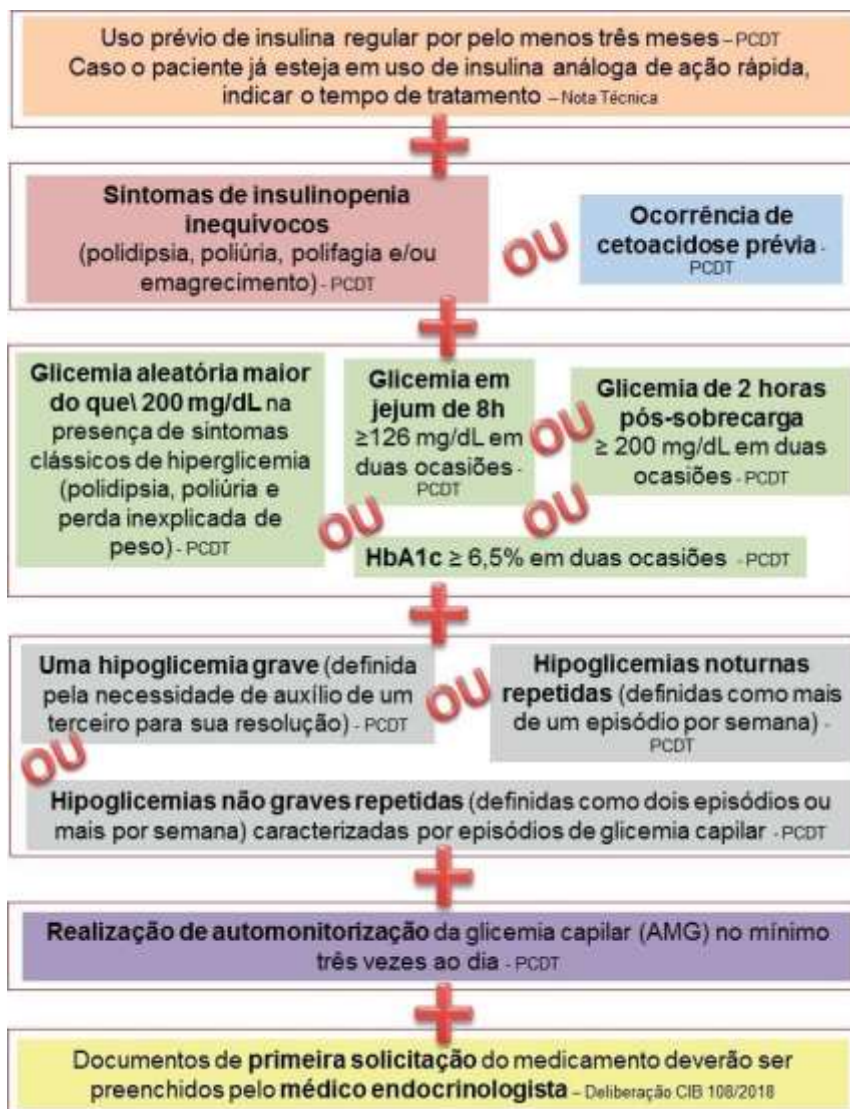
Após o protocolo da solicitação/renovação da continuidade do tratamento pelo paciente e/ou representante, a avaliação dos documentos será realizada pelo profissional avaliador das FME, designado pelo gestor estadual de saúde, considerando os critérios estabelecidos no PCDT DM1 e nas diretrizes pactuadas em CIB (Quadros 1 a 3).





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Quadro 01. Primeira solicitação de insulina análoga de ação rápida – O que avaliar?





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Quadro 02. Primeira solicitação de insulina análoga de ação rápida – Onde encontrar a informação?

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE TRATAMENTO COM INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA <sup>1</sup> PARA PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome: _____	
CNS: _____	Telefone: ( ) _____
<b>HISTÓRICO DO PACIENTE / TRATAMENTO</b>	
<p>1. Histórico de utilização de insulina de ação rápida:</p> <p><input type="radio"/> Insulina Humana Regular – Tempo de uso (meses): _____</p> <p><input type="radio"/> Insulinas análogas de ação rápida – Tempo de uso (meses): _____</p>	
<p>2. Quais dos eventos abaixo justificam o uso de insulina análoga de ação rápida?</p> <p><input type="radio"/> Polúria</p> <p><input type="radio"/> Polidipsia</p> <p><input type="radio"/> Polifagia</p> <p><input type="radio"/> Emagrecimento sem outra causa aparente</p> <p><input type="radio"/> cetoacidose diabética prévia</p> <p><input type="radio"/> Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso):</p> <p><input type="radio"/> Glicemia em jejum de 8h <math>\geq 126</math> mg/dL em duas ocasiões;</p> <p><input type="radio"/> Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga <math>\geq 200</math> mg/dL em duas ocasiões;</p> <p><input type="radio"/> HbA1c <math>\geq 8,5\%</math> em duas ocasiões;</p> <p><input type="radio"/> Hipoglicemia grave* (definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução);</p> <p><input type="radio"/> Hipoglicemias não graves repetidas* (definidas como dois episódios ou mais por semana) caracterizadas por episódios de glicemia capilar <math>&lt;54</math> mg/dL com ou sem sintomas ou <math>&lt;70</math> mg/dL acompanhado de sintomas (tremores, sudorese fria, palpitações e sensação de desmaio);</p> <p><input type="radio"/> Hipoglicemias noturnas repetidas* (definidas como mais de um episódio por semana).</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>*Excluídos fatores causais como redução de alimentação e/ou exercício físico sem redução da dose de insulina, revisão dos locais de aplicação de insulina, uso de doses excessivas de insulina, uso excessivo de álcool.</p>	
<p>3. O paciente está apto a realizar a automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR (ENDOCRINOLOGISTA)</b>	
Nome do endocrinologista: _____	CRM: _____
Telefone: ( ) _____	E-mail (opcional): _____
Assinatura: _____	Data: _____

As cores representam as diretrizes apresentadas no Quadro 01



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Quadro 03. Renovação da continuidade do tratamento com insulina análoga de ação rápida – O que avaliar e onde encontrar a informação?



Pontos de destaque para avaliação da solicitação e renovação da continuidade dos tratamentos:

- Conforme Deliberação CIB nº 108, de 05 de dezembro de 2018 (Anexo 04):
  - Os documentos para a primeira solicitação do medicamento – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos do CEAF (LME), prescrição e relatório médico específico – devem ser preenchidos pelo médico endocrinologista responsável pelo atendimento do paciente;
  - Os documentos necessários para renovação da continuidade do tratamento (LME e prescrição médica) devem ser preenchidos pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista.
- Deverá ser indicado no [“Relatório médico específico para Diabetes Mellitus Tipo 1 – modelo padrão SES/SP”](#) se o paciente já utiliza insulina análoga de ação rápida, e por quanto tempo. Em caso positivo, deve-se indicar no “campo 2” do referido relatório quais os eventos (do passado) justificaram o início da utilização do medicamento.
- No [“Relatório médico específico para Diabetes Mellitus Tipo I – modelo padrão SES/SP”](#), campo “outros”, o médico assistente poderá acrescentar outras informações relevantes sobre a situação clínica do paciente. Caberá ao profissional avaliador da FME verificar a pertinência da informação na avaliação dos documentos do paciente.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- A automonitorização da glicemia capilar (AMG) deve ser registrada pelo paciente no [“Diário de Automonitorização Glicêmica”](#) (AMG). No guia de orientação sobre medicamentos consta apenas um modelo de um diário de AMG, assim, o paciente poderá utilizar outro instrumento caso deseje. Os farmacêuticos devem orientar aos pacientes, na primeira dispensação de insulina análoga de ação rápida, que a dispensação mensal está condicionada a apresentação da AMG.  
As Farmácias de Medicamentos Especializados devem alinhar junto as Farmácias Municipais o melhor fluxo local para controle das cópias do diário de AMG.

A avaliação dos documentos do paciente pode resultar em deferimento, indeferimento ou devolução da solicitação/renovação da continuidade do tratamento para adequação na documentação.

#### 4. Autorização da dispensação do medicamento pelas FME

Quando a avaliação da solicitação/renovação da continuidade do tratamento for considerada deferida, a dispensação dos medicamentos será autorizada pelo profissional autorizador das FME, mediante emissão da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC).

#### 5. Dispensação do medicamento

##### A. Frequência da Dispensação

A dispensação de insulina análoga de ação rápida para o tratamento de DM1, pelo farmacêutico ou profissional tecnicamente capacitado, terá periodicidade mensal.

##### B. Descentralização da dispensação do medicamento

Considerando o artigo 67 das Portarias de Consolidação nº 2 e 6, de 28 de setembro de 2017, que determina a possibilidade de descentralização das etapas de execução do CEAF (solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento) junto à rede de serviços públicos dos Municípios, foi pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), dentre outras diretrizes, a dispensação descentralizada da insulina análoga de ação rápida também pelas Farmácias Municipais, observando os critérios legais e sanitários e de execução do CEAF.

Considerando a Deliberação CIB nº 108, de 05 de dezembro de 2018 (Anexo 04), a descentralização das etapas das etapas de execução do CEAF junto aos municípios devem ter:

- **Implantação imediata** para os municípios que já realizam as etapas de solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento de forma descentralizada para os medicamentos do CEAF.
- **Implantação gradativa** para os municípios que ainda não realizam as etapas de solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento de forma descentralizada para os medicamentos do CEAF, de acordo com articulação regional.

##### C. Fracionamento

Considerado que:

- A embalagem secundária do medicamento contém 05 (cinco) sistemas de aplicação preenchidos com 3 mL de solução injetável cada.
- A quantidade máxima permitida pela Tabela do SUS para dispensação mensal também é de 05 (cinco) sistemas de aplicação.





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Caso o paciente necessite de 04 (quatro) ou menos unidades, a FME poderá realizar o fracionamento do medicamento, de forma a contemplar a necessidade do paciente, atentando-se para fornecer, junto com o medicamento, a [bula](#) com as orientações de uso.

Quando a bula do medicamento for um limitante, as FME poderão imprimir um exemplar para acompanhar o medicamento fracionado.

#### D. Reutilização de agulhas

Conforme estabelecido por Nota Técnica publicada pelo Ministério da Saúde (Nota Técnica nº 500/2018 – CGCEAF/DAF/SCTIE/MS, Anexo 02) a quantidade máxima de agulhas é de 31 unidades/por paciente/por mês.

Ainda, segundo diretrizes do [Caderno de Atenção Básica – Diabetes Mellitus](#), também publicado pelo Ministério da Saúde, “apesar de serem descartáveis, as seringas com agulhas acopladas podem ser reutilizadas pela própria pessoa, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas”.

No [Caderno de Atenção Básica – Diabetes Mellitus](#), do Ministério da Saúde, orienta-se que:

“o número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação (considera-se adequada a reutilização por até **oito aplicações**, sempre pela mesma pessoa);

- a seringa e a agulha em uso podem ser mantidas em temperatura ambiente;
- após o uso, a seringa deve ser “recapada” pela pessoa;
- não se recomenda higienização da agulha com álcool.

#### 6. Orientações na dispensação

A dispensação do medicamento deve ser acompanhada de orientação ao paciente.

A Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (CAF) da SES/SP, seguindo orientações do Ministério da Saúde (Anexo 02), autorizou que representantes da empresa Novo Nordisk® realizem treinamentos presenciais e *on-line* para farmacêuticos dos locais de dispensação de medicamentos do CEAF do Estado de São Paulo (FME e Farmácias Municipais), com o objetivo de preparar os farmacêuticos para orientação ao paciente quanto ao uso, armazenamento, transporte e outros cuidados relacionados ao medicamento.

Os farmacêuticos da rede poderão solicitar novas capacitações e esclarecimentos, quando necessário, aos representantes da empresa, com objetivo exclusivo de tirar dúvidas sobre o produto e como utilizá-lo.

Ainda, poderão utilizar materiais publicados pelo Ministério da Saúde e outros disponibilizados pela empresa Novo Nordisk® (atual fornecedor do Ministério da Saúde), para dirimir dúvidas do uso e aplicação do medicamento:

- [Cadernos de Atenção Básica - Diabetes Mellitus](#);
- [Bula do medicamento](#);
- [Tutorial de uso do medicamento](#);
- [Guia de uso do sistema de aplicação de NovoRapid® FlexPen®](#);
- [Instruções gerais sobre o tratamento com insulina asparte](#).



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**7. Migração de pacientes que possuem demanda administrativa e/ou judicial para o CEAF**

A migração se iniciará pelos pacientes atendidos administrativamente da SES/SP com a dispensação de insulina análoga de ação rápida (asparte - NovoRapid®, lispro - Humalog® ou glulisina - Apidra®). Estes pacientes receberão um telegrama orientando que providenciem os documentos necessários para primeira solicitação do medicamento pelo CEAF, e que protocolem junto aos locais de dispensação de medicamentos do CEAF do Estado de São Paulo.

Nos casos em que os pacientes comparecerem com prescrição de insulina análoga de ação rápida lispro (Humalog®) ou glulisina (Apidra®), os farmacêuticos deverão orientar que conforme [Relatório de Recomendação](#) da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a única diferença “entre as três refere-se aos diferentes aminoácidos modificados a partir da cadeia original”. Portanto, o paciente deverá verificar com o seu médico a possibilidade de troca de prescrição para a insulina análoga de ação rápida, atualmente disponibilizada pelo Ministério da Saúde (aspart - NovoRapid®).

A migração dos pacientes atendidos por meio de demandas judiciais junto à SES/SP será realizada de forma gradativa, considerando a especificidade da demanda de cada paciente.

**8. Descarte canetas e agulhas utilizadas e/ou de em caso de desistência ou descontinuidade do tratamento**

Para descarte de sistemas de aplicação e agulhas utilizados pelo paciente e/ou em caso de desistência ou descontinuidade do tratamento, os pacientes devem procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência, as quais devem orientá-los como proceder.

Caso a UBS mais próxima não forneça recipiente próprio para descarte de material perfurocortante, seguir diretrizes do [Caderno de Atenção Básica – Diabetes Mellitus](#), publicado pelo Ministério da Saúde, que orienta o descarte em recipiente rígido resistente (como frasco de amaciante, por exemplo). O documento não recomenda o descarte do material em garrafa PET devido a sua fragilidade.

Quando o recipiente de descarte estiver cheio, o paciente deverá entregá-lo em uma UBS para que a mesma providencie o descarte adequado.

**9. Farmacovigilância**

Caso o paciente relate eventos adversos após o uso do medicamento e/ou queixas técnicas do produto, os farmacêuticos dos locais de dispensação de medicamentos do CEAF deverão registrar a notificação no *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA - <http://portal.anvisa.gov.br/vigimed>) ou do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) da SES/SP, seguindo os seguintes passos:

1. Acessar o Portal do CVS - SES/SP: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/> ;
2. Clicar no *link*: “Notifique” > “Eventos Adversos e Queixas Técnicas de Produtos”;





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



3. Clicar no link: [“Notificação On line”](#).



4. Preencher notificação com os dados e relatos do paciente, buscando inserir o maior número de informações solicitadas e detalhar o máximo possível o evento adverso.

Esta Nota Técnica entra em vigor na data de sua publicação, estando disponível no Portal da SES/SP.

Para acessá-la:

- Acessar o Portal da SES/SP: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br);
- Clicar no link: “Medicamentos”;
- Clicar no link: “Notas Técnicas da Assistência Farmacêutica”.

*Adriane Lopes Medeiros*

Adriane Lopes Medeiros

Farmacêutica  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

*Karin de Oliveira Fatel Martins*

Karin de Oliveira Fatel Martins

a de Oliveira Fatel  
Diretor Técnico de Saúde III - Substituto  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

De acordo,

*Victor Hugo Costa Travassos da Rosa*

Victor Hugo Costa Travassos da Rosa  
Coordenador de Saúde  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica



**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FORMULÁRIO MÉDICO PARA FORNECIMENTO DE INSULINA**  
**ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA**

Declaro para fins de subsidiar o fornecimento de insulina análoga de ação rápida que o paciente \_\_\_\_\_ apresenta diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1, caracterizado pelos dados clínicos e laboratoriais abaixo.

Quadro clínico no momento do diagnóstico de DM

Polidisia ( ) sim ( ) não  
Poliúria ( ) sim ( ) não  
Polifagia ( ) sim ( ) não  
Emagrecimento ( ) sim ( ) não quantos kg:\_\_\_  
Episódio de cetoacidose diabética: ( ) sim ( ) não número de episódios \_\_\_\_\_  
Glicemia de jejum:.....Glicemia aleatória:.....  
Hemoglobina Glicada:...../.....  
Tempo de diagnóstico do DM:

Apresentando os seguintes CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Uso prévio de insulina regular por pelo menos 3 meses: ( ) sim ( ) não
- Acompanhamento regular (mínimo duas vezes ao ano) com endocrinologista sempre que possível; na ausência de endocrinologista, ter acompanhamento regular com médico clínico com experiência no tratamento de DM 1: ( ) sim ( ) não
- Realização de automonitorização da glicemia capilar (AMG) no mínimo três vezes ao dia: ( ) sim ( ) não
- Uma hipoglicemia grave (definida pela necessidade de auxílio de um terceiro para sua resolução): glicemia = .....mg/dl
- Hipoglicemias não graves repetidas  
Glicemias observadas: ...../...../.....  
Presença de sintomas: ( ) sim ( ) não
- Hipoglicemias noturnas repetidas ( ) sim ( ) não  
Quantas vezes por semana:.....

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico:



**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA

### Diabetes Mellitus Tipo I

Portaria Conjunta nº 8, de 15 de março de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 100 U/mL (sistema de aplicação preenchido com 3 mL de solução injetável)

**CIDs contemplados:** E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9

**Quantidade máxima mensal:**

**- Para dispensação:**

Insulina análoga de ação rápida: 0,05 UI/kg/dia no desjejum e 0,1 UI/kg/dia no almoço e no jantar

Agulhas para caneta aplicadora: 31

**- Para faturamento (SIGTAP):**

Insulina análoga de ação rápida: 5 sistemas de aplicação preenchidos com 3 mL de solução injetável cada

**Grupo de financiamento:** 1A

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;

Disponível para crianças a partir de 2 anos;

Insulina análoga de ação rápida: Nome comercial Novorapid Flexpen 100 U/mL – insulina asparte, graduado de 1 em 1 unidade UI, fabricante Novo Nordisk Produção Farmacêutica do Brasil Ltda., conforme contrato nº 185/2018 firmado pelo Ministério da Saúde.

Agulhas para caneta aplicadora: Nome comercial BD Ultra-fine – aço inoxidável, cerca de 32G x 4mm, conector Luer Lock ou Slip, protetor c/ lacre, descartável, estéril.

Outras informações: Nota Técnica CAF nº 01, de 24 de Janeiro de 2019.

## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

### Documentos necessários para solicitação do medicamento

#### 1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico endocrinologista responsável pelo atendimento ao paciente.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico endocrinologista responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
  - [Relatório médico específico para Diabete Mellitus Tipo I – modelo padrão SES/SP.](#)
5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

#### Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
  - Mensalmente:**
    - Diário de Automonitorização Glicêmica – AMG ([Sugestão de Modelo](#))
  - Semestralmente:**
    - Dosagem de HbA1C

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**A critério do médico prescritor:**

- Exame de fundo de olho;
- Exame de albuminúria;
- Dosagem de creatina em amostra de urina;
- Dosagem de creatina sérica.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – [Declaração autorizadora](#);

II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.



**ELENCO DE REFERÊNCIA NACIONAL DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Aquisição centralizada, conforme Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2017 e diretrizes específicas para as doenças e agravos que fazem parte do escopo dos Programas estratégicos do Ministério da Saúde ou Formulário Terapêutico Nacional.

Fevereiro/2018



## SUMÁRIO

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO .....	2
BRUCELOSE .....	2
COAGULOPATIAS .....	2
CÓLERA .....	3
COQUELUCHE .....	3
DENGUE .....	4
DOENÇA DE CHAGAS .....	4
DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO .....	4
ESQUISTOSSOMOSE .....	4
FEBRE MACULOSA BRASILEIRA E OUTRAS RIQUETSIOSES .....	4
FILARIOSE .....	4
GEO-HELMITÍASES .....	4
HANSENÍASE .....	5
HIV .....	5
INFLUENZA .....	6
INTOXICAÇÃO AGUDA POR CIANETO .....	7
IMUNIZAÇÕES* .....	7
LEISHMANIOSES .....	9
LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO .....	9
MALÁRIA .....	9
MENINGITE .....	9
MICOSES SISTÊMICAS .....	10
RAIVA HUMANA .....	10
SÍFILIS .....	10
TABAGISMO .....	10



TOXOPLASMOSE .....	10
TRACOMA .....	10
TUBERCULOSE.....	11
VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO .....	11

2018

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Micronutrientes	Cada sachê de 1g contém: vitamina A 400mcg, vitamina D 5mcg, vitamina E 5mg, vitamina C 30mg, vitamina B1 0,5mg, vitamina B2 0,5mg, vitamina B6 0,5mg, vitamina PP 6mg, vitamina B9 150mcg, vitamina B12 0,9mcg, ferro 10mg, zinco 4,1mg, cobre 560mcg, selênio 17mcg, iodo 90mcg	Pó
Palmitato de retinol	100.000 UI	Cápsula mole
	200.000 UI	Cápsula mole

BRUCELOSE		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Doxiciclina	100mg	Comprimido
Rifampicina	20 mg/mL (2%)	Suspensão oral
	300 mg	Cápsula
Sulfato de estreptomicina	1g	Pó para solução injetável

<b>COAGULOPATIAS</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Acetato de desmopressina	4 mcg/mL	Solução injetável
	15 mcg/mL	Solução injetável
Ácido tranexâmico	250 mg	Comprimido
	500 mg	Comprimido
Complexo protrombínico humano (fatores de coagulação II, VII, IX, X em combinação)	500 UI a 600 UI	Pó para solução injetável
	500 UI	Pó para solução injetável
Complexo protrombínico parcialmente ativado (fatores de coagulação II, VIIa, IX, X em combinação)	1.000 UI	Pó para solução injetável
	2.500UI	Pó para solução injetável
	250 UI	Pó para solução injetável
Fator VIII de coagulação	500 UI	Pó para solução injetável
	1.000 UI	Pó para solução injetável
Fator IX de coagulação	200 a 250 UI	Pó para solução injetável
	500 a 600 UI	Pó para solução injetável
Fator XIII de coagulação	250 UI	Pó para solução injetável

↔ [Sumário](#)

<b>COAGULOPATIAS (continuação)</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Fator VII ativado recombinante (alfaaptacogue ativado)	1 mg (50.000 UI)	Pó para solução injetável
	2 mg (100.000 UI)	Pó para solução injetável
	5 mg (250.000 UI)	Pó para solução injetável
Fator VIII para doença de von Willebrand	450 a 500 UI	Pó para solução injetável
Fator VIII recombinante (alfaotocogue)	250 UI	Pó para solução injetável
	500 UI	Pó para solução injetável
	1.000 UI	Pó para solução injetável
Fator VIII associado a fator de von Willebrand para imunotolerância	250 UI	Pó para solução injetável
	500 UI	Pó para solução injetável
	1.000 UI	Pó para solução injetável
Fenoximetilpenicilina potássica	80.000 UI/mL	Pó para solução oral
Fibrinogênio	1 g	Pó para solução injetável
Selante de fibrina	-	Cápsula mole

2018

<b>CÓLERA</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Azitromicina	500 mg	Comprimido
Estolato de eritromicina	500 mg	Comprimido
	50 mg/mL	Suspensão oral
Doxiciclina	100 mg	Comprimido
Hipoclorito de sódio	25 mg/mL (2,5%)	Solução
Sais para reidratação oral	Cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio dihidratado	Pó para solução oral
Solução ringer + lactato	Lactato de sódio (3mg/ml) + cloreto de sódio (6mg/ml) + cloreto de potássio (0,3mg/ml) + cloreto de cálcio (0,2mg/ml)	Solução injetável

<b>COQUELUCHE</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Azitromicina	40 mg/mL	Pó para suspensão oral
	250 mg	Comprimido
	500 mg	Comprimido



<b>DENGUE</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Cloreto de sódio	0,9% (0,154 mEq/mL)	Solução injetável
Paracetamol	200 mg/mL	Solução oral
	500 mg	Comprimido
Sais para reidratação oral	Cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio dihidratado	Pó para solução oral
Solução ringer + lactato	Lactato de sódio 3 mg/mL + cloreto de sódio 6 mg/mL + cloreto de potássio 0,3 mg/mL + cloreto de cálcio 0,2 mg/mL	Solução injetável

<b>DOENÇA DE CHAGAS</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Benznidazol	12,5 mg	Comprimido
	100 mg	Comprimido

↔\_Sumário

2018

<b>DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Talidomida	100 mg	Comprimido

<b>ESQUISTOSSOMOSE</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Oxamniquina	50 mg/mL	Suspensão oral
Praziquantel	600 mg	Comprimido

<b>FEBRE MACULOSA BRASILEIRA E OUTRAS RIQUETSIOSES</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Cloranfenicol	25 mg/mL	Suspensão oral
Doxiciclina	100mg	Solução injetável



<b>FILARIOSE</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Citrato de dietilcarbamazina	50 mg	Comprimido

<b>GEO-HELMITÍASES</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Albendazol	400mg	Comprimido mastigável

<b>HANSENÍASE</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Clofazimina	100 mg	Cápsula
	50 mg	Cápsula
Cloridrato de minociclina	100 mg	Comprimido
	50 mg	Comprimido
Dapsona*	100 mg	Comprimido
Ofloxacino	400 mg	Comprimido
Pentoxifilina	400 mg	Comprimido
	5 mg	Comprimido
Prednisona	20 mg	Comprimido
	20 mg/mL (2%)	Suspensão oral
Rifampicina	150 mg *	Cápsula
	300 mg	Cápsula
Talidomida	100 mg	Comprimido

\* Disponível apenas em blíster com outros medicamentos para os esquemas de tratamento da hanseníase (paucibacilar e multibacilar).

HIV		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Darunavir	75 mg	Comprimido
	150 mg	Comprimido
	300 mg	Comprimido
	600 mg	Comprimido
Didanosina	4 g	Pó para solução oral (preparação extemporânea)
Dolutegravir sódico	50 mg	Comprimido
Efavirenz	200 mg	Cápsula
	600 mg	Comprimido
Enfuvirtida	30 mg/ml	Solução oral
	108 mg (90 mg/mL após reconstituição)	Pó para solução injetável
Estavudina	1 mg/mL	Solução oral
Etravirina	100 mg	Comprimido
Fosamprenavir	50 mg/mL	Suspensão oral
Fumarato de tenofovir desoproxila	300 mg	Comprimido
Fumarato de tenofovir desoproxila + lamivudina	300 mg + 300 mg	Comprimido

↔ [Sumário](#)

2018



<b>HIV (continuação)</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Fumarato de tenofovir desoproxila + lamivudina + efavirenz	300 mg + 300 mg + 600 mg	Comprimido
Lamivudina	10 mg/mL	Solução oral
	150 mg	Comprimido
Lopinavir + ritonavir	100 mg + 25 mg	Comprimido
	200 mg + 50 mg	Comprimido
	80 mg/mL + 20 mg/mL	Solução oral
Maraviroque	150 mg	Comprimido
Nevirapina	10 mg/mL	Suspensão oral
	200 mg	Comprimido
Raltegravir potássico	100 mg	Comprimido mastigável
	400 mg	Comprimido
Ritonavir	80 mg/mL	Solução oral
	100 mg	Comprimido
Saquinavir	200 mg	Cápsula mole
Sulfato de abacavir	20 mg/mL	Solução oral
	300 mg	Comprimido
Sulfato de atazanavir	200 mg	Cápsula
	300 mg	Cápsula
Talidomida	100 mg	Comprimido
Tipranavir	100 mg/mL	Solução oral
	250 mg	Cápsula mole
	10 mg/mL	Solução oral
Zidovudina	10 mg/mL	Solução injetável
	100 mg	Cápsula
Zidovudina + lamivudina	300 mg + 150 mg	Comprimido

<b>INFLUENZA</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Fosfato de oseltamivir	30 mg	Cápsula
	45 mg	Cápsula
	75 mg	Cápsula
Zanamivir	5 mg	Pó para inalação oral

<b>INTOXICAÇÃO AGUDA POR CIANETO</b>		
<b>DENOMINAÇÃO GENÉRICA</b>	<b>CONCENTRAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>
Cloridrato de hidroxocobalamina	5 g	Pó para solução injetável

IMUNIZAÇÕES*		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Imunoglobulina humana anti-hepatite B	180 - 200 UI/mL	Solução injetável
Imunoglobulina humana antirrábica	150 UI/mL	Solução injetável
Imunoglobulina antitetânica	250 UI/mL	Solução injetável
Imunoglobulina humana antivaricela zoster	125 UI / 2,5 mL	Solução injetável
Soro antiaracnídico ( <i>Loxosceles</i> , <i>Phoneutria</i> e <i>Tityus</i> )	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5 dose mínima mortal (DMM) de veneno de <i>Tityus serrulatus</i> (1,5 DMM/mL), 1,5 DMM de veneno de <i>Phoneutria nigriventer</i> (1,5 DMM/mL) e 15 dose mínima necrosante (DMN) de veneno de <i>Loxosceles gaúcho</i> (15 DMN/mL)	Solução injetável
Soro antibotrópico (pentavalente)	Cada mL contém imunoglobulinas (IgG) que neutralizam, no mínimo, 5 mg de veneno de <i>Bothrops jararaca</i> (5 mg/mL)	Solução injetável
Soro antibotrópico (pentavalente) e anticrotálico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 5 mg de veneno de <i>Bothrops jararaca</i> e a 1,5 mg de veneno de <i>Crotalus durissus terrificus</i> (5 mg/mL e 1,5 mg/mL)	Solução injetável
Soro antibotrópico (pentavalente) e antilaquético	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 5 mg de veneno de <i>Bothrops jararaca</i> e 3 mg de veneno de <i>Lachesis muta</i> (5 mg/mL e 3 mg/mL)	Solução injetável
Soro antibotulínico AB (bivalente)	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 375 UI de toxina botulínica tipo A e 275 UI de toxina botulínica tipo B (375 UI/mL e 275 UI/mL)	Solução injetável
Soro anticrotálico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5 mg de veneno <i>Crotalus durissus terrificus</i> (1,5 mg/mL)	Solução injetável
Soro antidiftérico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1.000 UI de toxina diftérica (1.000 UI/mL)	Solução injetável
Soro antielapídico (bivalente)	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1,5 mg de veneno de <i>Micrurus frontalis</i> (1,5 mg/mL)	Solução injetável
Soro antiescorpiónico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo 1,5 DMM (dose mínima mortal) de veneno de <i>Tityus serrulatus</i> (1,5 DMM/mL)	Solução injetável
Soro antilonômico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 0,35 mg de veneno de <i>Lonomia obliqua</i> (0,35 mg/mL)	Solução injetável
Soro antiloxoscélico (trivalente)	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 15 dose mínima necrosante (DMN) de veneno de aranhas das espécies <i>Loxosceles laeta</i> , <i>Loxosceles gauchoe</i> <i>Loxosceles intermedia</i> (15 DMN/mL)	Solução injetável
Soro antirrábico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 200 UI de vírus da raiva (200 UI/mL)	Solução injetável
Soro antitetânico	Cada mL contém imunoglobulinas que neutralizam, no mínimo, 1.000 UI de toxina tetânica	Solução injetável



IMUNIZAÇÕES (continuação)*		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida difteria e tétano infantil	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (acelular) adulto	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i> (acelular) infantil	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida hepatite A (inativada) adulto	-	Suspensão injetável
Vacina adsorvida hepatite A (inativada) infantil	-	Suspensão injetável
Vacina BCG	-	Pó para suspensão injetável
Vacina cólera (inativada)	-	Suspensão oral
Vacina febre amarela (atenuada)	-	Pó para solução injetável
Vacina febre tifoide (polissacarídica)	-	Solução injetável
Vacina <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)	-	Pó para solução injetável
Vacina hepatite B (recombinante)	-	Suspensão injetável
Vacina <i>influenza</i> trivalente (fragmentada, inativada)	-	Suspensão injetável
Vacina meningocócica C (conjugada)	-	Pó para suspensão injetável
Vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	-	Suspensão injetável
Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	-	Suspensão injetável

Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)	-	Solução injetável
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada)	-	Solução injetável
Vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada)	-	Solução oral
Vacina rotavírus humano G1P [8] (atenuada)	-	Suspensão oral
Vacina sarampo, caxumba, rubéola	-	Pó para solução injetável
Vacina sarampo, caxumba, rubéola e varicela (atenuada)	-	Pó para solução injetável
Vacina varicela (atenuada)	-	Pó para solução injetável

### LEISHMANIOSES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Anfotericina B (desoxicolato)	50 mg	Pó para solução injetável
Anfotericina B (lipossomal)	50 mg	Pó para solução injetável
Antimoniato de meglumina	300 mg/mL	Solução injetável
Isetionato de pentamidina	300 mg	Pó para solução injetável
Pentoxifilina	400 mg	Comprimido

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Talidomida	100 mg	Comprimido

### MALÁRIA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Artemeter	80 mg/mL	Solução injetável
Artemeter+ lumefantrina	20 mg + 120 mg	Comprimido
Artesunato	60 mg/mL	Pó para solução injetável
Artesunato + cloridrato de mefloquina	25 mg + 55 mg	Comprimido
Artesunato + cloridrato de mefloquina	100 mg + 220 mg	Comprimido
Cloridrato de clindamicina	300 mg	Cápsula
Difosfato de cloroquina	150 mg	Comprimido
Difosfato de primaquina	5 mg	Comprimido
Difosfato de primaquina	15 mg	Comprimido
Dicloridrato de quinina	150 mg	Comprimido



Fosfato de clindamicina	150 mg/mL	Solução injetável
Sulfato de quinina	500 mg	Comprimido

### MENINGITE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Rifampicina	20 mg/mL (2%)	Suspensão oral
	300 mg	Cápsula

### MICOSES SISTÊMICAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Anfotericina B (complexo lipídico)	5 mg/mL	Suspensão injetável
Fluconazol	2 mg/mL	Solução injetável
Itraconazol	100 mg	Cápsula

### RAIVA HUMANA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Dicloridrato de Sapropterina	100 mg	Comprimido

### SÍFILIS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	Pó para suspensão injetável
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	Suspensão injetável
Benzilpenicilina potássica	5.000.000 UI	Pó para suspensão injetável
Doxiciclina	100 mg	Comprimido

### TOXOPLASMOSE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Espiramicina	500 mg	Comprimido
Primetamina	25 mg	Comprimido de liberação prolongada
Sulfadiazina	500 mg	Comprimido
Nicotina	14 mg	Adesivo transdérmico
	21 mg	Adesivo transdérmico
	2 mg	Goma de mascar
	2 mg	Pastilha

### TRACOMA



DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Azitromicina	250 mg	Comprimido
	40 mg/mL	Pó para suspensão injetável

TUBERCULOSE		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Ácido paraminossalicílico	4 g	Granulado oral
Capreomicina	1 g	Pó para solução injetável
Claritromicina	500 mg	Comprimido
Claritromicina	500 mg	Cápsula
Clofazimina	100 mg	Cápsula
Cloridrato de etambutol	400 mg	Comprimido
Cloridrato de moxifloxacino	400 mg	Comprimido
Cloridrato de piridoxina	100 mg	Comprimido
Etionamida	250 mg	Comprimido
Isoniazida	100 mg	Comprimido
Levofloxacino	250 mg	Comprimido
	500 mg	Comprimido
Linezolida	2 mg/mL	Solução para infusão
	600 mg	Comprimido
Pirazinamida	30 mg/mL (3%)	Suspensão oral
	500 mg	Comprimido
PPD - Derivado Proteico Purificado	2UT/0,1ml	Solução injetável para uso intradérmico
Rifabutina	150 mg	Cápsula
Rifampicina	20 mg/mL (2%)	Suspensão oral
	300 mg	Cápsula
Rifampicina+isoniazida	150 mg + 75 mg	Comprimido
Rifampicina + isoniazida + pirazinamida + cloridrato de etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg + 275 mg	Comprimido
Sulfato de amicacina	250 mg/mL	Solução injetável
Sulfato de estreptomicina	1 g	Pó para solução injetável
Terizidona	250 mg	Cápsula

VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO		
DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Palivizumabe	50 mg	Pó para solução injetável
	100 mg	Pó para solução injetável



**01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP**

AGOSTO/2021

1 - CPF*			2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde			3 - Prontuário			4 - Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social		
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*											
6 - Nome Social											
7 - Nome Completo da Mãe*											
8 - Data de Nascimento*			9 - País de Nascimento*						10 - Nacionalidade*		
11 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente						12 - Residência do estrangeiro					
13 - UF*		14 - Cidade de Nascimento*				15 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			16 - Órgão Genital de Nascimento* <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis		
17 - Orientação Sexual* <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual						18 - Identidade de Gênero* <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário					
19 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela			20 - Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos			21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		
23 - Endereço:											
24 - Bairro									25 - CEP		
26 - UF*			27 - Cidade de Residência*						28 - E-mail		
29 - Telefone para contato (DDD+Número)						30 - Em atendimento no serviço de saúde:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado					
31 - Responsável pelo Preenchimento Data: ____/____/____  _____ (carimbo e assinatura)						32 - Usuário SUS Data: ____/____/____  _____ (assinatura)					

### ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.
2. A prescrição de medicamentos a base de substâncias anti-retrovirais (lista "C4"), só poderá ser feita por médico e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, em formulário próprio estabelecido pelo Departamento de DST/AIDS, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento.

**ATENÇÃO: Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma unidade de saúde. Escolha a que for mais conveniente para você. "O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NA INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS".**

Versão Setembro – 2015

### DETALHAMENTO DOS CAMPOS

**01 - Nome do usuário:** Nome completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.

**02 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.

**03 –Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/pessoa exposta:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém nascido ou da pessoa exposta

**04 – Sexo de nascimento:** informar o sexo ao nascimento

**05- Data da exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.

**06 – Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente ocupacional, exposição sexual consentida, planejamento reprodutivo, violência sexual, outros. E caso seja profilaxia da transmissão vertical se é para a parturiente ou para o RN da mãe infectada pelo HIV.

**07- Nº de dias para dispensa:** Informar o número de dias de profilaxia dispensado.

**08 - Categoria de Usuário:** Informar se o usuário pertence a uma das populações chave. Este campo deve ser preenchido conforme a autodeclaração do usuário.

**09- Esquema Preferencial para PEP: TENOFOVIR/LAMIVUDINA (TDF/3TC)<sub>300/300mg</sub> + ATAZANAVIR<sub>300mg</sub> + ritonavir<sub>100mg</sub>,** 1 comprimido de cada ao dia. Ao escolher esse esquema, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido.

**10- Esquemas Alternativos de PEP:** Apenas em caso de contraindicação ao esquema preferencial, basta assinalar um "x" e o campo 11 não precisa ser preenchido. Nos quadros abaixo os ARV indicados em caso de necessidade de substituição.

Esquema preferencial para PEP	Contraindicação ao	Esquemas alternativos de PEP
<b>TDF/3TC + ATV/r</b>	TDF	<b>AZT/3TC + ATV/r</b>
	ATV/r	<b>AZT/3TC + LPV/r</b>
	ATV/r e LPV/r	AZT/3TC + TDF

**11- Medicamentos ARV:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multixperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).

**12 – Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**13 - Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensa.

**14 - Dispensa:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)			
2 - Nº de:	3 - Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Pessoa Exposta	4 - Sexo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 - Data da exposição
6 - Circunstância de exposição   Acidente Ocupacional  Exposição Sexual Consentida Planejamento Reprodutivo Violência Sexual	7 - Nº de dias para <input type="text"/>	8 - Categoria de usuário (Populações Chave) <input type="radio"/> Gays e outros homens que fazem sexo com homens Profissional do Sexo <input type="radio"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="radio"/> Transexual <input type="radio"/> Travesti	
9 - Esquema preferencial para <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (1 comp./dia) + Atazanavir 300mg (ATV) + (1 comp./dia)			

10 - Esquemas alternativos para PEP	Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg (2 comp./dia) + Atazanavir (ATV/r) + ritonavir 100mg (r) (1 comp./dia)
	Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Lopinavir/r (LPV/r) 200mg+50mg (4 comp./dia)
	Zidovudina / Lamivudina (AZT/3TC) 300mg/150mg + Tenofovir 300mg (1 comp./dia)

11 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)					
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNI)					
ANTIRRETROVIRAL	Tenofovir / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 300mg/dia		
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia		
	Abacavir - ABC	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia	mL de sol. oral 20mg/mL / dia	
	Didanosina - ddI	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia	caps. de 400mg / dia	mL de sol. oral de 10mg/mL/dia
	Estavudina - d4T	<input type="text"/>		mL de sol. oral 1mg/mL/dia	
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia	
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/>	comp. de 300 mg/dia		
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/>	caps. de 100mg/dia	Solução injetável 10 mg/mL/dia	mL de sol. oral 10mg/mL / dia
	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)				
	Efavirenz - EFZ	<input type="text"/>	comp. de 600 mg/dia	caps. de 200 mg / dia	mL de sol. oral 30 mg/mL / dia
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/>	comp. de 200mg/dia		mL de suspensão oral 10mg/mL / dia
	Inibidores de Protease (IP)				
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/>	caps. de 200mg/dia	caps. de 300 mg / dia	
	Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia	comp. de 150mg / dia	comp. de 75mg / dia
Fosamprenavir - FPV	<input type="text"/>	comp. de 700mg/dia		mL de suspensão oral 50mg/mL/dia	
Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/>	comp. de 200mg / 50 mg/dia	Comp. de 100mg / 25mg/dia	mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia	
Ritonavir - RTV	<input type="text"/>	caps. de 100mg/dia	comp. de 100mg/dia	mL de sol. oral 80mg/mL/dia	
Saquinavir - SQV	<input type="text"/>	caps. molede 200mg/dia			
ARV de Terceira Linha					
Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 300mg/dia	comp. de 150mg / dia	comp. de 75mg / dia	comp. de 600mg / dia
Enfuvirtida - T-20	<input type="text"/>	frascos-amp. de 90mg/mL/dia			
Etravirina - ETR	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia			
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia			
Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 400 mg/dia			
Tipranavir - TPV	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia		mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
12 - Médico Data ____ / ____ / ____ CRM: _____  (carimbo e assinatura)	13 - Farmacêutico responsável Data ____ / ____ / ____ CRF: _____  (carimbo e assinatura)	14 - Recebi em ____ / ____ / ____  (assinatura do usuário)			

Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U de 19 de maio de 1998.



**ORIENTAÇÕES GERAIS**

1. Preencher o formulário a caneta azul e em letra legível, dentro do espaço das lacunas.
2. **ATENÇÃO:** Cada usuário pode cadastrar-se em apenas uma Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM) que for mais conveniente.  
"O CADASTRAMENTO EM MAIS DE UMA UNIDADE SERÁ DETECTADO PELO SISTEMA E PODERÁ RESULTAR NO BLOQUEIO DA DISPENSAÇÃO".

**INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

- 01 - Nome do usuário:** Nome civil ou social completo do usuário SUS, **sem qualquer abreviação.**
- 02 - Categoria de Usuário:** HIV/AIDS ADULTO ( $\geq 13$  ANOS), CRIANÇA ( $< 13$  ANOS) E GESTANTE HIV+ (MULHERES GRÁVIDAS NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO).
- 03 - Este formulário tem validade de:** Validade do formulário para 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias com retirada de no máximo de 90 dias, conforme disponibilidade de estoque da UDM. O médico definirá por quantos dias o formulário terá validade e a UDM avaliará a possibilidade para dispensação para períodos maiores que 30 dias e até 90 dias.
- 04 - CPF:** Informar CPF do usuário SUS (somente números).
- 05 - Último exame de carga viral:** Informar o valor do último exame de carga viral, a data de realização e o local onde foi realizado, se na rede pública ou privada. Este campo é de preenchimento obrigatório para a dispensação de ARV desde novembro de 2015.
- 06 - Número de Prontuário:** Número do Prontuário do Usuário SUS.
- 07 - Manter esquema ARV anterior:** Caso seja marcada a opção **sim**, os campos de 8 a 14 **não** precisarão ser preenchidos.
- 08 - Contraindicação do esquema de 1ª linha para início de terapia, justificativa:** Para esquemas iniciais diferentes do preconizado, o médico deverá justificá-los. Os ARV indicados em caso de necessidade de substituição são:

**Preferencial - Adultos**

<b>TDF / 3TC + DTG</b>	Esquema para início de tratamento a partir de 2017
<b>TDF / 3TC / EFZ</b>	Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV <b>sem</b> critério de gravidade (conforme critérios elencados abaixo) - Gestantes
<b>TDF / 3TC + RAL</b>	Esquema para tratamento na coinfecção TB-HIV <b>com</b> um ou mais dos critérios de gravidade abaixo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CD4 <math>&lt; 100</math> céls/mm<sup>3</sup></li> <li>• Presença de outra infecção oportunista</li> <li>• Necessidade de internação hospitalar/Doença grave</li> <li>• TB disseminada</li> </ul>

**Alternativo - Adultos**

<b>TDF / 3TC / EFZ</b>	Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG
<b>TDF / 3TC + RAL</b>	Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes <i>Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC + DTG</i>
<b>ABC + 3TC + DTG</b>	Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com resultado negativo ao exame de hipersensibilidade ao ABC (HLA-B*5701).

**Observações:**

- O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF e ABC.

**Preferencial - Crianças**

Esquema Preferencial de 1ª linha ( $< 35$ Kg)	<b>AZT + 3TC + ITRNN</b> <b>NVP: crianças <math>&lt; 3</math> anos</b> <b>EFZ: crianças <math>\geq 3</math> anos</b>
---	--

**09 - Contraindicação de dose fixa combinada (DFC) "TDF + 3TC" ou "TDF + 3TC + EFZ" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal?** Em casos de contraindicação para o uso de DFC, deve-se informar o valor da taxa de filtração glomerular e a data de sua mensuração.

**10 - Início de tratamento?** Corresponde ao Usuário Adulto com HIV/Aids, criança com HIV/Aids e Gestantes HIV+ que iniciarão tratamento ARV no referido mês. Se SIM, informar também se o usuário é coinfectado em tratamento de tuberculose.

**11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral:** Toda mudança de tratamento deverá ser justificada por: Falha terapêutica, Falta de Medicamento, Coinfecção com tuberculose, Gestação, Reação(ões) adversa(s) a(o)s ARV (informar sigla do ARV) ou Outro (especificar o motivo).

**12 - ARV de Uso Restrito:** Toda liberação de ARV de 3ª linha necessita de autorização do nível local (câmara técnica) ou federal (MS).

**13 - Situação Especial:** Situação em que o paciente está em protocolo de pesquisa clínica, utilizando parte do esquema ARV na rede pública.

**14 - Medicamentos ARV:** Lista dos antirretrovirais oferecidos pelo SUS. O médico deverá assinalar um "x" caso no esquema preferencial, em caso de início de tratamento. Para os demais ARVs, informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso o esquema se mantenha o mesmo da prescrição anterior, basta preencher até o campo 6.

**15 - Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**16 - Recibo:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação e assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensação. Informar o número de dias da dispensação atual para realizar o cálculo do saldo de dias para a próxima retirada de medicamento.

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento

1 - Nome do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)		2 - Categoria do Usuário <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="checkbox"/> HIV/AIDS - Criança <input type="checkbox"/> Gestante HIV+	
3 - Este formulário tem a validade de: <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> 120 dias <input type="checkbox"/> 150 dias <input type="checkbox"/> 180 dias		4 - CPF	
5 - Último Exame de Carga Viral em cópias/ml <input type="checkbox"/> < 50 <input type="checkbox"/> 50 - 1000 <input type="checkbox"/> > 1000 - Data do Exame ___/___/___		Realizado na: <input type="checkbox"/> Rede pública <input type="checkbox"/> Rede privada	
6 - Nº do Prontuário		7 - Manter esquema ARV anterior: ( ) Sim ( ) Não	
8 - Contraindicação do esquema de 1ª linha, justificativa:			
9 - Contraindicação de dose fixa combinada 2 em 1 e 3 em 1 por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Contraindicação ao ATZ? <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Interação Medicamentosa Última Taxa de Filtração Glomerular (TFG) _____ mL/min, na data ___/___/___			
10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> sim Se SIM, é um usuário coinfectado com tuberculose? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
11 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica <input type="checkbox"/> Coinfecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Outro - especificar: <input type="checkbox"/> Falta de medicamento <input type="checkbox"/> Resistência ao Raltegravir <input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s)a(os) ARV: _____ <input type="checkbox"/> Gestação _____ <small>sigla(s) do(s) ARV</small>		12 - ARV de Uso Restrito <input type="checkbox"/> Autorizado por câmara técnica <input type="checkbox"/> Autorizado pelo MS	
13 - Situação Especial <input type="checkbox"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa - Nº Protocolo			
14 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)			
Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)		<input type="checkbox"/> Tenofovir <sup>300mg</sup> (TDF) / Lamivudina <sup>300mg</sup> (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir 50mg (DTG)	
<b>ANTIRRETROVIRAL</b>			
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNs)	DFC "3 em 1"	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia
		Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia
		Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia
		Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia
		Didanosina - ddI	mL de sol. oral 20mg/mL/dia
		Estavudina - d4T	mL de pó p/sol. oral 1mg/mL/dia
		Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia
		Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia
ITRNN		Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia
		Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia
Inibidores de Protease (IP)		Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia
		Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia
		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia
		Fosamprenavir - FPV	comp. de 150mg / dia
		Lopinavir + ritonavir - LPV/r	comp. de 200mg + 50mg/dia
Inibidores de Integrase		Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia
		Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia
Medicamentos de Uso Restrito		Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia
		Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia
		Dolutegravir - DTG	comp. de 150mg / dia
		Enfuvirtida - T-20	comp. de 75mg / dia
		Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia	
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia	
			mL de sol. oral 80mg/mL/dia
15 - Médico			
Data: ___/___/___ CRM: _____		<small>(Carimbo e assinatura)</small>	
16 - Recibo (para preenchimento exclusivo da Unidade Dispensadora de Medicamento - UDM)			
1ª dispensação		4ª dispensação	
Data ___/___/___ Dispensação para _____ dias <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		Data ___/___/___ Dispensação para _____ dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	
2ª dispensação		5ª dispensação	
Data ___/___/___ Dispensação para _____ dias <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		Data ___/___/___ Dispensação para _____ dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	
3ª dispensação		6ª dispensação	
Data ___/___/___ Dispensação para _____ dias <small>(Assinatura do farmacêutico)</small>		Data ___/___/___ Dispensação para _____ dias <small>(Assinatura do usuário)</small>	

## Medicamentos Excepcionais (Uso contínuo e alto custo)

Os medicamentos de dispensação excepcional são, geralmente, de uso contínuo e de alto custo. São usados no tratamento de doenças crônicas e raras, e dispensados em farmácias específicas para este fim. Por representarem custo elevado, sua dispensação obedece a regras e critérios específicos. O Programa de Medicamentos Excepcionais foi criado em 1993 e posteriormente, através de novas Portarias, o Ministério da Saúde ampliou de forma significativa o número de medicamentos excepcionais distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a dispensação dos Medicamentos Excepcionais são utilizados alguns critérios, como diagnóstico, esquemas terapêuticos, monitorização/acompanhamento e demais parâmetros, contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. Os protocolos também relacionam os medicamentos que são fornecidos pelo programa. As regras referentes aos medicamentos excepcionais são definidas pelo Ministério da Saúde, sendo que o principal documento exigido para o Programa é o Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional (LME). Desta forma, para a dispensação destes medicamentos é necessário:

- Que o medicamento faça parte do Programa de Medicamentos Excepcionais;
- Que seja respeitado o Protocolo Clínico definido pelo Ministério da Saúde;
- O Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional (LME) devidamente preenchido pelo médico solicitante;
- A receita médica, com identificação do paciente em duas vias, legível e com nome do princípio ativo e dosagem prescrita;
- O Cartão Nacional de Saúde;
- Relatório médico;
- Termo de consentimento;
- Exames médicos.

Trinta Unidades de Saúde estaduais são responsáveis pela dispensação dos medicamentos excepcionais, sendo que maiores informações podem ser obtidas junto às áreas de assistência farmacêutica dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), conforme relação de telefones abaixo:

No município de São Paulo:

- Farmácia de Alto Custo Maria Zélia – fone: (11) 3583-1900
- Farmácia de Alto Custo Várzea do Carmo – fone: (11) 3385-7004
- Centro de Saúde Estadual da Vila Mariana – fone: (11) 5084-5169 (somente para pacientes do Hospital São Paulo)
- Hospital das Clínicas – fone: (11) 3069-6617 (somente para pacientes do Hospital)
- Hospital do Servidor Público Estadual - fone (11) 5088-8642 (somente para pacientes do Hospital)

DRS I (Grande São Paulo) - fone: (11) 3017-2000  
DRS II (Araçatuba) – fone: (18) 3623-7010  
DRS III (Araraquara) – fone: (16) 3322-4655

DRS IV (Baixada Santista)– f: (13) 3227-5969 r.12  
DRS V (Barretos) – fone: (17) 3322-9100  
DRS VI (Bauru) - fone: (14) 3235-0174



DRS VII (Campinas) – fone: (19) 3739-7050  
DRS VIII (Franca) – fone: (16) 3713-4399  
DRS IX (Marília) - fone: (14) 3402-8831  
DRS X (Piracicaba) – fone (19) 3437-7430  
DRS XI (Pres. Prudente) – f: (18) 3226-6784 r.230  
DRS XII (Registro) – fone: (13) 3828-2940

DRS XIII (Ribeirão Preto) – fone: (16) 3602-2614  
(Hosp. das Clínicas de Rib. Preto)  
DRS XIV (São J. da Boa Vista) – f: (19) 3634-2841  
DRS XV (São José do Rio Preto) – fone: (17) 3232-0388 rml 243 ou (17) 3201-5179 (Hosp. de Base)  
DRS XVI (Sorocaba) f: (15) 3332-9177 (Conj. Hosp.)

Segue abaixo a relação de medicamentos:

- ACITRETINA 10 MG - POR CÁPSULA
- ACITRETINA 25 MG - POR CÁPSULA
- ADALIMUMABE 40MG-INJET-SERINGA PREENC-TRAT.MENSAL
- ALENDRONATO 70 MG - POR COMPRIMIDO
- ALENDRONATO(Q) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- ALFACALCIDOL(R) 0,25 MCG - POR CÁPSULA
- ALFACALCIDOL(R) 1,0 MCG - POR CÁPSULA
- ALFADORNASE 2,5 MG - POR AMPOLA
- LFAEPOETINA 1.000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAEPOETINA 10.000 UI -INJETÁVEL -POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAEPOETINA 2.000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAEPOETINA 3.000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAEPOETINA 4.000 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAINTERFERONA 2A/2B - 3.000.000 UI - INJETAVEL - PO
- ALFAINTERFERONA 2A/2B 9.000.000/10.000.000 UI INJETÁVEL
- ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI INJETAVEL P/FRASCO
- ALFAPEGINTERFERON 2A 180MCG POR FRASCO AMPOLA
- ALFAPEGINTERFERON 2B 100MCG POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAPEGINTERFERON 2B 120MCG POR FRASCO-AMPOLA
- ALFAPEGINTERFERON 2B 80MCG POR FRASCO AMPOLA
- AMANTADINA 100 MG - POR COMPRIMIDO
- ATORVASTATINA(J) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- ATORVASTATINA(J) 20 MG - POR COMPRIMIDO
- AZATIOPRINA 50 MG - POR COMPRIMIDO
- BECLOMETASONA(C) 200 MCG - PÓ INALANTE - POR FRASCO DE 100 DOSES
- BECLOMETASONA(C) 200 MCG -POR CÁPSULA INALANTE
- BECLOMETASONA(C) 250 MCG - SPRAY - POR FRASCO DE 200 DOSES
- BECLOMETASONA(C) 400 MCG - PÓ INALANTE - POR FRASCO DE 100 DOSES
- BECLOMETASONA(C) 400 MCG -POR CÁPSULA INALANTE
- BETAINTERFERONA(L) 1A 12.000.000 UI (44 MCG) -INJETÁVEL
- BETAINTERFERONA(L) 1A 6.000.000 UI (22 MCG) -INJETETÁVEL
- BETAINTERFERONA(L) 1A 6.000.000 UI (30 MCG) -INJETETÁVEL
- BETAINTERFERONA(L) 1B 9.600.000 UI (300 MCG) -INJETÁVEL
- BEZAFIBRATO(K) 200 MG - POR DRÁGEA
- BEZAFIBRATO(K) 400 MG - POR DRÁGEA
- BIPERIDENO 2 MG - POR COMPRIMIDO
- BIPERIDENO 4 MG - POR COMPRIMIDO
- BROMOCRIPTINA 2,5 MG - POR COMPRIMIDO



- BUDESONIDA 200 MCG- PO INALANTE OU AEROSOL BUCAL POR FRASCO C/ 100 DOSES
- BUDESONIDA(C) 200 MCG - POR CAPSULA INALANTE
- CABERGOLINA 0,5 MG - POR COMPRIMIDO
- CALCITONINA 100 UI - INJETÁVEL - POR AMPOLA
- CALCITONINA 200 UI - SPRAY NASAL - POR FRASCO
- CALCITRIOL 1,0 MCG - INJETÁVEL - POR AMPOLA
- CALCITRIOL(R) 0,25 MCG - POR CÁPSULA
- CICLOFOSFAMIDA 50 MG (POR DRAGEA)
- CICLOSPORINA 10 MG - POR CÁPSULA
- CICLOSPORINA 100 MG - POR CÁPSULA
- CICLOSPORINA 100 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - POR FRASCO
- CICLOSPORINA 25 MG - POR CÁPSULA
- CICLOSPORINA 50 MG - POR CÁPSULA
- CIPROFIBRATO(K) 100 MG - POR COMPRIMIDO
- CIPROFLOXACINA 250 MG - POR COMPRIMIDO
- CIPROFLOXACINA 500 MG - POR COMPRIMIDO
- CIPROTERONA 50 MG - POR COMPRIMIDO
- CLOROQUINA(E) 150 MG - POR COMPRIMIDO
- CLOZAPINA 100 MG - POR COMPRIMIDO
- CLOZAPINA 25 MG - POR COMPRIMIDO
- CODEÍNA 3 MG /ML - SOLUÇÃO ORAL - POR FRASCO DE 120 ML
- CODEÍNA 30 MG - POR COMPRIMIDO
- CODEÍNA 30 MG/ML - POR AMPOLA DE 2 ML
- CODEÍNA 60 MG - POR COMPRIMIDO
- COMPL. ALIM P/ FEN. FÓRM. AMIN. IS. FEN.> DE 1 ANO
- COMPL. ALIM P/FEN.-FORM. AMIN IS FENIL < 1 ANO
- DANAZOL 100 MG - POR CÁPSULA
- DEFERASIROX 125 MG (POR COMPRIMIDO)
- DEFERASIROX 250 MG (POR COMPRIMIDO)
- DEFERASIROX 500 MG (POR COMPRIMIDO)
- DEFERIPRONA 500 MG -POR COMPRIMIDO
- DESFERROXAMINA 500 MG - INJETÁVEL - POR FRASCO - AMPOLA
- DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML -APLICAÇÃO NASAL - POR FRASCO
- DONEPEZILA(N) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- DONEPEZILA(N) 5 MG - POR COMPRIMIDO
- ENTACAPONA(F) 200 MG - POR COMPRIMIDO
- ETANERCEPTE 25MG INJET - FRSC-AMP -TRAT MENSAL
- ETANERCEPTE 50MG INJET - FRSC-AMP - TRAT MENSAL
- ETOFIBRATO(K) 500 MG - POR CÁPSULA
- EVEROLIMO 0,5 MG (POR COMPRIMIDO)
- EVEROLIMO 1 MG - (POR COMPRIMIDO)
- FENOFIBRATO(K) 200 MG - POR CÁPSULA
- FENOFIBRATO(K) 250 MG - POR CÁPSULA
- FENOTEROL 200 MCG - AEROSOL POR FRASCO DE 300 DOSE
- FILGRASTIM(I) 300 MCG - INJETÁVEL - POR FRASCO
- FLUDROCORTISONA 0,1 MG - POR COMPRIMIDO


- FLUTAMIDA 250 MG - POR COMPRIMIDO
- FLUVASTATINA(J) 20 MG - POR CÁPSULA
- FLUVASTATINA(J) 40 MG - POR CÁPSULA
- FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG ( FRASCO)
- FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG-CAPSULA 60 DOSES
- FORMOTEROL 12 MCG- PO INALANTE - ( FRASCO ) DE 60 DOSES
- FORMOTEROL 6 MCG+BUDESONIDA 200 MCG ( CAPSULA )
- FORMOTEROL 6 MCG+BUDESONIDA-200MCG ( FRASCO )
- FUMARATO DE FORMOTEROL - 12 MCG - CAPSULA-COM 30 COMPRIMIDOS
- GABAPENTINA 300 MG - POR CÁPSULA
- GABAPENTINA 400 MG - POR CÁPSULA
- GALANTAMINA 16MG CAPSULAS LIBERAÇÃO PROLONGADA
- GALANTAMINA 24MG CAPSULAS LIBERAÇÃO PROLONGADA
- GALANTAMINA 8 MG CAPSULAS LIBERAÇÃO PROLONGADA
- GENFIBROZILA(K) 600 MG - POR CÁPSULA OU COMPRIMIDO
- GENFIBROZILA(K) 900 MG - POR COMPRIMIDO
- GLATIRÂMÉR 20 MG - INJETÁVEL - POR FRASCO-AMPOLA OU SERINGA PREENCHIDA
- GOSSERRELINA(O) 3,60 MG -INJ - POR SER. PREE
- GOSSERRELINA(P) 10,80 MG - INJETÁVEL - POR SERINGA
- HIDROXICLOROQUINA(E) 400 MG -POR COMPRIMIDO
- HIDROXIURÉIA 500 MG - POR CÁPSULA
- IMIGLUCERASE 200 UI - INJETÁVEL - POR FRASCO- AMPO
- IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 1000 UI - INJETÁVEL
- IMUNOGLOBULINA ANTI-HEPATITE B 500 UI - INJETÁVEL
- IMUNOGLOBULINA DA HEPATITE B - 100 MG - INJETAVEL
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 0,5 G - INJETÁVEL - POR FRASCO
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 1,0 G - INJETÁVEL - POR FRASCO
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 2,5 G - INJETÁVEL - POR FRASCO
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 3,0 G - INJETÁVEL - POR FRASCO
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 5,0 G - INJETÁVEL - POR FRASCO
- IMUNOGLOBULINA HUMANA 6,0 G - INJETÁVEL - POR FRASCO
- INFLIXIMABE 10MG/ML - INJETÁVEL (KROHN)
- INFLIXIMABE 10MG/ML INJETÁVELTRAT.MENSAL (ARTRITE)
- ISOTRETINOÍNA 10 MG - POR CÁPSULA
- ISOTRETINOÍNA 20 MG - POR CÁPSULA
- LAMIVUDINA 10 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL -FRASCO DE 240 ML
- LAMIVUDINA 150 MG - POR COMPRIMIDO
- LAMOTRIGINA 100 MG - POR COMPRIMIDO
- LAMOTRIGINA 25 MG - POR COMPRIMIDO
- LEFLUNOMIDA 20 MG - POR COMPRIMIDO
- LENOGRASTIM(I) 33,6 MUI - INJETÁVEL -POR FRASCO
- LEUPRORRELINA 11,25 MG INJ. POR SER. PREENCH
- LEUPRORRELINA(O) 3,75 MG - INJETÁVEL - POR FRASCO
- LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA 25 MG -POR CÁPSULA OU COMPRIMIDO
- LEVODOPA 200 MG + BENSERAZIDA 50 MG - POR COMPRIMIDO
- LEVODOPA 200 MG + CARBIDOPA 50 MG - POR CÁPSULA OU COMPRIMIDO
- LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG - POR COMPRIMIDO

- LEVOTIROXINA 100 MCG - POR COMPRIMIDO
- LEVOTIROXINA 150 MCG - POR COMPRIMIDO
- LEVOTIROXINA 25 MCG - POR COMPRIMIDO
- LEVOTIROXINA 50 MCG - POR COMPRIMIDO
- LOVASTATINA(J) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- LOVASTATINA(J) 20 MG - POR COMPRIMIDO
- LOVASTATINA(J) 40 MG - POR COMPRIMIDO
- MESALAZINA 1000 MG - POR SUPOSITÓRIO
- MESALAZINA 1G+DILUENTE 100ML(ENEMA)-POR DOSE
- MESALAZINA 250 MG - POR SUPOSITÓRIO
- MESALAZINA 3 G + DILUENTE 100 ML (ENEMA) - POR DOSE
- MESALAZINA 400 MG - POR COMPRIMIDO
- MESALAZINA 500 MG - POR COMPRIMIDO
- MESALAZINA 500 MG - POR SUPOSITÓRIO
- MESALAZINA 800 MG - POR COMPRIMIDO
- MESALAZINA 800 MG - POR SUPOSITÓRIO
- METADONA 10 MG - POR COMPRIMIDO
- METADONA 10 MG /ML - INJETÁVEL - POR AMPOLA DE 1ML
- METADONA 5 MG - POR COMPRIMIDO
- METILPREDNISOLONA 500 MG - INJETÁVEL - POR AMPOLA
- METOTREXATO 25 MG/ML - INJ - 2 ML
- METOTREXATO 25 MG/ML-INJ 20 ML - FRAMP
- MICOFENOLATO DE MOFETILA(M)
- MICOFENOLATO DE SÓDIO(M) 180 MG - POR COMPRIMIDO
- MICOFENOLATO DE SÓDIO(M) 360 MG - POR COMPRIMIDO
- MOLGRAMOSTIM(I) 300 MCG - INJETÁVEL - POR FRASCO
- MORFINA 10 MG - POR COMPRIMIDO
- MORFINA 10 MG/ML - POR AMPOLA DE 1 ML
- MORFINA 10 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - POR FRASCO DE 60 ML
- MORFINA 30 MG - POR COMPRIMIDO
- MORFINA LC 100 MG - POR CÁPSULA
- MORFINA LC 30 MG - POR CÁPSULA
- MORFINA LC 60 MG - POR CÁPSULA
- OCTREOTIDA 0,1 MG/ML - INJETÁVEL - POR AMPOLA
- OCTREOTIDA LAR 10 MG - INJETÁVEL - POR FRASCO- AMPOLA
- OCTREOTIDA LAR 20 MG - INJETÁVEL - POR FRASCO- AMPOLA
- OCTREOTIDA LAR 30 MG - INJETÁVEL - POR FRASCO- AMPOLA
- OLANZAPINA(G) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- OLANZAPINA(G) 5 MG - POR COMPRIMIDO
- PAMIDRONATO 30 MG INJETÁVEL - POR FRASCO / AMPOLA
- PAMIDRONATO 60 MG INJETÁVEL - POR FRASCO / AMPOLA
- PAMIDRONATO 90 MG INJETÁVEL - POR FRASCO / AMPOLA
- PANCRELIPASE 10.000 UI - POR CÁPSULA
- PANCRELIPASE 12.000 UI - POR CÁPSULA
- PANCRELIPASE 18.000 UI - POR CÁPSULA
- PANCRELIPASE 20.000 UI - POR CÁPSULA
- PANCRELIPASE 25.000 UI POR CÁPSULA

- PANCRELIPASE 4.500 UI - POR CÁPSULA
- PENICILAMINA 250 MG - POR CÁPSULA
- PRAMIPEXOL 0,125 MG - POR COMPRIMIDO
- PRAMIPEXOL 0,25 MG - POR COMPRIMIDO
- PRAMIPEXOL 1 MG - POR COMPRIMIDO
- PRAVASTATINA(J) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- PRAVASTATINA(J) 20 MG - POR COMPRIMIDO
- PRAVASTATINA(J) 40 MG - POR COMPRIMIDO
- QUETIAPINA(G) 100 MG - POR COMPRIMIDO
- QUETIAPINA(G) 200 MG - POR COMPRIMIDO
- QUETIAPINA(G) 25 MG - POR COMPRIMIDO
- RALOXIFENO 60 MG - POR COMPRIMIDO
- RIBAVIRINA 250 MG - POR CÁPSULA
- RILUZOL 50 MG -POR COMPRIMIDO
- RISEDRONATO(Q) 35 MG - POR COMPRIMIDO
- RISEDRONATO(Q) 5 MG - POR COMPRIMIDO
- RISPERIDONA 1 MG - POR COMPRIMIDO
- RISPERIDONA 2 MG - POR COMPRIMIDO
- RIVASTIGMINA(N) 1,5 MG - POR CÁPSULA
- RIVASTIGMINA(N) 2,0 MG/ML - SOLUÇÃO ORAL - POR FRASCO
- RIVASTIGMINA(N) 3 MG - POR CÁPSULA
- RIVASTIGMINA(N) 4,5 MG - POR CÁPSULA
- RIVASTIGMINA(N) 6 MG - POR CÁPSULA
- SACARATO DE HIDRÓXIDO FÉRRICO 100 MG - INJETÁVEL -
- SALBUTAMOL(B) 100 MCG - AEROSOL - POR FRASCO DE 200 DOSES
- SALMETEROL(D) 50 MCG - PÓ INALANTE OU AEROSOL BUCAL POR FRASCO DE 60 DOSES
- SELEGILINA 10 MG - POR COMPRIMIDO
- SELEGILINA 5 MG - POR COMPRIMIDO
- SEVELÂMER 400 MG - POR COMPRIMIDO
- SEVELÂMER 800 MG - POR COMPRIMIDO
- SINVASTATINA(J) 10 MG - POR COMPRIMIDO
- SINVASTATINA(J) 20 MG - POR COMPRIMIDO
- SINVASTATINA(J) 40 MG - POR COMPRIMIDO
- SINVASTATINA(J) 5 MG - POR COMPRIMIDO

Fonte:

[http://www.saude.sp.gov.br/content/geral\\_acoes\\_politica\\_estadual\\_medicamentos\\_lista\\_medica\\_mentos\\_excepcionais.mmp](http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_politica_estadual_medicamentos_lista_medica_mentos_excepcionais.mmp)


**Sistema Único de Saúde**  
 Ministério da Saúde  
 Secretaria de Estado de 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 CNEES\* \_\_\_\_\_ 2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3. Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 4. Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

5. Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6. Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

	Injetor medicamentoso	Soluções medicamentosas	Medicamento(s)*	Quantidade solicitada*					
				1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1									
2									
3									
4									
5									
6									

7. CID-10\* \_\_\_\_\_ 8. Diagnóstico \_\_\_\_\_

9. Anamnese\* \_\_\_\_\_

10. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?  NÃO  SIM. Por quê: \_\_\_\_\_

**11. 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 \_\_\_\_\_

12. Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 13. Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

14. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 15. Data de solicitação\* \_\_\_\_\_

**16. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:**  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (paciente ou mãe)  Médico solicitante.  
 Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_

17. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\* \_\_\_\_\_  
 Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

18. Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

19. Número do documento do paciente \_\_\_\_\_  
 CPF de:  CNS: \_\_\_\_\_

20. Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

21. Correo eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO

Campo 1 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

Campo 2 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): preencher com o número do CNS do paciente.

Campo 3 - Nome do estabelecimento do médico solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 4- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

Campo 5 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamentos(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Campo 6 - Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.

Campo 7 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Campo 8 - CID-10 Principal: preencher com o CID - 10 que corresponde à doença/lesão de base que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).

Campo 9 - CID-10 Secundário: preencher com o CID - 10 que corresponde à doença/lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a doença de base.

Campo de preenchimento não obrigatório.

Campo 10 - Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente.

Campo 11 - Alterações laboratoriais significativas: preencher, somente se necessário, as principais alterações laboratoriais que auxiliaram/definiram a doença em questão. Campo de preenchimento não obrigatório.

Campo 12 - Tratamentos prévios: preencher com os tratamentos medicamentoso(s) e/ou não medicamentoso(s) previamente utilizados pelo paciente para a doença em questão. Campo de preenchimento não obrigatório.

13 - Condição clínica do paciente: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso presente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.

Campo 14 – Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 15 – Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 16 - Documento: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CNS ou CPF que será descrito pelo profissional solicitante no campo 17.

Campo 17 – Nº Documento: preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional solicitante.

Campo 18 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

Campo 19 – Data de nascimento: preencher com a data de nascimento do paciente no formato dd/mm/aaaa.

Campo 20 – Altura: preencher com a altura do paciente, em metros, no dia do preenchimento.

Campo 21 – Peso: preencher com o peso do paciente, em quilogramas, no dia do preenchimento.

Campo 22 – Sexo: preencher com o sexo do paciente, assinalando com um “x” no quadro indicativo: M - Masculino ou F – Feminino.

Campo 23 – Município de residência/UF: preencher com o nome do município de residência do paciente e a sigla da unidade federativa a que pertence o município. Devese considerar como município de residência, o local fixo do paciente e não o de permanência temporária.

Campo 24 – Endereço: preencher com o endereço completo - rua, número, complemento e bairro.

Campo 25 – Telefone de contato: preencher com número de telefone para possíveis contatos com o paciente.

Campo 26 – Nome da mãe ou responsável: preencher com o nome completo da mãe ou do responsável pelo paciente.

Campo 27 – Nome do profissional responsável pelo preenchimento: preencher com o nome do profissional que preencheu os dados complementares do paciente em questão, o qual deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

Campo 28 – Data do preenchimento: preencher com a data do preenchimento dos dados complementares no formato dd/mm/aaaa.

Campo 29 - Documento: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CNS ou CPF que será descrito pelo profissional responsável pelo preenchimento dos dados complementares do paciente no campo 30.

Campo 30 – Nº documento: preencher com o nº do documento (CNS ou CPF) utilizado pelo profissional responsável pelo preenchimento dos dados complementares do paciente.

Campo 31 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura do profissional responsável pelo preenchimento dos dados complementares do paciente.

## Programa Farmácia Popular

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) é um programa do Governo Federal que visa complementar a disponibilização de medicamentos utilizados na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de parceria com farmácias e drogarias da rede privada. Dessa forma, além das Unidades Básicas de Saúde e/ou farmácias municipais, o cidadão poderá obter medicamentos nas farmácias e drogarias credenciadas ao PFPB.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) disponibiliza medicamentos gratuitos para o tratamento de diabetes, asma e hipertensão e, de forma subsidiada para dislipidemia, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, anticoncepção e fraldas geriátricas. Nesses casos o Ministério da Saúde paga parte do valor dos medicamentos (até 90% do valor de referência tabelado) e o cidadão paga o restante, de acordo com o valor praticado pela farmácia.

Para a obtenção dos medicamentos e/ou fraldas geriátricas pelo Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o paciente deve comparecer a um estabelecimento credenciado, identificado pelo adesivo com a logomarca do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), apresentando os seguintes documentos:

- documento oficial com foto e número do CPF ou documento de identidade em que conste o número do CPF;
- receita médica dentro do prazo de validade, tanto do SUS quanto de serviços particulares. Para a obtenção de fraldas geriátricas para incontinência, o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou ser pessoa com deficiência, e deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda geriátrica, no qual conste, na hipótese de paciente com deficiência, a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/farmacia-popular>



LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELO "AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR"

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	PAGAMENTO
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG	ANTICONCEPÇÃO	Copagamento
ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG	OSTEOPOROSE	Copagamento
ATENOLOL 25MG	HIPERTENSÃO (pressão alta)	Gratuito
BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,02MG	ASMA	Gratuito
BROMETO DE IPRATRÓPIO 0,25MG	ASMA	Gratuito
BUDESONIDA 32MCG	RINITE	Copagamento
CAPTOPRIL 25MG	HIPERTENSÃO (pressão alta)	Gratuito
CARBIDOPA 25MG + LEVODOPA 250MG	PARKINSON	Copagamento
CLORIDRATO DE BENSERAZIDA 25MG + LEVODOPA 100MG	PARKINSON	Copagamento
CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG	DIABETES	Gratuito
CLORIDRATO DE METFORMINA 500MG - AÇÃO PROLONGADA	DIABETES	Gratuito
CLORIDRATO DE METFORMINA 850MG	DIABETES	Gratuito
CLORIDRATO DE PROPRANOLOL 40MG	HIPERTENSÃO (pressão alta)	Gratuito
DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 50MCG	ASMA	Gratuito
DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 200MCG	ASMA	Gratuito
DIPROPIONATO DE BECLOMETSONA 250MCG	ASMA	Gratuito

ETINILESTRADIOL 0,03MG + LEVONORGESTREL 0,15MG	ANTICONCEPÇÃO	Copagamento
GLIBENCLÂMIDA 5MG	DIABETES	Gratuito
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG	HIPERTENSÃO (pressão alta)	Gratuito
INSULINA HUMANA 100UI/ML	DIABETES	Gratuito
INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML	DIABETES	Gratuito
LOSARTANA POTÁSSICA 50MG	HIPERTENSÃO (pressão alta)	Gratuito
MALEATO DE ENALAPRIL 10MG	HIPERTENSÃO (pressão alta)	Gratuito
MALEATO DE TIMOLOL 2,5MG	GLAUCOMA	Copagamento
MALEATO DE TIMOLOL 5MG	GLAUCOMA	Copagamento
NORETISTERONA 0,35MG	ANTICONCEPÇÃO	Copagamento
SINVASTATINA 10MG	DISLIPIDEMIA (colesterol alto)	Copagamento
SINVASTATINA 20MG	DISLIPIDEMIA (colesterol alto)	Copagamento
SINVASTATINA 40MG	DISLIPIDEMIA (colesterol alto)	Copagamento
SULFATO DE SALBUTAMOL 5MG	ASMA	Gratuito
SULFATO DE SALBUTAMOL 100MCG	ASMA	Gratuito
VALERATO DE ESTRADIOL 5MG + ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG	ANTICONCEPÇÃO	Copagamento

Fonte: <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/saude/assistenciafarmaceutica/Lista-medicamentos-geral.pdf>

## PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL

### 1. INTRODUÇÃO

Este protocolo propõe sistematizar critérios para dispensação total ou parcial de dietas enterais industrializadas, para usuários em terapia nutricional domiciliar com via alternativa de nutrição, em condições clínicas específicas.

Na definição dos critérios de dispensação das formulas considerou-se a necessidade de atender aos usuários que apresentam maior fragilidade clínica e nutricional, ou seja, aqueles que apresentam menor reserva funcional e pior resposta a intercorrências clínicas, combinado ao diagnóstico nutricional. O estado clínico e nutricional do indivíduo reflete o grau no qual as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo atendidas, para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando no equilíbrio entre a ingestão e necessidades de nutrientes. O diagnóstico nutricional para liberação de formulas alimentares dar-se-á através da avaliação de critérios clínicos e antropométricos, associados a critérios laboratoriais.

A nutrição enteral, segundo a RDC 63 de 2000 da ANVISA, pode ser definida como:

“alimento para fins especiais, de composição definida ou estimada, formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializadas ou não, utilizada para substituir ou complementar a alimentação oral em paciente, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos órgãos ou sistema”.

Para uso na nutrição enteral, existem disponíveis formulas industrializadas e dietas a base de alimentos. As dietas a base de alimentos ou artesanais são preparações na própria casa, com alimentos in natura usualmente consumidos pela família, ou mistas, quando utilizam parcialmente, além de alimentos in natura, suplementos alimentares ou módulos de nutrientes. Conforme preconiza ANVISA em (Portaria 120 de 14 de Abril de 2009),

“as dietas artesanais e/ou semiartesanais deverão ser incentivadas naqueles pacientes sob cuidados e/ou internação domiciliar”.

Desta forma, a escolha do tipo de dieta vai depender da via de nutrição, da doença que acomete o usuário, das necessidades nutricionais ou de restrição alimentar e da tolerância à dieta a base de alimentos proposta. Os usuários que não se enquadram nos critérios de dispensação de dietas enterais poderão se beneficiar com o uso de dietas enterais artesanais ou semiartesanais (a base de alimentos) padronizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã e orientadas por nutricionistas da Rede SUS-Mairiporã.

## 2. OBJETIVOS

- Sistematizar critérios para dispensação de dietas enterais;
- Informar aos profissionais da saúde da Rede SUS-Mairiporã e aos usuários, os critérios e fluxos para dispensação de dietas enterais;
- Informar aos profissionais de saúde da Rede SUS-Mairiporã e aos usuários, o padrão de dietas enterais a serem disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã.

## 3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ✓ Fixar residência no município de Mairiporã-SP;
- ✓ Fazer uso de sonda alimentar, como: nasogástrica, gastrostomia ou jejunostomia, por impossibilidade de se alimentar via oral.
- ✓ Prescrição médica ou da nutricionista da referida dieta e cadastro ativo na rede municipal.

## 4. LIBERAÇÃO VIA MUNICIPAL

**4.1** Serão disponibilizados em nível municipal a quantidade de 20 a 30 litros (ao mês) de dieta enteral por paciente, conforme critérios estabelecidos no item 4.2. Caso a necessidade da dieta prescrita pelo médico exceda esse limite, a família será orientada a complementar com a dieta caseira.

**4.2** Critérios para liberação municipal de dieta enteral baseado no risco nutricional:

IDADE	COMORBIDADES	QUANTIDADE LIBERADA AO MÊS
<b>Idoso acima de 60 anos</b>	IMC entre 20 e 22 Ou Percentil entre 25 e 10 (CB*)	20 litros
<b>Idoso acima de 60 anos</b> (risco nutricional aumentado)	IMC < 20 Ou < do Percentil 10 (CB*)	30 litros
<b>Adulto abaixo de 60 anos</b>	IMC entre 16 e 18 Ou Percentil entre 25 e 10 (CB*)	20 litros
<b>Adulto abaixo de 60 anos</b> (risco nutricional aumentado)	IMC < 16 Ou < do Percentil 10 (CB*)	30 litros
<b>Adulto/Idoso</b>	Com escaras (independente do IMC)	20 litros
<b>Idoso</b>	Acima de 95 anos (independente do IMC)	20 litros
<b>Adulto/idoso</b>	Com IMC acima de 26 (sobrepeso/obesidade)	Dieta Caseira exclusiva

Fonte de consulta: SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)

**IMC\*:** Índice de massa corpórea

**CB\***: Circunferência do braço

Os critérios para avaliação baseada no risco nutricional se dará através das fórmulas abaixo descritas.

- **18 a 60 anos:**

$$\text{Peso (branco/homem)} = (\text{AJ} \times 1,19) + (\text{CB} \times 3,21) - 86,82$$

$$\text{Peso (negro/homem)} = (\text{AJ} \times 1,09) + (\text{CB} \times 3,14) - 83,72$$

$$\text{Peso (branco/mulher)} = (\text{AJ} \times 1,01) + (\text{CB} \times 2,81) - 60,04$$

$$\text{Peso (negro/mulher)} = (\text{AJ} \times 1,24) + (\text{CB} \times 2,97) - 82,48$$

- **Idosos até 80 anos:**

$$\text{Peso (branco/homem)} = (\text{AJ} \times 1,10) + (\text{CB} \times 3,07) - 75,81$$

$$\text{Peso (negro/homem)} = (\text{AJ} \times 0,44) + (\text{CB} \times 2,86) - 39,21$$

$$\text{Peso (branco/mulher)} = (\text{AJ} \times 1,09) + (\text{CB} \times 2,68) - 65,51$$

$$\text{Peso (negro/mulher)} = (\text{AJ} \times 1,50) + (\text{CB} \times 2,58) - 84,22$$

AJ: altura do joelho (cm)

CB: circunferência do braço (cm)

Fonte: CHUMLEA et al., 1988

- **Acima de 80 anos**

**FÓRMULA PARA ESTIMATIVA DE PESO**

<b>HOMEM = [(0,98 x CP) + (1,16 x AJ) + (1,73 x CB) + (0,37 x PCSE) - 81,69]</b>
<b>MULHER = [(1,27 x CP) + (0,87 x AJ) + (0,98 x CB) + (0,4 x PCSE) - 62,35]</b>

Onde: CP = Circunferência da panturrilha, AJ = Altura do joelho, CB = Circunferência do braço, PCSE = Prega cutânea subescapular

Fonte: CHUMLEA, W.C., GUO, S., ROHE, A.F., STEINBAUGH, M.L.

**Observação:** Será utilizado o critério da avaliação do percentil referente à circunferência do braço apenas para os pacientes acamados, impossibilitados de colher o peso e estatura.

**4.3** No que refere aos tipos de dietas enterais: O município fornecerá dieta com característica padrão, Hipercalórica e Normoproteica e Normocalórica com fibras.

**4.4** Todo paciente com necessidade de dieta enteral deverá receber acompanhamento nutricional periódico com objetivo de auxiliar no tratamento e melhora do estado nutricional e alimentar. A liberação do documento para a retirada da dieta deverá ser via consulta agendada ou visita domiciliar junto ao profissional de nutrição, além disso; realizar liberação da dieta mensalmente;

**4.5** Todo paciente que receber a prescrição médica ou nutricional para dieta enteral deverá procurar o atendimento nutricional da sua área de referência com a documentação exigida

(conforme item 3), para agendamento da consulta ou visita domiciliar. Será realizada a liberação da documentação preenchida e assinado pela Nutricionista da área, para ser possível à retirada da dieta na Farmácia Central. Essa orientação é direcionada para pacientes do setor público e privado;

- 4.6** Após a retirada do documento de liberação da dieta pela nutricionista que o acompanha, o paciente/responsável poderá retirar a quantidade de 20 a 30 litros da referida dieta (conforme os critérios estabelecidos no item 4.2) na farmácia central, mediante apresentação da documentação exigida;
- 4.7** A Secretaria Municipal de Saúde do município de Mairiporã irá liberar a retirada da dieta enteral até que a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo autorize a liberação ao mesmo, de acordo com a Resolução SS-54, de 11/05/2012;
- 4.8** O paciente/responsável deverá dar entrada na solicitação de dieta enteral no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a fim de dar continuidade ao recebimento da dieta enteral. A documentação necessária para esta solicitação será preenchida pela (o) nutricionista e médico (a) da unidade que o acompanha e entregue ao paciente/responsável para este fim;
- 4.9** Será obrigatório, no momento da segunda retirada da dieta enteral com a nutricionista, apresentar o comprovante da entrada junto a Secretaria de Estado.

## **5. LIBERAÇÃO VIA ESTADUAL**

- 5.1.** No primeiro atendimento nutricional o paciente/responsável será orientado sobre o fornecimento de dietas enterais em nível estadual, através da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, bem como o modo correto do preenchimento do laudo para avaliação de solicitação de medicamentos ou nutrição enteral (anexo II) pela equipe médica;
- 5.2** O documento exigido pelo estado possui a necessidade do preenchimento, além do médico responsável, também do profissional Nutricionista. Cabe reforçar que o campo destinado ao Nutricionista não se limita apenas aos nutricionistas da rede;
- 5.3.** Enquanto não ocorrer o deferimento do fornecimento da dieta enteral em nível estadual o fornecimento ocorrerá normalmente em nível municipal;
- 5.4** É de responsabilidade do paciente/responsável apresentar essa documentação para análise e aprovação pelo comitê técnico da Comissão Farmacológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- 5.5** Esta comissão referida informa que terá 30 dias em média para análise da solicitação e manifestação;

- 5.6** A solicitação de nutrição enteral autorizada será comunicada por meio de e-mail ao paciente, indicando local e data para retirada de seu produto;
- 5.7** A solicitação de dieta enteral não autorizada será justificada por meio de e-mail ao paciente e ao médico/instituição solicitante;
- 5.8** O paciente que não for aprovado pela Comissão Farmacológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo somente será atendido pelo município se, se encaixar nos critérios estabelecidos;
- 5.9** Em situações diversas em que o Estado suspenda o fornecimento provisório de dieta aos pacientes, o município irá fornecer de acordo com os critérios estabelecidos, considerando se o estoque atual do produto seja suficiente para atender esta demanda.

## **6. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (Via Municipal)**

- ✓ RG do paciente;
- ✓ Cartão do SUS;
- ✓ Comprovante de endereço;
- ✓ Prescrição Médica e/ou por Nutricionista para Nutrição Enteral;
- ✓ RG (responsável).

**Parágrafo Único:** A prescrição médica e/ou por nutricionista deverá especificar o tipo de dieta enteral e o modo de administração (horário e quantidade) serão aceitas prescrições realizadas por médicos ou nutricionistas da rede pública e privada, desde que se encaixe aos critérios de risco nutricional.

## **7. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA (Via Estadual)**

- ✓ RG e CPF do paciente;
- ✓ Laudo para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral (preenchido de forma completa/legível – em duas vias);
- ✓ Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- ✓ Comprovante de endereço com CEP;
- ✓ Prescrição Médica e/ou Nutricional para Nutrição Enteral
- ✓ Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral (exames: receita médica/nutricional constando nome genérico da fórmula enteral, volume/posologia, via de acesso(item 4.2 do formulário – Nasogástrica, Nasoduodenal, Nasojejunal, Gatrostomia, Jejunostomia) assinado, datado e carimbado);
- ✓ RG (responsável)

**Parágrafo Único:** Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia

da certidão de nascimento e documentos do responsável (apenas para nova solicitação). Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.

## **8. FLUXO DE ATENDIMENTO**

O paciente com prescrição de dieta enteral não necessita de encaminhamento, deverá procurar a unidade de saúde de referência, com a documentação (conforme item 7). Será agendada consulta e/ou visita domiciliar ao paciente para o acompanhamento nutricional e liberação da dieta com a nutricionista da área.

Em casos de urgência o paciente/responsável poderá procurar o EMAD ou PASAN (Setor de Nutrição). Telefone: 4419-6688.

## **9. DAS ATRIBUIÇÕES (Nutricionista da Rede Municipal)**

### **9.1 Nutricionista Coordenação**

- ✓ Elaboração dos processos licitatórios para aquisição da dieta enteral;
- ✓ Análise Técnicas das amostras apresentadas pelas empresas participantes dos processos licitatórios;
- ✓ Controle para reposição do estoque do almoxarifado central/medicamentos;
- ✓ Liberação de Dietas (em casos emergenciais);
- ✓ Elaboração e adequações de Protocolos de Liberação;
- ✓ Acompanhamento das liberações e fluxos conforme estabelecido no protocolo;
- ✓ Rotinas administrativas pertinentes.

### **9.2 Nutricionista (ESF-NASF/CTA)**

- Atendimento clínico (consultas em consultório ou visitas domiciliares) e acompanhamento alimentar e nutricional dos pacientes que recebem o insumo;
- Preenchimento de todas as informações pertinentes no documento de liberação do insumo de acordo com os critérios estabelecidos;
- Registro de todas as informações dos atendimentos clínicos do paciente no prontuário físico e/ou na plataforma do sistema integrativo de gestão em saúde do município, ao qual se enquadram os informativos sobre as quantidades liberadas do insumo em cada dispensação, bem como, fazendo os comparativos de evolução do paciente referentes ao peso e o seu estado nutricional;
- Preenchimento (quando necessário) do Laudo para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral da Secretaria de Saúde Estadual.

### **9.3 Nutricionistas (UBS Centro e UBS Terra Preta)**

- Atendimento clínico (consultas em consultório ou visitas domiciliares) e acompanhamento alimentar e nutricional dos pacientes que recebem o insumo;



- Preenchimento de todas as informações pertinentes no documento de liberação do insumo de acordo com os critérios estabelecidos;
- Registro de todas as informações dos atendimentos clínicos do paciente no prontuário físico e/ou na plataforma do sistema integrativo de gestão em saúde do município, ao qual se enquadram os informativos sobre as quantidades liberadas do insumo em cada dispensação, bem como, fazendo os comparativos de evolução do paciente referentes ao peso e o seu estado nutricional;
- Preenchimento (quando necessário) do Laudo para Avaliação de Solicitação de Nutrição Enteral da Secretaria de Saúde Estadual.

## **10 DA ATENÇÃO DOMICILIAR: EMAD**

Pacientes em cobertura do EMAD – Equipe de Multiprofissional de Atenção Domiciliar, deverão solicitar visita domiciliar junto a Coordenação do programa para o atendimento e acompanhamento nutricional, e se necessário, a liberação da dieta enteral.

## **11 PERÍODO DE FORNECIMENTO**

A dieta enteral será fornecida pela rede municipal de saúde, até o momento que a Secretaria Estadual da Saúde começar a disponibilizar a dieta, de acordo com item 5.

A liberação da dieta pela Secretaria Municipal de Saúde ocorrerá mensalmente.

## **12 QUANTIDADE**

A quantidade liberada de dieta enteral será de no máximo 30 litros por pessoa, por mês, porém os critérios da quantidade a ser liberado seguirão os critérios estabelecidos no item 4.2. Havendo necessidade de quantidade superior a mencionada, para consumo no mês, o paciente/responsável será orientado a complementar com a dieta caseira.

## **13 RECUSA DA SOLICITAÇÃO DE DIETA PELA COMISSÃO DE FARMACOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Os processos contendo os laudos de solicitação de dieta enteral pelo estado que são recusados pela Comissão, serão avaliados caso a caso para a possibilidade desse paciente passar a receber a dieta pelo Município.

Os pacientes receberão a dieta pelo Município se a nutricionista da área de referencia identificar o risco nutricional de acordo com os critérios estabelecidos, onde a dieta caseira não é indicada e sim a industrializada.

## **14 RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO**

### **Municipal**

Uma vez ativo, o paciente deverá comparecer mensalmente nas consultas pré-agendadas com nutricionistas para liberação da dieta.

### **Estadual**

Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.

Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.

## **15 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO**

### **Municipal**

Quando o paciente não apresentar mais os critérios de risco nutricional.

Quando paciente ao ser encaminhado para dar entrada ao processo de retirada de dieta via estadual, não o fizer no prazo máximo de 01 mês (um mês).

### **Estadual**

Apresentar a documentação (conforme item 13) exigida da renovação da liberação de dieta enteral.

## **16 EM CASOS DE ÓBITO**

### **Parágrafo Único:**

Em casos de óbito do paciente, a família e/ou responsável deverá devolver os frascos de dieta (lacrados) na unidade de saúde de referencia que o acompanha.

Se a dieta utilizada for a de fornecimento do Estado, poderá também ser direcionada ao município para ser repassada a outros pacientes.

## **17 LOCAL DE DISPENSAÇÃO**

### **Municipal**

Dispensação ocorrerá na Farmácia Central, de segunda-feira à sexta-feira das 8h às 16h.

Rua Antônio Morelato, 30 – Centro – Mairiporã/SP.

### **Estadual**

AME MARIA ZÉLIA – Rua Jequitinhonha, 368, Belenzinho, CEP: 01037-000 – São Paulo (próximo ao metrô Belém). 2ª a 6ª feira das 08h às 17h.

## **18 LIBERAÇÃO**

### **Municipal**

Apresentar na Farmácia Central:

- Laudo de Liberação de Dieta Enteral emitido e assinado pelo (a) nutricionista rede municipal de saúde responsável pelo acompanhamento;
- RG e cartão municipal do paciente.

### **Estadual**

- AME MARIA ZÉLIA – Rua Jequitinhonha, 368, Belenzinho, CEP: 01037-000 – São Paulo.

## **19 LOGÍSTICA DOS INSUMOS**

A coordenação PASAN (Programa de Ações de Segurança Alimentar e Nutricional) solicita a entrega do insumo, que será entregue no Almoxarifado Central e este fará o abastecimento na Farmácia Central para distribuição.

Endereço do PASAN: Rua Alzira Ferreira Campos, nº 480 – Jardim Fernão Dias (andar de cima da Unidade de Saúde do Fernão Dias).

Telefone: 4419-6688

## **20 REFERÊNCIAS**

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-ental-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada>  
[06/11/19](#) 15h36

DA SAÚDE, Ministério. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. Orientações básicas para coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília – DF. 2004

CHUMLEA, W.C., GUO, S., ROHE, A.F., STEINBAUGH, M.L.

## PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULAS LÁCTEAS E FÓRMULAS ESPECIAS

### 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Guia Alimentar para crianças de 0 a 2 anos, do Ministério da Saúde OPAS-2007.

O leite materno representa o alimento essencial para o lactente até o sexto mês de vida como alimento exclusivo, e a partir de então, complementando com outras fontes nutricionais até dois anos.

O emprego de fórmulas lácteas se faz necessário em algumas situações especiais, como por exemplo, em alguns erros inatos do metabolismo, baixo peso grave com necessidade de complemento, filhos de mãe HIV positivas, mães que usam determinados medicamentos e situações eventuais reais com razões diversas por parte das mães.

É essencial que a equipe multidisciplinar do serviço em saúde exerça o papel de educador e incentivador em todas as ações junto às mães e suas crianças na valorização da importância da amamentação. Nos casos da impossibilidade da amamentação, o esclarecimento com informações atualizadas da escolha da fórmula láctea mais apropriada, também se faz necessário.

Recomenda-se que não seja utilizado o leite de vaca integral, líquido ou em pó, na alimentação durante o primeiro ano de vida, nem mesmo diluído, sendo um dos mais sérios erros alimentares.

Este protocolo irá auxiliar e garantir que as crianças do nosso município sejam acolhidas e bem orientadas quanto a alimentação via formulas lácteas de segmento e especiais quando necessária.

### 2. OBJETIVOS

- Sistematizar e regulamentar critérios para dispensação de Fórmulas Lácteas e Especiais;
- Nortear os profissionais da saúde da Rede SUS-Mairiporã e aos usuários, os critérios e fluxos para dispensação das fórmulas Lácteas/especiais;
- Padronização do fornecimento de fórmulas a serem disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã.

### **3. CRITÉRIOS INCLUSÃO**

- Prescrição médica ou da nutricionista das formulas infantis;
- Cadastro ativo na rede municipal de saúde;
- Ser morador do Município de Mairiporã;
- Crianças menores de um ano que não se alimentam por via oral e faz uso de sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia;
- Em situações especiais, onde a mãe não pode amamentar, como por exemplo, em alguns erros inatos do metabolismo, filhos de mãe HIV positivas, Hepatites, mães que usam determinados medicamentos e situações eventuais reais com razões diversas por parte das mães;
- Má formação labial e/ou palato sem condições de receber o leite materno e apresentar desnutrição;
- Recém-nascidos com prematuridade e/ou pequenos para idade gestacional;
- Bebês e crianças com alterações de crescimento: desaceleração do ganho pondero-estatural ou traçado de curva de peso para idade descendente, após três medições consecutivas;
- Desnutrição moderada/grave que necessite de complemento alimentar (percentil menor que 10);
- Alergias leves ou severas a proteína do leite e/ou proteína da soja;
- Doenças desabsortivas;
- Morte materna;
- Casos judicializados.

#### **4. CRITÉRIOS EXCLUSÃO**

- Pais e/ou responsáveis não levarem o bebê ou a criança para o acompanhamento nutricional periódico.
- Quando o bebê ou a criança apresentarem adequação no peso/estatura de acordo com a curva de crescimento do Ministério da Saúde e de acordo com os percentis igual ou abaixo 10.

#### **5. QUANTIDADE FORNECIDA**

A quantidade liberada de Fórmulas Lácteas e Fórmulas Especiais devem ser ofertada de acordo com o sugerido no rótulo da fórmula, baseada na idade e quantidades de mamadeiras por dia. A prescrição da quantidade de latas será feita pela nutricionista da rede municipal que fará o acompanhamento, de acordo a recomendação da marca da fórmula.

#### **6. DO ACOMPANHAMENTO**

Toda criança em uso de formulas infantis, independente da necessidade deverá ser acompanhada pela nutricionista da unidade de saúde municipal de sua referência.

O acompanhamento nutricional deverá ser preferencialmente mensal, através de atendimento clínico ou visita domiciliar.

A avaliação antropométrica (peso e altura) e a classificação do estado nutricional da criança baseado na curva de crescimento do Ministério da Saúde, deverá ser realizado em todas as consultas de acompanhamento.

#### **7. FORNECIMENTO**

**7.1** No que refere aos tipos de fórmulas lácteas e fórmulas especiais, o município disponibiliza as referidas fórmulas conforme item 10.

**7.2** Os pacientes em acompanhamento nas UBS's e ESF's que receberem a prescrição médica e/ou nutricional para fórmulas, deverão procurar o atendimento nutricional da sua área de referência com a documentação exigida (conforme item 8), para agendamento da consulta ou visita domiciliar. Será realizada a liberação da documentação preenchida e assinado pela Nutricionista da área, para ser possível a retirada da Fórmula na Farmácia Central;

**7.3** Gestantes que fazem acompanhamento no CTA – Centro de Testagem e Acolhimento (portadoras de HIV) receberão a prescrição e liberação da retirada das fórmulas lácteas de seguimento, pelos profissionais de saúde que atuam neste departamento, assegurando seu direito assegurado por lei (**Lei nº 6717/09**);

**7.4** Pacientes com prescrição Médica das Fórmulas oriundas do setor privado deverão ser referenciados da unidade de saúde municipal de seu território, para que seja dado início ao acompanhamento nutricional e se estiver dentro dos critérios, à liberação das fórmulas lácteas;

**7.5** Após a retirada do documento de liberação de Fórmulas Lácteas e/ou Fórmulas Especiais pela nutricionista que o acompanha nas UBS's ou ESF's, o paciente/responsável poderá retirar a quantidade liberada na farmácia central, mediante apresentação da documentação exigida;

**Parágrafo Único:** Os tipos de fórmulas licitadas poderão ser alteradas ou incluídas novas formulações de acordo com a demanda e necessidade de sua população, bem como petição oriundas de casos judicializados.

## **8 DOCUMENTAÇÃO PARA DAR INÍCIO AO ATENDIMENTO NUTRICIONAL**

- RG do paciente e responsável;
- Cartão municipal de saúde e Cartão do SUS;
- Comprovante de endereço, atualizado (até três meses)
- Cópia da prescrição médica.

## **9 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA E/OU NUTRICIONAL**

- Diagnóstico ou as circunstâncias que justifiquem a necessidade da fórmula;
- Datada, com Identificação do conselho de classe do profissional (Médico/Nutricionista);
- Especificar o tipo de fórmula, os horários e quantidades de mamadeira a ser ofertada por dia;
- Serão aceitas prescrições realizadas pela rede privada, porém a liberação da fórmula estará atrelada a avaliação e acompanhamento da nutricionista da área de referência da rede saúde municipal.

## 10 PADRONIZAÇÃO DAS FÓRMULAS LÁCTEAS E FÓRMULAS ESPECIAIS

TABELA DOS PRODUTOS DISPONÍVEIS NA REDE		
Produto	Indicação	Faixa etária indicada
<b>Fórmula láctea anti-refluxo</b>	Refluxo (com diagnóstico médico).	0 meses à 6 meses ou mediante a uma nova prescrição médica.
<b>Fórmula de seguimento 0 a 6 meses</b>	De acordo com o protocolo estabelecido	0 meses à 06 meses
<b>Fórmula de seguimento de 6 a 12 meses</b>	De acordo com o protocolo estabelecido	06 à 12 meses ou percentil <10

## 11 CONDIÇÕES ESPECÍFICAS PARA LIBERAÇÕES

No caso de bebês prematuros, o fornecimento das fórmulas lácteas de segmento, será mantido até completarem um ano de idade.

Nas liberações das fórmulas especiais (hipoalergênicas e anti refluxo) serão mantidas até os seis meses de idade.

As liberações serão mantidas até os doze meses se o peso da criança não estiver adequado na curva de crescimento ou mediante a uma nova prescrição médica justificando que a necessidade de estender o fornecimento.

## 12 FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES ACOMPANHADOS NAS UBS'S E EFS'S

O paciente que necessita de formulas lácteas deverá apresentar a prescrição médica na recepção e será atendido por um(a) nutricionista presente na unidade ou na falta deste(a) no momento, poderá agendar na recepção da UBS/ESF a consulta com o(a) mesmo(a). Na falta de nutricionista nas Estratégias Saúde da Família – ESF do território onde o paciente fixa residência, o mesmo ou responsável poderá solicitar atendimento na Unidade Básica de Saúde mais próxima através de consulta marcada ou encaixe, ou poderá procurar pelo PASAN (Setor de Nutrição) das 08h00 às 15h30. Telefone: 4419-6688.



### **13 FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES ACOMPANHADOS NO CTA – Centro de Testagem e Acolhimento**

As pacientes portadoras de HIV que estejam em acompanhamento no CTA – Centro de Testagem e Acolhimento serão orientados pelos profissionais de saúde atuantes neste departamento referente à distribuição e utilização das fórmulas lácteas fase I e fase II.

A quantidade de latas e o período a ser utilizado serão de responsabilidade do CTA.

## **14 DAS ATRIBUIÇÕES (Nutricionista da Rede Municipal)**

### **12.1 Nutricionistas Coordenação**

- Elaboração dos processos licitatórios para aquisição de fórmulas lácteas e fórmulas especiais;
- Análise Técnicas das amostras apresentadas pelas empresas participantes dos processos licitatórios;
- Controle para reposição do estoque do almoxarifado central/medicamentos;
- Liberação de fórmulas lácteas e fórmulas especiais; (em casos emergenciais);
- Elaboração e adequações de Protocolos de Liberação;
- Acompanhamento das liberações e fluxos conforme estabelecido no protocolo;
- Rotinas administrativas pertinentes.

### **12.2 Nutricionista (ESF-NASF/CTA)**

- Atendimento clínico (consultas em consultório ou visitas domiciliares) e acompanhamento alimentar e nutricional dos pacientes que recebem o insumo;
- Preenchimento de todas as informações pertinentes no documento de liberação do insumo de acordo com os critérios estabelecidos;
- Registro de todas as informações dos atendimentos clínicos do paciente no prontuário físico e/ou na plataforma do sistema integrativo de gestão em saúde do município, ao qual se enquadram os informativos sobre as quantidades liberadas do insumo em cada dispensação, bem como, fazendo os comparativos de evolução do paciente referentes ao peso e o seu estado nutricional.

### **12.3 Nutricionistas (UBS Centro e UBS Terra Preta)**

- Atendimento clínico (consultas em consultório ou visitas domiciliares) e acompanhamento alimentar e nutricional dos pacientes que recebem o insumo;
- Preenchimento de todas as informações pertinentes no documento de liberação do insumo de acordo com os critérios estabelecidos;
- Registro de todas as informações dos atendimentos clínicos do paciente no prontuário físico e/ou na plataforma do sistema integrativo de gestão em saúde do município, ao

qual se enquadram os informativos sobre as quantidades liberadas do insumo em cada dispensação, bem como, fazendo os comparativos de evolução do paciente referentes ao peso e o seu estado nutricional.

#### **14 DA ATENÇÃO DOMICILIAR: EMAD**

Pacientes em cobertura do EMAD – Equipe de Multiprofissional de Atenção Domiciliar, deverão solicitar triagem junto a Coordenação do programa para iniciar o atendimento e acompanhamento nutricional, e se necessário, a liberação de fórmulas lácteas.

#### **15 PERÍODO DE FORNECIMENTO**

- As fórmulas lácteas e fórmulas especiais serão fornecidas pela rede municipal de saúde, enquanto a criança apresentar riscos nutricionais avaliados pelo médico ou nutricionista;
- As fórmulas serão fornecidas enquanto houver a necessidade de acordo com os protocolos municipais citados (conforme item 10);
- A liberação das Fórmulas pela Secretaria Municipal de Saúde ocorrerá mensalmente.

#### **16. RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO**

##### **Municipal (UBS's e ESF's)**

Uma vez ativo, o paciente deverá comparecer mensalmente nas consultas pré-agendadas com nutricionistas para liberação da Fórmula.

##### **Municipal CTA**

De acordo com os critérios estabelecidos pelo departamento.

#### **17. SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO**

##### **Municipal**

- O não comparecimento nas consultas de acompanhamento nutricional, ou o não agendamento das visitas domiciliares para o acompanhamento com a nutricionista.
- Adequação do estado nutricional;
- Atingir idade superior aos critérios estipulados em cada fórmula.

## 18. DISPENSAÇÃO

### Municipal

Dispensação ocorrerá na Farmácia Central, de segunda-feira à sexta-feira das 8h às 16h.  
Rua Antônio Morelato, 30 – Centro – Mairiporã/SP.

## 19. EM CASOS DE ALTA OU ÓBITO

### Parágrafo Único:

Em casos de alta ou óbito do paciente, a família e/ou responsável deverá devolver as latas (lacradas) na unidade de saúde de referência que o acompanha para ser direcionado para outro paciente que faz uso da mesma fórmula.

## 20. DISTRIBUIÇÃO

### Municipal

Apresentar na Farmácia Central:

- Laudo de Liberação da Fórmula Láctea e/ou Fórmula Láctea especial emitido e assinado pelo (a) nutricionista da rede municipal de saúde responsável pelo acompanhamento;
- RG e cartão municipal do paciente.

## 21. LOGÍSTICA DOS INSUMOS

Coordenação PASAN solicita a entrega do insumo, que será entregue no Almoxarifado Central e este fará o abastecimento na farmácia central para distribuição.

## 22. REFERÊNCIAS

DA SAÚDE, Ministério. GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção a Saúde. Brasília 2019.

DA SAÚDE, Ministério. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. Orientações básicas para coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília – DF. 2004

## PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRUIÇÃO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

### 1. INTRODUÇÃO

Os suplementos nutricionais ajudam pacientes a atingirem necessidades dietéticas específicas sofrendo de doenças ou com necessidades específicas. São produtos especialmente processados ou elaborados para serem utilizados de forma exclusiva ou complementar na alimentação de pacientes com capacidade limitada de ingerir, digerir, absorver ou metabolizar alimentos convencionais, ou de pacientes que possuem necessidades nutricionais específicas determinadas por sua condição clínica.

Esses produtos são recomendados por médicos ou nutricionistas e utilizados em ambiente domiciliar, a fim de manter ou adequar o seu estado nutricional mediante a uma necessidade nutricional especial.

### 2. JUSTIFICATIVAS

É imprescindível um bom estado nutricional associado ao peso adequado para estatura e idade na manutenção e recuperação da saúde. Existem muitas situações onde o paciente é impossibilitado de se alimentar adequadamente, necessitando de suplementos nutricionais que irão auxiliar na adequação do estado nutricional.

### 3. OBJETIVOS

Padronização e qualificação dos procedimentos de encaminhamentos referente a liberação de suplementos nutricionais.

### 4. CRITÉRIOS INCLUSÃO

- Ser morador do Município de Mairiporã;



- Ter prescrição médica ou nutricional;
- Possuir o cartão municipal e cartão do SUS;
- Cadastro ativo na rede municipal de saúde.

## **5. CRITÉRIOS EXCLUSÃO**

- Quando o paciente não comparecer ao acompanhamento nutricional periódico;
- Quando o paciente apresentar adequação no estado nutricional de acordo com os critérios de avaliação por faixa etária.

## **6. QUANTIDADE FORNECIDA**

A quantidade liberada de suplementos nutricionais deverá ser ofertada de acordo com o sugerido no rótulo do produto baseado no número de vezes que o paciente for orientado ao consumo diário.

## **7. DO ACOMPANHAMENTO**

O paciente em uso de suplementos nutricionais, independente da necessidade deverá ser acompanhado pela nutricionista da unidade de saúde municipal de sua área de referência.

O acompanhamento nutricional deverá ser preferencialmente mensal, através de atendimento clínico ou visita domiciliar.

A avaliação antropométrica (peso e altura), circunferência de braço (CB) e a classificação do estado nutricional, deverão ser realizadas em todas as consultas de acompanhamento.

## **8. DOCUMENTAÇÃO PARA DAR INÍCIO AO ATENDIMENTO NUTRICIONAL**

- RG do paciente e responsável;
- Cartão municipal de saúde e cartão do SUS;
- Comprovante de endereço, atualizado (até três meses)
- Cópia da prescrição médica.
- Prescrição médica ou de nutricionista pontuado a necessidade de suplemento.

## 9. FLUXO DE ATENDIMENTO

O paciente com prescrição de suplemento nutricional não necessita de encaminhamento, deverá procurar a unidade de saúde de referência, com a documentação (conforme item 8). Será agendada consulta e/ou visita domiciliar ao paciente para o acompanhamento nutricional e liberação de suplemento com a nutricionista da área se tiver dentro dos critérios de liberação.

Na falta de nutricionista nas Estratégias Saúde da Família – ESF do território onde o paciente fixa residência, o mesmo ou responsável poderá solicitar atendimento na Unidade Básica de Saúde mais próxima através de consulta marcada ou encaixe, ou poderá procurar pelo PASAN (Setor de Nutrição) Telefone: 4419-6688.

## 10. PADRONIZAÇÃO – CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DE SUPLEMENTOS

TABELA DOS PRODUTOS DISPONÍVEIS NA REDE		
SUPLEMENTO	PERFIL DO PACIENTE	COMORBIDADES
ALIMENTO PARA SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL (adulto)  E  ALIMENTO PARA SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL COM <u>DIAGNÓSTICO DE DIABÉTES TIPO 1 E/OU 2 (adulto)</u>	Idoso acima de 60 anos	IMC < 20 Ou Percentil entre 25 e 10 (CB)
	Adulto abaixo de 60 anos	IMC < 16 Ou < do Percentil 10 (CB)
	Adulto/Idoso	Com feridas/escaras (independente do IMC)
	Idoso acima de 95 anos	Inapetente (independente do IMC)
ALIMENTAÇÃO PARA SUPLEMENTAÇÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL (infantil)	De acordo com os critérios abaixo	1 a 10 anos

**Observação:** Utilizar o critério da avaliação do percentil referente à circunferência do braço, apenas para os pacientes acamados, impossibilitados de colher o peso e estatura.

### Alimento para suplementação de nutrição enteral ou oral com diagnóstico de diabetes tipo 1 e/ou 2

- Pacientes em uso de sonda, havendo necessidade, o suplemento entrará como um complemento.

### Alimento para suplementação de nutrição enteral ou oral infantil:

- Crianças a partir de um ano;
- Crianças com alterações de crescimento: desaceleração do ganho pondero-estatural ou traçado de curva de peso para idade descendente, após três medições consecutivas;

- Desnutrição moderada/grave que necessite, sendo os valores de referencia de: Peso por idade: abaixo do Percentil 3 - Peso baixo para idade; Estatura por idade: abaixo do Percentil 3 – Baixa estatura para idade; Peso por estatura: abaixo do Percentil 3 – Peso baixo para estatura;
- Crianças (a partir de um ano) em uso de sonda alimentar, como: nasogastrica, gastrostomia ou jejunostomia, por impossibilidade de se alimentar via oral;
- Casos judicializados.

## **11. DAS ATRIBUIÇÕES (Nutricionistas da Rede Municipal)**

### **11.1 Nutricionistas Coordenação**

- Elaboração dos processos licitatórios para aquisição de suplementos;
- Análise Técnicas das amostras apresentadas pelas empresas participantes dos processos licitatórios;
- Controle para reposição do estoque do almoxarifado central/medicamentos;
- Liberação de suplementos (em casos emergenciais);
- Elaboração e adequações de Protocolos de Liberação;
- Acompanhamento das liberações e fluxos conforme estabelecido no protocolo;
- Rotinas administrativas pertinentes.

### **11.2 Nutricionista (ESF/NASF/CTA)**

- Atendimento clínico (consultas em consultório ou visitas domiciliares) e acompanhamento alimentar e nutricional dos pacientes que recebem o insumo;
- Preenchimento de todas as informações pertinentes no documento de liberação do suplemento de acordo com os critérios estabelecidos;
- Registro de todas as informações dos atendimentos clínicos do paciente no prontuário físico e/ou na plataforma do sistema integrativo de gestão em saúde do município, ao qual se enquadram os informativos sobre as quantidades liberadas do insumo em cada dispensação, bem como, fazendo os comparativos de evolução do paciente referentes ao peso e o seu estado nutricional.

### **11.3 Nutricionistas (UBS Centro e UBS Terra Preta)**

- Atendimento clínico (consultas em consultório ou visitas domiciliares) e acompanhamento alimentar e nutricional dos pacientes que recebem o insumo;
- Preenchimento de todas as informações pertinentes no documento de liberação do suplemento de acordo com os critérios estabelecidos;
- Registro de todas as informações dos atendimentos clínicos do paciente no prontuário físico e/ou na plataforma do sistema integrativo de gestão em saúde do município, ao qual se enquadram os informativos sobre as quantidades liberadas do insumo em cada dispensação, bem como, fazendo os comparativos de evolução do paciente referentes ao peso e o seu estado nutricional.

## 12 DA ATENÇÃO DOMICILIAR: EMAD

Pacientes em cobertura do EMAD – Equipe de Multiprofissional de Atenção Domiciliar, deverão solicitar triagem junto a Coordenação do programa para o atendimento e acompanhamento nutricional, e se necessário, a liberação do suplemento.

## 13 PERÍODO DE FORNECIMENTO

- Os Suplementos serão fornecidos enquanto houver a necessidade nutricional aumentada, de acordo com a conduta da nutricionista que o acompanha, baseado nos critérios de liberação estabelecidos.
- O prazo máximo para liberação dos suplementos que tem como objetivo complementar a alimentação será de 06 (seis) meses.

## 14 QUANTIDADE

A quantidade liberada de Suplementos deverá ser de no máximo 4 latas mensais. Essa quantidade será baseada no consumo de uma a três vezes ao dia, como complemento da alimentação, de acordo com a conduta médica ou de nutricionista.

## 15 RENOVAÇÃO DO FORNECIMENTO

**Municipal:** Uma vez ativo, o paciente deverá comparecer mensalmente nas consultas pré-agendadas com nutricionistas para liberação do Suplemento.

## 16 SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO

A suspensão do fornecimento do suplemento ocorrerá quando:

- O paciente deixar de estar nos critérios de risco nutricional;
- Ou se a composição nutricional do suplemento não for adequada a condição patológica em que o paciente se encontra.

## EM CASOS DE ALTA OU ÓBITO

### Parágrafo Único:

Em casos de alta ou óbito do paciente, a família e/ou responsável deverá devolver as latas (lacradas) na unidade de saúde de referencia que o acompanha para ser direcionado para outro paciente que faz uso da mesma fórmula.



## 17 DISPENSAÇÃO

### Municipal

Dispensação ocorrerá na Farmácia Central, de segunda-feira à sexta-feira das 8h às 16h.  
Rua Antônio Morelatto, 30 – Centro – Mairiporã/SP.

## 18 DISTRIBUIÇÃO

### Municipal

Apresentar na Farmácia Central:

- Laudo de Liberação do Suplemento emitido e assinado pelo (a) nutricionista da rede municipal de saúde responsável pelo acompanhamento;
- RG e cartão municipal do paciente.

## 19 LOGÍSTICA DOS INSUMOS

Coordenação PASAN solicita a entrega do insumo, que será entregue no Almoxarifado Central e este fará o abastecimento na Farmácia Central para distribuição.

Endereço do PASAN: Rua Alzira Ferreira Campos, nº 480 – Jardim Fernão Dias (andar de cima da Unidade de Saúde do Fernão Dias) - Telefone: 4419-6688

## 20 REFERÊNCIAS

DA SAÚDE, Ministério. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. Orientações básicas para coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília – DF. 2004

