

PORTARIA Nº 1799 DE 29 DE MAIO DE 2015
 NÚMERO DE DIÁRIAS: 4 diárias e meia VALOR: R\$ 607,50
 FONTE: FES - SUS/FUNDO A FUNDO
 ORIGEM: BELÉM, DESTINO: BARCARENA
 PERÍODO: DE 22/6/2015 A 26/6/2015
 MATRÍCULA / NOME / CPF
 112453/1 / IRISMAR DE ALMEIDA MACHADO / 043.738.712-72
 57191067 / JOAQUINA ROSEANE MANGABEIRA DA SILVA / 426.614.122-04
 / JOSE DOS SANTOS BRITO / 302.043.052-68
 OBJETIVO: MINISTRAR OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS, MUNICÍPIO DE BARCARENA
 DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA: DANIELLE YASMINE DE ALMEIDA

Protocolo 882783

NORMA

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 003 DE 24 DE SETEMBRO DE 2015
 Dispõe sobre o processo para obtenção de fórmulas nutricionais especiais (dietas enterais, fórmulas infantis e/ou suplementos alimentares) no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Pará.

A Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará, no uso de suas atribuições legais e, Considerando a legislação brasileira - Lei Federal 8080/90 - explícita a alimentação como um dos fatores condicionantes da saúde (art.3º, caput) e estabelece como uma das atribuições específicas do SUS a vigilância nutricional e orientação alimentar (art.6º). Portanto, ao Estado cabe formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição, e, nos casos em que a alimentação tem *status* de fármaco (como é o caso das dietas enterais) tem o dever de fornecê-la de acordo com os princípios e normas do Sistema Único de Saúde.

Considerando que, muitas vezes, não há evidência de terem sido esgotadas as alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS no tratamento;

Considerando, também, que pode haver influência da indústria farmacêutica ou alimentícia, incentivando a receita e prescrição indiscriminada;

Considerando a necessidade de padronizar, dentro de princípios éticos, a variabilidade da prescrição, especialmente quanto ao uso racional de fórmulas nutricionais especiais;

Considerando o conteúdo da Nota Técnica nº84/2010-CGPAN/DAB/SAS/MS, da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, que explicita que "o Sistema Único de Saúde - SUS não dispõe de programa para dispensação de Leites Especiais e Dietas Enterais e não possui legislação ou protocolo específico para esta questão, sendo necessário que o assunto seja avaliado pelas três esferas de gestão do sistema no sentido de estabelecer políticas que orientem a solução de demandas como esta, a curto, médio e longo prazo".

Considerando a necessidade de oferecer aos usuários de forma regular e contínua, um elenco de fórmulas nutricionais especiais definidas de acordo com rigorosos critérios técnicos e científicos, estudos de medicina baseada em evidências clínicas, para o atendimento das necessidades nutricionais mais prevalentes ou de maior demanda;

Considerando a necessidade de regulamentar a instrução de expedientes administrativos encaminhados à SESPA, solicitando dietas enterais, fórmulas infantis e/ou suplementos alimentares; Considerando a necessidade de racionalizar a oferta de fórmulas nutricionais especiais pelo Estado, em razão do grande número de fórmulas nutricionais colocadas à disposição dos prescritores pela indústria farmacêutica;

Considerando a obrigatoriedade de que esses expedientes forneçam informações adequadas para a sua análise, possibilitando justificar técnica e legalmente, em caso de deferimento.

RESOLVE: Aprovar a seguinte Instrução Normativa:

Art. 1º - Todo o expediente de solicitação de fórmulas nutricionais especiais (dietas enterais, fórmulas infantis e/ou suplementos alimentares) dirigido à Secretaria da Saúde do Estado do Pará deverá ser preenchido em formulário padronizado (anexo) e instruído com a documentação abaixo relacionada:

I. Cadastro do Usuário, conforme modelo fornecido pela SESPA, preenchida com dados do usuário e do médico assistente/nutricionista, diagnóstico(s) do(s) agravo(s) que justifica(m) a prescrição, de fórmulas nutricionais especiais prescritas;

II. Número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) do usuário;

III. Cadastro do Responsável, conforme modelo fornecido pela SESPA, preenchido com os dados da pessoa que for retirar as fórmulas nutricionais especiais, quando o usuário estiver impossibilitado;

IV. Prescrição médica/nutricional original e atualizada, escrita à tinta, digitada em microcomputador, de forma legível,

datada, assinada e carimbada pelo prescritor do SUS ou de serviços cadastrados pelo SUS, contendo:

A. nome do usuário;
 B. preferencialmente a descrição das características da composição nutricional das fórmulas nutricionais especiais, sem indicação de marca;
 C. apresentação (recipiente, volume)
 c.1. posologia;
 c.2. tempo de duração do tratamento;
 c.3. assinatura do prescritor com o número de inscrição no respectivo Conselho Regional e endereço onde desempenha sua atividade profissional;

V. Laudo médico/ nutricional detalhado contendo diagnóstico da doença relacionada com a necessidade de tal fórmula, história terapêutica prévia, para efeitos com uso de outras fórmulas, e demais informações que possam auxiliar na análise da solicitação;

VI. Idade, peso, estatura/altura, diagnóstico do estado nutricional e da capacidade absorptiva, além da via de administração da alimentação;

VII. Outro(s) tipo(s) e frequência de fórmulas nutricionais especiais recebidos;

VIII. Cópia dos exames complementares que comprovem o agravo para o qual está(ão) sendo pedido(s) a(s) fórmulas nutricionais especiais;

IX. Validade da receita médica/nutricional;

X. Comprovante de residência do usuário ou de seu representante legal e, quando possível o nº de telefone para contato.

Art.2º- A Comissão Multidisciplinar de Apoio, Monitoramento, Acompanhamento e Execução desta Secretária designada pela portaria Nº 128/SESPA de 19/01/2015, que será responsável pela avaliação e autorização da solicitação.

Art. 3º - A presente Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

DE-SE CIÊNCIA, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

GABINETE SESPA,
 VITOR MANUEL JESUS MATEUS
 ECETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO E COMPROMISSO DO FORNECIMENTO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS ESPECIAIS

Eu, _____, Paciente / responsável pelo paciente _____, abri o processo nº _____ solicitando fórmula nutricional especial, li e concordo com os termos abaixo discriminados:

1. A entrega da fórmula nutricional especial ocorre na Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde Pública (CAF/DEAF/SESPA);

2. A CAF entrará em contato logo após a aquisição da fórmula nutricional especial, para que o responsável possa fazer a retirada. Caso não receba essa ligação, o paciente/responsável deverá entrar em contato pelo pelos telefones (91) 40064806/4805 para obter maiores informações;

3. A fórmula nutricional especial adquirida pela SESPA corresponde a especificações técnicas, desta forma, durante o tratamento nutricional o paciente/responsável poderá receber produtos com nomes comerciais diferentes, porém o paciente terá a garantia da similaridade do produto com o prescrito para a patologia de base apresentada (Lei nº 8666/1993);

4. Caso a fórmula nutricional especial não seja retirada da CAF/DEAF/SESPA no prazo de 15 dias a partir da data de contato, a mesma poderá ser remanejada para outros pacientes;

5. Caso ocorra atraso por parte da SESPA em fornecer o benefício, o paciente/responsável será avisado via telefone pela CAF/DEAF/SESPA;

6. O fornecimento de fórmula nutricional especial será feito para o prazo máximo de 90 dias para cada processo;

7. Um novo fornecimento de fórmula nutricional especial só será possível, mediante abertura de novo processo;

8. O paciente/responsável está consciente de que não poderá, sob hipótese alguma, comercializar ou doar produtos recebidos pela SESPA, e que estes são exclusivos para uso no domicílio do paciente;

9. A liberação integral ou parcial da fórmula nutricional especial solicitada depende da avaliação nutricional, social e jurídica.

De acordo,
 Assinatura: _____
 Paciente/responsável pelo paciente

ANEXO 2 FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo: _____
 Sexo: () M () F Data de nascimento (DN): ____/____/____

CPF: _____ RG: _____
 CNS: _____

Nome completo do responsável: _____
 D.N: _____ CPF: _____
 RG: _____

Endereço: (rua,nº,bairro) _____
 Município de residência: _____

Telefone(s): _____
 UF: _____ CEP: _____
 E-mail: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal: _____ CID: _____

Outro (s) Diagnóstico (s) : _____ CID 's: _____

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:
 () Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo

() Síndrome de má absorção
 () Afagia / Disfagia por doença neurológica

() Desnutrição moderada a grave
 () Transtorno de mobilidade intestinal () Outro: _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso (Kg) : _____ () Atual () Estimado
 Estatura (cm): _____ () Atual () Estimado IMC _____

Laudo Nutricional: _____

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

() VO () TNE+VO () TNE EXCLUSIVA () TNE+TPP

VIA DE ACESSO

Sonda: () Nasogástrica () Nasoentérica () Gastrostomia () Jejunostomia
 Descritivo da fórmula solicitada: _____

Volume e fracionamento/dia _____ Total / Mês _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome do estabelecimento: _____ CN ES: _____

Nome do profissional: _____
 CRM/CRN _____
 CPF: _____

CNS: _____
 Endereço: (rua, nº, bairro) _____
 Município de residência: _____

Telefone(s): _____
 UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____
 Data: ____/____/____

ANEXO 3

LAUDO NUTRICIONAL PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA NUTRICIONAL ESPECIAL

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 RG: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO: _____
 MUNICÍPIO: _____

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

PROGRAMAÇÃO DIÁRIA DA DIETA:

APORTE CALÓRICO:

QUANTIDADE MENSAL:

JUSTIFICATIVA:

DESCRIÇÃO DA DIETA (NÃO CITAR MARCAS, COLOCAR CONSUMO DIÁRIO E MENSAL)

Nutricionista Assistente- CRN

Protocolo 882599