

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 172 – DOE de 10/09/11 – Seção 1 - p.30

**SECRETARIA DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Resolução SS - 89, de 9-9-2011

Aprova, no âmbito da Pasta, Norma de Serviço para o fluxo e critérios de solicitação administrativa para fornecimento de medicamento e nutrição enteral.

O Secretário de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando:
a Lei Federal - 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
o Decreto Federal - 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei - 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS,
o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, com especial atenção ao disposto nos artigos 27º, 28º e 29º.
a Portaria do GM/MS - 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, que tem entre suas prioridades a promoção do uso de medicamentos genéricos e do uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores.
a existência de Políticas Públicas de Saúde, definidas pelas portarias GM/MS - 4.217 de 28 de dezembro de 2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e GM/MS - 2.981 de 26 de novembro de 2009 que aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - 338, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, definindo como um de seus eixos estratégicos (art.2º, inciso I), a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;
a Resolução SS-126, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que os compõe;
A RDC-Anvisa - 63, de 6 de julho de 2000, que aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral;
a listagem padronizada de medicamentos do SUS, que é ferramenta importante para aplicação e efetividade da Política Nacional de Saúde, devendo ser respeitada e seguida pelos seus agentes, sempre que a mesma for satisfatória para atenção ao caso; que essa via administrativa deve analisar o benefício e segurança do medicamento, atendendo aos casos em que as terapias disponibilizadas pelo SUS podem ser complementadas por meio da melhor evidencia disponível na literatura científica.
Resolve:

Artigo 1º – Aprovar, no âmbito da Pasta, Norma de Serviço cuja implantação se dará em conformidade ao disposto nos anexos, enquanto parte integrante da presente Resolução, visando o estabelecimento de fluxo e critérios de solicitação administrativa para fornecimento de medicamento e nutrição enteral.

Artigo 2º – Esta Resolução contém os anexos:

Anexo I – Norma de Serviço para o fluxo e critérios de solicitação administrativa para fornecimento de medicamento e nutrição enteral;

Anexo II - Laudo para avaliação de solicitação administrativa de medicamento;

Anexo III - Laudo para avaliação de solicitação administrativa de nutrição enteral.

Artigo 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Secretario de Estado da Saude
Giovanni Guido Cerri

Anexo I

(Resolução SS-89, de 09 de setembro de 2011)

Norma de Serviço para o fluxo e critérios de solicitação administrativa para fornecimento de medicamento e nutrição enteral

1. A solicitação administrativa de medicamento e nutrição enteral dirigida à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo deverá conter os documentos abaixo relacionados:

1.1. Laudo para avaliação de solicitação administrativa de medicamento ou nutrição enteral, a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, devidamente preenchido, de forma completa e legível, por profissional responsável pela prescrição ao paciente interessado;

1.2. Receita de medicamento ou de nutrição enteral, preenchida de forma completa e legível, em duas vias, no receituário profissional ou institucional, contendo:

- a) nome completo do paciente;
- b) nome genérico sem códigos ou abreviaturas;
- c) posologia e duração total do tratamento;
- d) nome do profissional e seu número de inscrição no respectivo Conselho Regional do Estado de São Paulo;
- e) data, assinatura e carimbo do profissional;
- f) endereço completo do local de trabalho do profissional (unidade de saúde pública ou privada - hospital, ambulatório ou consultório médico).

1.3. Cópias de documentos pessoais do interessado:

- a) Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- b) Registro Geral (RG);
- c) Comprovante de residência com Código de Endereçamento Postal (CEP);
- d) Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Em caso de solicitação administrativa para menores de idade, que não possuam CPF ou RG, apresentar a cópia da Certidão de Nascimento e documento do responsável.

1.4. Cópia de exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral solicitado. A SES/SP poderá solicitar outros exames, quando julgar necessário.

2. O profissional prescritor do receituário deverá ser obrigatoriamente o mesmo a preencher o Laudo para avaliação de solicitação administrativa de medicamento ou nutrição enteral.

3. Para protocolar a solicitação administrativa, as receitas terão validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua prescrição.

4. Somente será recebida solicitação administrativa de medicamento ou nutrição enteral com registro na Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com autorização e comercialização no país.

5. Somente será recebida solicitação administrativa de medicamento ou nutrição enteral que não esteja contemplado nos Programas Oficiais de Assistência Farmacêutica.

6. Somente será recebida solicitação administrativa de medicamento ou nutrição enteral para o tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial de pacientes residentes no Estado de São Paulo.

7. Não será recebida solicitação administrativa de fórmula de manipulação.

8. Não será recebida solicitação administrativa de associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS.

9. A análise da solicitação administrativa será realizada por Comitê Técnico da Assistência Farmacêutica da SES/SP.

10. A solicitação administrativa autorizada resultará no fornecimento por período máximo de:

- a) 120 (cento e vinte) dias para nutrição enteral;
- b) 180 (cento e oitenta) dias para medicamento.

11. Para renovação da solicitação administrativa, deverão ser apresentados a receita médica e o Laudo para avaliação de solicitação administrativa de medicamento ou nutrição enteral atualizados, além de exames comprobatórios da efetividade e segurança do tratamento.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Laudo para avaliação de solicitação
administrativa de nutrição enteral

ANEXO II - Resolução SS-89, de 09 de setembro de 2011

(O preenchimento deste laudo deverá estar de acordo com a resolução SS89/2011)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		
Bairro:	Município:	UF: SP
CEP:	Telefone (s):	
E-mail:		

2. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal:	CID:
Há quanto tempo:	
Outro (s) Diagnóstico (s):	CID (s):

2.2 Casos Oncológicos: Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica. Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:			
2.3 Informar data e resultados da realização dos exames complementares relevantes (anexar cópia):			
2.4 Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:			
<input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo.		<input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção.	
<input type="checkbox"/> Afagia / Disfagia por doença neurológica.		<input type="checkbox"/> Desnutrição moderada a grave.	
<input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal.		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL			
Peso:	Atual <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/>	Peso há 6 meses:	IMC:
Altura:	Atual <input type="checkbox"/> Estimado <input type="checkbox"/>	Perda de peso nos últimos 6 meses: %	
Circunferência do braço:		Prega cutânea trióptica:	
Possui úlcera por pressão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Local:		Grau:	
15			
Observações complementares:			
3.1 Para crianças - Curvas de crescimento (especificar percentis):			
P / I:	E / I:	P / E:	
4. ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL			
4.1 Tipo de alimentação:			
<input type="checkbox"/> VO (Crianças)		<input type="checkbox"/> TNE + VO	<input type="checkbox"/> TNE exclusiva
<input type="checkbox"/> TNE + NPP			
4.2 Via de acesso:			
Sonda: <input type="checkbox"/> Nasogástrica		<input type="checkbox"/> Nasoduodenal	<input type="checkbox"/> Nasojejunal
Estomia: <input type="checkbox"/> Gastrostomia		<input type="checkbox"/> Jejunostomia	
4.3 Justificar se não utiliza estomia para alimentação:			
4.4 Nutrição enteral utilizada:			
Denominação Genérica		Posologia	Tempo de tratamento
5. TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA			
A - Fórmula padrão para lactentes:		C - Fórmula especializada para lactentes:	
<input type="checkbox"/> Polimérica até 06 meses de idade (de partida)		<input type="checkbox"/> Elementar <input type="checkbox"/> Metabólica	
<input type="checkbox"/> Polimérica maiores de 06 meses de idade (seguimento)		<input type="checkbox"/> Semielementar	
B - Fórmula padrão (isenta de sacarose):		D - Fórmula especializada:	
<input type="checkbox"/> Normocalórica, normoproteica		<input type="checkbox"/> Elementar	
<input type="checkbox"/> Hipercalórica, hiperproteica		<input type="checkbox"/> Semielementar	
6. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE			
Nome do estabelecimento:			
CNES:			
Nome do profissional médico:			
CPF:		Nº CRM:	
Endereço:			
Bairro:		Município:	UF: SP
CEP:		Telefone (s):	
E-mail:			
Data: ____ / ____ / ____			
_____ Assinatura e carimbo (Médico)		_____ Assinatura e carimbo (Nutricionista)	
7. USO RESTRITO DA SES/SP			

