

Diário Oficial dos Municípios

do Sudoeste do Paraná—DIOEMS

Sexta-Feira, 09 de Outubro de 2015

Instituído pela Resolução 001 de 04 de Outubro de 2011

Ano IV – Edição Nº 0955

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOIS VIZINHOS

LEI Nº 2029/2015

Institui Programa de distribuição de fraldas geriátricas, leite e dietas alimentares especiais, leite pasteurizado e óculos.

A Câmara Municipal de Dois Vizinhos, Estado do Paraná, aprovou e eu Dib Mohamad Nabhan Junior, Prefeito em exercício de Dois Vizinhos, sanciono a seguinte, LEI:

Art. 1º—Cria e implanta o Programa Municipal de Distribuição de fraldas geriátricas, leite e dietas alimentares especiais, leite pasteurizado e óculos o qual deverá funcionar conforme as diretrizes e normas no Anexo I desta Lei.

Art. 2º—Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Executivo Municipal de Dois Vizinhos, Paraná, aos oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e quinze, 54º ano de emancipação.

Dib Mohamad Nabhan Junior

Prefeito em exercício

ANEXO I

Leites e dietas alimentares especiais

Infantil (0 a 6 meses):

Segundo o caderno de atenção básica nº 23 e 33, o Ministério da saúde preconiza os seguintes volumes e nº de refeições diárias, conforme tabela abaixo:

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições/dia
Do nascimento a 30 dias	60 – 120ml	6 a 8
30 a 60 dias	120 – 150ml	6 a 8
2 a 3 meses	150 – 180ml	5 a 6
3 a 4 meses	180 – 200ml	4 a 5
> 4 meses	180 – 200ml	2 a 3

(Fonte: BRASIL, 2012)

Estes valores são aproximados, de acordo com a variação do peso corporal e idade da criança. Os valores de volume e refeições devem ser pré-definidos, pelo médico pediatra e/ou nutricionista do SUS, no momento da avaliação para indicação da fórmula correta e serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde no percentual de 50% do recomendado ou de acordo com a possibilidade orçamentária do Município, considerando o Princípio da Reserva do Possível.

A concessão de leites e dietas especiais deverá obrigatoriamente preencher os requisitos nas três avaliações (médica, nutricional e social) quando exigido.

Descrição da fórmula láctea:

Fórmula infantil de partida nº1 para lactentes até os 6 meses de vida, com proteínas lácteas.

Critérios:

Avaliação do pediatra do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID e anotação na caderneta de vacinas;

Avaliação nutricional;

Fissura lábio palatal ou outras patologias que comprometam a sucção, interfiram no estado nutricional e impeçam a amamentação até 12 meses de idade;

Crianças com alimentação através de sonda;

Doença materna que contra indique a amamentação (comprovada através de relatório médico SUS), malformações e neoplasias da mama, doença psiquiátrica grave, utilização de medicamentos que contra indiquem a amamentação conforme as recomendações do Ministério da Saúde;

Infecção materna por HIV;

Prematuridade/gemelaridade com sequelas e comprometimento nutricional; doenças congênitas graves e comprometimento nutricional; crianças classificadas dentro dos parâmetros (<Escore-z -3 ou ≥ Escore-z -3 e <Escore-z -2) definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

Participar obrigatoriamente no grupo de orientações para introdução de alimentos a partir do quarto mês de idade da criança;

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Dietas especiais

Tipo I: Alimento em pó para nutrição oral ou enteral para crianças a partir de 1 ano de idade, nutricionalmente completo e rico em vitaminas e minerais. Permite preparo nas diluições 1,0kcal/ml, 1,25kcal/ml e 1,5kcal/ml. Pode ser adicionado diretamente nos alimentos. Isento de lactose.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado.

Critérios:

Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

Avaliação e acompanhamento nutricional;

Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

Crianças em risco nutricional, desnutridas ou com desaceleração do crescimento, classificadas dentro dos parâmetros (<Escore-z -3 ou ≥ Escore-z -3 e <Escore-z -2) definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

Com doenças crônicas (ex. fibrose cística, cardiopatias, doença celíaca, câncer, etc), anorexia, estomatite, restrição hídrica, em pré ou pós-operatório;

Diário Oficial dos Municípios

do Sudoeste do Paraná – DIOEMS

Sexta-Feira, 09 de Outubro de 2015

Instituído pela Resolução 001 de 04 de Outubro de 2011

Ano IV – Edição Nº 0955

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo II: Fórmula isolada de soja, 100% proteína isolada de soja, enriquecida com minerais e vitaminas.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado.

Critérios:

Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

Avaliação e acompanhamento nutricional;

Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

Crianças que tenham mantido aleitamento materno e realizado dieta de exclusão materna, de leite de vaca e derivados;

Crianças com alergia a proteína do leite de vaca (APLV);

Intolerância a lactose.

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo III: Dieta semi-elementar e hipoalergênica, à base de proteína extensamente hidrolisada de soro do leite, TCM, óleos vegetais, de Mortierella alpina e de peixe; maltodextrina, vitaminas, minerais, nucleotídeos e oligoelementos. Isento de lactose, sacarose, frutose e glúten.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado.

Critérios:

Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

Avaliação e acompanhamento nutricional;

Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

Crianças desde o nascimento;

Crianças que apresentem comprometimento nutricional: até a melhora do estado nutricional (comprovada através de laudo médico e nutricional), classificadas dentro dos parâmetros (<Escore-z -3 ou ≥ Escore-z -3 e <Escore-z -2) definidos na Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

Apresentar alergia à proteína do leite de vaca e/ou soja;

Crianças com intolerância a lactose, sem resposta a fórmula de isolado de soja;

Crianças com APLV IgE mediada, sem resposta a fórmula isolada de soja;

Crianças com APLV IgE não mediada;

Distúrbios absorptivos ou outras condições clínicas que requerem uma terapia nutricional com dieta ou fórmula semi-elementar e hipoalergênica;

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo IV: Suplemento oral especialmente planejado para oferecer nutrição completa e balanceada. Dieta Normocalórica e normoproteica, rica em vitaminas e sais minerais. Contém 28 vitaminas e minerais essenciais, inclusive antioxidantes, como as vitaminas C e E, selênio, zinco e beta-caroteno. Isento de lactose e glúten. Para adultos e crianças maiores de 4 anos. Contém sacarose. Densidade Calórica: 1,0Kcal/ml.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado seguindo os seguintes critérios:

Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

Avaliação e acompanhamento nutricional;

Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

Alimentação através da sonda,

Situações de comprometimento nutricional (comprovar através de avaliação médica e/ou nutricional) que necessitem de suplementação:

Doenças alérgicas e imunológicas,

Neoplasia

Doenças do esôfago

Desnutrição

Doenças neurológicas

Doenças degenerativas

Distúrbio de absorção de nutrientes

Doenças pulmonares

Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.

Tipo V: Fórmula líquida padrão, nutricionalmente completa, normocalórica, normoproteica e normolipídica. 1200 kcal/L. Com 100% proteína da soja. Criada especialmente para atender as necessidades nutricionais na manutenção ou recuperação do estado nutricional de pacientes. Dieta isenta de sacarose, lactose e glúten.

Serão subsidiados pela Secretaria Municipal de Saúde 50% do recomendado seguindo os seguintes critérios:

Avaliação do médico do SUS que deverá preencher a ficha de avaliação (Anexo II) com CID;

Avaliação e acompanhamento nutricional;

Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;

Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;

Alimentação através da sonda,

Situações de comprometimento nutricional (comprovar através de avaliação médica e/ou nutricional) que necessitem de suplementação:

Doenças alérgicas e imunológicas,

Diário Oficial dos Municípios do Sudoeste do Paraná – DIOEMS

Sexta-Feira, 09 de Outubro de 2015

Instituído pela Resolução 001 de 04 de Outubro de 2011

Ano IV – Edição Nº 0955

Neoplasia
Doenças do esôfago
Desnutrição
Doenças neurológicas
Doenças degenerativas
Distúrbio de absorção de nutrientes
Doenças pulmonares
Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.
Leite Pasteurizado Integral 1l fresco:
Avaliação deve ser realizada pelos profissionais integrantes do SUS em âmbito municipal.
Critérios:
Avaliação nutricional: desnutrição e insegurança nutricional—crianças acima de três anos com baixo peso, gestantes com recomendação médica e nutricional de suplementar alimentação, idosos em risco nutricional que não esteja utilizando outra suplementação alimentar;
Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho;
Ficha de avaliação (Anexo II) preenchida pelo médico do SUS com CID;
Reavaliação nutricional e médica a cada seis meses;
Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao Município, RG, CPF, comprovante de residência) e carteira de vacinação em dia;
Residir há um ano no município;
Será atendido pelo programa apenas um beneficiário por família;
Haverá desligamento do programa por três (03) faltas consecutivas ou cinco (05) faltas alternadas, e/ou ausência de assinatura mensal na listagem de entrega.
Renda per capita 50% do salário mínimo nacional;
Local e horário de distribuição: serão disponibilizados locais de entrega e horário determinados por resolução do CMS.

Fraldas geriátricas descartáveis Critérios: Serão atendidos os pacientes portadores nas seguintes situações: Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. Ficha de avaliação (Anexo III) preenchida pelo médico do SUS com CID; Avaliação deve ser realizada pelos profissionais integrantes do SUS em âmbito municipal; Não serão atendidos pacientes assistidos em planos de saúde e/ou outros serviços privados; A ficha de avaliação médica terá validade de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da mesma; Não serão atendidos pacientes institucionalizados, mas apenas aqueles em cuidados domiciliares; Serão fornecidas a quantidade máxima diária de 6 (seis) unidades. O fornecimento será realizado mensalmente na Farmácia Municipal; A equipe de saúde de referência do paciente deverá realizar reavaliações semestrais na residência do paciente, com objetivo de definir a necessidade de continuidade do atendimento; Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho.

Óculos:
Critérios:
Prescrição de óculos realizado por oftalmologista do SUS para pessoas acima de 14 anos;
Preenchimento de cadastro com cópia de documentos (Cartão SUS vinculado ao município, documentos pessoais) e carteira de vacinação em dia.
Serão concedidos apenas óculos com lente focal e bifocal fornecidos conforme processo licitatório correspondente;
Apresentar comprovante de residência e residir no mínimo há um ano no município;
Avaliação social: condições socioeconômicas, acesso aos serviços, moradia, condições de trabalho.
Fluxograma
Avaliação, indicação e preenchimento da ficha de solicitação pelo médico;
Avaliação nutricional quando necessário;
Avaliação social quando necessário;
Serviço Social da SMS realizará o cadastro e liberação de todos os benefícios, bem como o arquivo de todos os documentos, realizando a avaliação quando exigido pelo presente;
Farmácia Municipal realizará a dispensação do leite infantil, das dietas especiais e fraldas geriátricas;
O leite pasteurizado será entregue nos locais determinados através de resolução do CMS.
Anexo II

Ficha de avaliação para fornecimento de leites e dietas especiais
Deve ser preenchida pelo médico que acompanha o paciente (SUS) até o item D.
A) Identificação Nome: _____ D.N.: ____/____/____ Nome do profissional: _____ ESF de Referência: _____
B) Sinais e sintomas clínicos:
CID: _____

Diário Oficial dos Municípios

do Sudoeste do Paraná – DIOEMS

Sexta-Feira, 09 de Outubro de 2015

Instituído pela Resolução 001 de 04 de Outubro de 2011

Ano IV – Edição Nº 0955

C) Solicitação <input type="checkbox"/> Infantil (0 a 6 meses) <input type="checkbox"/> Leite Pasteurizado		<input type="checkbox"/> Fórmula Tipo I <input type="checkbox"/> Fórmula Tipo II <input type="checkbox"/> Fórmula Tipo III <input type="checkbox"/> Fórmula Tipo IV <input type="checkbox"/> Fórmula Tipo V	
D) Avaliação da condição nutricional Peso: Altura:			
Data: ___/___/___		Carimbo:	
E) Conduta: <input type="checkbox"/> No momento não preenche os critérios <input type="checkbox"/> Liberado fornecimento de ___ latas/litros por mês, por ___ meses.			
Anexar avaliação nutricional e social caso seja requisito obrigatório.			

Anexo III

Ficha de avaliação para fornecimento de fraldas geriátricas	
Deve ser preenchida pelo médico que acompanha o paciente (SUS) até o item C.	
A) Identificação Nome: _____ D.N.: ___/___/___ Nome do profissional: _____ ESF de Referência: _____	
B) Sinais e sintomas clínicos: CID: _____	
C) Solicitação	Tamanho: <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> EG
Data: ___/___/___	Carimbo:
D) Conduta: <input type="checkbox"/> No momento não preenche os critérios <input type="checkbox"/> Liberado fornecimento de ___ fraldas por mês, por ___ meses.	
Obrigatório anexar avaliação social	

Cod161031