



NOTA TÉCNICA nº 3/2022 DIAF/SPS/SES/SC

Assunto: Atualização de Documentos de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Disponibilização de Medicamentos.

Considerando a Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXVIII - Título IV - Trata das regras de Financiamento e Execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAf, no âmbito do SUS;

Considerando a Retificação da Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União nº 71 de 13/04/2018;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Título V - Capítulos II e III - Trata do Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Portaria GM/MS nº 13 de 06 de janeiro de 2020 que altera o título IV anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS de 28 de setembro de 2017 e que, no artigo 90, parágrafo 1º, define que cada LME poderá corresponder a até duas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs) de três competências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.114, DE 30 de dezembro de 2021, que dispõe sobre as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos de programas estratégicos, sob a gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.848 de 06 de novembro de 2007 que publica a Tabela Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) - SIGTAP;

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/MS nº 40 de 18 de setembro de 2020 que torna pública a decisão de incorporar o Risanquizumabe para pacientes adultos com psoríase em placas moderada a grave, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

GETEC/LMSG/ARB



Rua Esteves Júnior, nº 390 –Anexo I SES – 1º andar - Centro –
Florianópolis / SC - 88015-130
Telefone: (48) 3665 4508 / 3664 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/MS nº 18, de 14 de outubro de 2021, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase;

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/MS nº 22 de junho de 2021, que torna pública a decisão de incorporar o Mepolizumabe para o tratamento de pacientes com asma eosinofílica grave refratária, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), e não incorporar o benralizumabe para o tratamento de pacientes com asma eosinofílica grave refratária, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 14 de 24 de agosto de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes de Asma;

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/MS nº 66, de 28 de dezembro de 2020, que torna pública a decisão de incorporar o Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, e incorporar o Brometo de Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol para o tratamento de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica graves e muito graves (estágio 3 e 4), com alto risco (C e D) e demais critérios definidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/SAES/MS nº 19/2021 de 22 de novembro de 2021, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;

Considerando a Portaria Conjunta SAES/MS nº 1.230, de 22 de dezembro de 2021, que inclui procedimentos e altera atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo Mepolizumabe 100 mg/ml solução injetável para os CID-10: J45.0, J45.1 e J45.8; Brometo de Umeclidínio 62,5 mcg + Trifenatato de Vilanterol 25 mcg (pó inalante) e Brometo de Tiotrópio Monoidratado 2,5 mcg + Cloridrato de Olodaterol 2,5 mcg (pó inalante) para os CID-10: J44.0, J44.1 e J44.8. e alterando a nomenclatura do medicamento Sacubitril + Valsartana em todas as suas apresentações;

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/MS nº 35/2021 de 08 de julho de 2021, que torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Enoxaparina 60 mg/0,6 mL injetável para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia;

Considerando a Portaria Conjunta SCTIE/MS nº 23, de 21 de dezembro de 2021, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 02 de 07 de janeiro de 2019, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Acromegalia;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 1160, de 18 de novembro de 2015, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hiperprolactinemia;

GETEC/LMSG/ARB



Rua Esteves Júnior, nº 390 –Anexo I SES – 1º andar - Centro –
Florianópolis / SC - 88015-130
Telefone: (48) 3665 4508 / 3664 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br





Considerando a RDC ANVISA/MS nº 11, DE 22 de março de 2011, que dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha;

Considerando a RDC ANVISA/MS nº 50, de 11 de novembro de 2015, que dispõe sobre a atualização do Anexo III, indicações previstas para tratamento com a Talidomida, da RDC nº 11 de 22 de março de 2011;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico no SUS;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 45, de 16 de dezembro de 2014, que torna pública a decisão de ampliar o uso da talidomida para tratamento da síndrome mielodisplásica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 493, DE 11 de junho de 2015 que aprova o Protocolo de uso da talidomida no tratamento da síndrome mielodisplásica;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 100, de 7 de fevereiro de 2013, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 708, de 6 de agosto de 2015, que aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Mieloma Múltiplo;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/MS nº 298 de 21 de março de 2013, que atualiza os protocolos de uso da Talidomida no tratamento da Doença Enxerto Contra Hospedeiro e do Mieloma Múltiplo;

Considerando a Portaria SES/SC nº 613 de 16 de junho de 2011 que institui o SISMEDEX como sistema operacional oficial do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em Santa Catarina;

Considerando a Deliberação CIB nº 398/2014, que aprova as competências das esferas estadual e municipal para a operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado;

Divulgamos as atualizações de Resumos dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e demais documentos para Solicitação de Medicamentos do CEAF e inclusão de medicamentos.

Foram atualizados os documentos das patologias no que cabe:

- **Psoríase:** foi publicada atualização da Portaria pelo Ministério da Saúde com inclusão do medicamento Risanquizumabe 75 mg/0,83 mL (solução injetável, por seringa preenchida) - **Medicamento ainda não disponível para solicitação.** Foram revisados e atualizados o Resumo e o Formulário Médico Obrigatório. Disponibilizados o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

GETEC/LMSG/ARB



Rua Esteves Júnior, nº 390 –Anexo I SES – 1º andar - Centro –
Florianópolis / SC - 88015-130
Telefone: (48) 3665 4508 / 3664 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br



- **Asma:** foram revisados e atualizados o Resumo e o Formulário Médico Obrigatório. Foi disponibilizado o medicamento Mepolizumabe 100 mg/ml solução injetável para os CID 10 J450, J451 e J458. Foi desenvolvido modelo sugestivo de Declaração para Não Apresentação da Espirometria em função da Pandemia de Covid-19.

- **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica:** foi publicada atualização da Portaria pelo Ministério da Saúde. Foram revisados e atualizados Resumo e Formulário Médico Obrigatório. Foi disponibilizado o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade. Foram disponibilizados os medicamentos Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol 62,5 mcg + 25 mcg (frasco 30 doses); Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol 2,5 mcg + 2,5 mcg (solução para inalação) para os CID-10: J44.0 J44.1 e J44.8.

Foi desenvolvido modelo sugestivo de Declaração para Não Apresentação da Espirometria em função da Pandemia de Covid-19.

- **Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia:** foi publicada atualização da Portaria pelo Ministério da Saúde com a inclusão de Enoxaparina na apresentação 60 mg/0,6 mL para os CID-10: D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3 e O22.5. Apresentação ainda não disponível para solicitação. Foram atualizados o Resumo e o Formulário Médico Obrigatório. Disponibilizado o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

- **Acromegalia:** foi revisado e atualizado o Resumo.

- **Hiperprolactinemia:** foi revisado e atualizado o Resumo.

- **Talidomida no Lúpus Eritematoso:** foi revisado e atualizado o Resumo.

- **Talidomida no Mieloma Múltiplo:** foi revisado e atualizado o Resumo.

- **Talidomida na Doença do Enxerto Contra Hospedeiro:** foi revisado e atualizado o Resumo.

- **Talidomida na Síndrome Mielodisplásica:** foi revisado e atualizado o Resumo.

Os Resumos dos PCDTs e demais documentos estão disponíveis no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde: www.saude.sc.gov.br → Profissionais de Saúde → Assistência Farmacêutica - DIAF → Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF → Protocolos Clínicos, Termos de Esclarecimento e Responsabilidade (TER), Resumos e Formulários Médicos do MS e SES/SC.

As Unidades de Assistência Farmacêutica terão **prazo de 30 dias** a partir da divulgação desta Nota Técnica para adaptação às modificações dos PCDTs.

GETEC/LMSG/ARB



Rua Esteves Júnior, nº 390 –Anexo I SES – 1º andar - Centro –
Florianópolis / SC - 88015-130
Telefone: (48) 3665 4508 / 3664 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Florianópolis, 28 de janeiro de 2022.

(assinado digitalmente)

Graziella Melissa Scarton Buchrieser

Gerente Técnica da Assistência Farmacêutica

(assinado digitalmente)

Adriana Heberle

Diretora da Assistência Farmacêutica

GETEC/LMSG/ARB



Rua Esteves Júnior, nº 390 –Anexo I SES – 1º andar - Centro –
Florianópolis / SC - 88015-130
Telefone: (48) 3665 4508 / 3664 4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br





Assinaturas do documento



Código para verificação: **F635XX9Q**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

✓ **GRAZIELLA MELISSA SCARTON BUCHRIESER** (CPF: 029.XXX.799-XX) em 28/01/2022 às 16:12:37
Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/04/2019 - 15:38:53 e válido até 01/04/2119 - 15:38:53.
(Assinatura do sistema)

✓ **ADRIANA HEBERLE** (CPF: 534.XXX.319-XX) em 28/01/2022 às 17:32:57
Emitido por: "SGP-e", emitido em 22/08/2019 - 12:38:26 e válido até 22/08/2119 - 12:38:26.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwMDY4NTVfNjkzN18yMDIyX0Y2MzVYWDIR> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00006855/2022** e o código **F635XX9Q** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.

DPOC – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA		
Portaria SAS/MS nº 19 – 16/11/2021		
Medicamento	BUDESONIDA	FORMOTEROL
CID 10	J44.0, J44.1, J44.8	
Apresentação	a) 200 mcg (cápsulas, frasco dose); b) 400 mcg (cápsulas, frasco dose);	12 mcg (cápsulas, frasco dose).
Inclusão	<p>Pacientes com diagnóstico clínico E funcional de DPOC, de acordo com o PCDT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas respiratórios crônicos: tosse, expectoração, sibilância e/ou dispneia, respiração ofegante, sensação de opressão torácica; • Fatores de risco: idade superior a 40 anos, tabagismo ou inalação de gases irritantes ou de material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar; fatores genéticos; história familiar; fatores relacionados à infância. • Espirometria demonstrando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo, com resultado de VEF1/CVF inferior a 70% após teste com o broncodilatador (Pós-BD). <p>Mudanças de posologia (realizado pela Unidade):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatório relato médico do estágio ou grau da DPOC para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação. No aumento ou redução da dosagem para Estágio I (Leve) ou II (Moderada) não há exigência de especialista. <p>Mudanças de medicamentos (encaminhar para avaliação central – DIAF/SC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatório relato médico do estágio ou grau da DPOC para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação. 	
Anexos Obrigatórios	Formulário médico para DPOC completamente preenchido – validade 90 dias; Espirometria completa com laudo, assinatura e carimbo médico, incluindo o resultado da prova farmacodinâmica após teste com o broncodilatador (Pós-BD).	
Administração	800 a 1600 mcg/dia.	12 a 24 mcg, 2x/dia; Dose máxima diária: 48 mcg.
Prescrição Máxima Mensal	a) 248 cápsulas. b) 124 cápsulas.	124 cápsulas.
Monitoramento	Realizar anualmente espirometria completa com laudo.	
Exclusão	Pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso).	
Tempo de Tratamento	Indeterminado.	
Medicamento	FORMOTEROL + BUDESONIDA	
CID 10	J44.0, J44.1, J44.8	
Apresentação	a) 6 mcg + 200 mcg (cápsulas); b) 6 mcg + 200 mcg (frasco 60 doses); c) 12 mcg + 400 mcg (cápsulas); d) 12 mcg + 400 mcg (frasco 60 doses).	
Inclusão	<p>Pacientes com diagnóstico clínico E funcional de DPOC, de acordo com o PCDT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomas respiratórios crônicos: tosse, expectoração, sibilância e/ou dispneia; respiração ofegante, sensação de opressão torácica; • Fatores de risco: idade superior a 40 anos, tabagismo ou inalação de gases irritantes ou de material particulado em ambiente ocupacional ou domiciliar; fatores genéticos; história familiar; fatores relacionados à infância; 	

Inclusão (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> • Espirometria demonstrando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo, com resultado de VEF1/CVF inferior a 70% após teste com o broncodilatador (Pós-BD). <p>Mudanças de posologia (realizado pela Unidade):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatório relato médico do estágio ou grau da DPOC para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação. No aumento ou redução da dosagem para Estágio I (Leve) ou II (Moderada) não há exigência de especialista. <p>Mudanças de medicamentos (encaminhar para avaliação central – DIAF/SC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatório relato médico do estágio ou grau da DPOC para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação.
Anexos Obrigatórios	Formulário médico para DPOC completamente preenchido – validade 90 dias; Espirometria completa com laudo, assinatura e carimbo médico, incluindo o resultado da prova farmacodinâmica após teste com o broncodilatador (Pós-BD).
Administração	Doses máximas diárias: a) 8 cápsulas; b) 12 doses; c) 4 cápsulas; d) 6 doses.
Prescrição Máxima Mensal	a) 248 cápsulas; b) 6 frascos; c) 124 cápsulas; d) 3 frascos.
Monitoramento	Realizar anualmente espirometria completa com laudo.
Exclusão	Pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso).
Tempo de Tratamento	Indeterminado.
Medicamento	BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL
CID 10	J44.0, J44.1, J44.8
Apresentação	62,5 mcg + 25 mcg (pó inalante em frasco com 30 doses).
Inclusão	<p>Pacientes com diagnóstico clínico e funcional de DPOC grave ou muito grave (Quadro 1), com baixo risco Grupo B* OU alto risco Grupos C* ou D* (Quadro 2).</p> <p>Idade mínima: 18 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> * Grupo B - Não responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com VEF1 < 50% persistente por 12 - 24 semanas OU nos casos de pneumonia. * Grupo C - Não responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com VEF1 < 50% persistente por 12 - 24 semanas OU nos casos de pneumonia. * Grupo D - Não responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com VEF1 < 50% persistente por 6 - 10 semanas OU nos casos de pneumonia.
Anexos Obrigatórios	Formulário médico para DPOC completamente preenchido (validade de 90 dias); Espirometria completa com laudo, assinatura e carimbo médico, incluindo o resultado da prova farmacodinâmica após teste com o broncodilatador (Pós-BD).
Administração	Inalação oral. Doses máximas diárias: 1 dose ao dia sempre no mesmo horário
Prescrição Máxima Mensal	1 frasco dose (30 doses)
Monitoramento	Realizar espirometria completa com laudo de três a seis meses, a critério médico.
Exclusão	Pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso). Pacientes com alergia grave à proteína do leite.
Tempo de Tratamento	Indeterminado.

Medicamento	TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL	
CID 10	J44.0, J44.1, J44.8	
Apresentação	2,5 mcg + 2,5 mcg (solução para inalação oral)	
Inclusão	<p>Pacientes com diagnóstico clínico e funcional de DPOC grave ou muito grave (Quadro 1), com alto risco Grupos C* ou D* (Quadro 2).</p> <p>Idade Mínima: 18 anos.</p> <p>* Grupo C - Não responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com VEF1 < 50% persistente por 12 - 24 semanas OU nos casos de pneumonia.</p> <p>* Grupo D - Não responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com VEF1 < 50% persistente por 6 - 10 semanas OU nos casos de pneumonia.</p>	
Anexos Obrigatórios	<p>Formulário médico para DPOC completamente preenchido – validade 90 dias;</p> <p>Espirometria completa com laudo, assinatura e carimbo médico, incluindo o resultado da prova farmacodinâmica após teste com o broncodilatador (Pós-BD).</p>	
Administração	<p>Inalação oral. Dois acionamentos consecutivos (totalizando 5 mcg + 5 mcg), que equivale a uma dose, por meio do inalador específico, uma vez ao dia, sempre no mesmo horário.</p>	
Prescrição Máxima Mensal	1 frasco dose (30 doses terapêuticas) com 60 acionamentos	
Monitoramento	Realizar espirometria completa com laudo de três a seis meses, a critério médico.	
Exclusão	Pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso).	
Tempo de Tratamento	Indeterminado.	
Associações Não Permitidas	<p>Formoterol + (Formoterol+Budesonida);</p> <p>(Formoterol OU Formoterol+Budesonida) + (Brometo de Umeclidínio+Trifenatato de Vilanterol);</p> <p>(Formoterol OU Formoterol+Budesonida) + (Brometo de Tiotrópio Monoidratado+Cloridrato de Olodaterol).</p>	
Validade dos Exames	<p>- Para Budesonida e Formoterol ou Formoterol + Budesonida:</p> <p>Espirometria completa com laudo: 12 meses.</p> <p>- Para Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol OU Brometo de Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol:</p> <p>Espirometria completa com laudo: 6 meses.</p>	
Especialidade Médica	Novas Solicitações e Adequações	Determinada pelo estágio ou grau da DPOC.
	Estágio I (Leve) ou II (Moderada)	Conforme PCDT não há exigência de especialidade.
	Demais Condições	Pneumologista.
	Renovações Sem Alterações	Conforme PCDT não há exigência de especialidade.
Observações:		
<ul style="list-style-type: none"> • O aconselhamento antitabagismo deve ser realizado em todos os casos de tabagismo ativo, independentemente do resultado da espirometria. 		

Quadro 1 - Classificação espirométrica da gravidade da DPOC (gravidade de obstrução) (GOLD, 2019)

ESTÁGIO	ESPIROMETRIA VEF ₁ /CVF inferior a 0,7
GOLD 1 (obstrução leve)	VEF ₁ ≥ 80% do previsto
GOLD 2 (obstrução moderada)	50% ≤ VEF ₁ < 80% do previsto
GOLD 3 (obstrução grave)	30% ≤ VEF ₁ < 50% do previsto
GOLD 4 (obstrução muito grave)	VEF ₁ < 30% do previsto

CVF: capacidade vital forçada; VEF₁: volume expiratório forçado em 1 segundo.

Quadro 2 - Classificação de risco da DPOC (GOLD) (GOLD 2018, 2019).

GRUPO	PERFIL DE SINTOMAS/EXACERBAÇÕES
<u>Grupo A</u> - Grupo de baixo risco, poucos sintomas:	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC < 2, OU CAT < 10.
<u>Grupo B</u> - Grupo de baixo risco, bastante sintomas:	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10.
<u>Grupo C</u> - Grupo de alto risco, poucos sintomas:	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC < 2, OU CAT < 10.
<u>Grupo D</u> - Grupo de alto risco, bastante sintomas:	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC ≥ 2, ou CAT ≥ 10.

Quadro 3 - Tratamento medicamentoso inicial e tratamento medicamentoso sem melhora clínica.

GRUPOS	TRATAMENTO INICIAL	TRATAMENTO SEM MELHORA CLÍNICA
<u>Grupo A</u> - Grupo de baixo risco, poucos sintomas; - No máximo uma exacerbação sem hospitalização nos últimos 12 meses (nenhuma exacerbação grave); - mMRC < 2.	Uso de Salbutamol, Fenoterol ou Brometo de Ipratrópio.	Nenhum.

<p>Grupo B</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baixo risco, bastante sintomas; - Nenhuma ou uma exacerbação moderada (sem hospitalização); - mMRC \geq 2. 	<p>Uso regular de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes/dia.</p>	<p>Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol.</p> <p>Nos casos de pneumonia OU VEF1 < 50% por 12- 24 semanas.</p>
<p>Grupo C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de alto risco com poucos sintomas; - Uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) ou duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; - mMRC < 2. 	<p>Uso regular de Formoterol ou salmeterol 2 vezes/dia.</p> <p>Se necessário uso de Salbutamol ou Brometo de Ipratrópio.</p>	<p>Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol OU</p> <p>Brometo de Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol.</p> <p>Nos casos de pneumonia OU VEF1 < 50% por 12- 24 semanas.</p>
<p>Grupo D</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de alto risco com muitos sintomas; - Uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) ou duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; - mMRC \geq 2. 	<p>Uso regular de Formoterol + Budesonida e Beclometasona.</p> <p>Se necessário uso de Salbutamol ou Brometo de Ipratrópio.</p>	<p>Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol OU</p> <p>Brometo de Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol.</p> <p>Nos casos de pneumonia OU VEF1 < 50% por 6-10 semanas.</p>

CID-10

J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior

J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada

J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica

DIAF
Diretoria de Assistência
Farmacêutica

Relação de Documentos para Solicitação de Medicamentos pelo CEAF

 saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10300-relacao-de-documentos-para-solicitacao-de-medicamentos-pelo-ceaf

- Resultado Busca
- Geral
- Relação de Documentos para Solicitação de Medicamentos pelo CEAF

Detalhes

Publicado: 24 Julho 2018

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, podem ser solicitados, no estado de Santa Catarina, através da apresentação de processo administrativo nas Unidades de Assistência Farmacêutica - UAF municipais* do estado, para conferência da documentação e cadastro da solicitação para posterior encaminhamento à Diretoria de Assistência Farmacêutica estadual - DIAF.

Na DIAF as solicitações serão analisadas segundo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde - MS e Protocolos Estaduais e os processos após avaliação serão encaminhados para o município de origem.

Nas Unidades de Assistência Farmacêutica municipais* serão dispensados os medicamentos aos pacientes que tiverem sua solicitação deferida.

* Para atendimentos iniciais de Transplantes e atendimentos emergenciais de Guillain-Barré e Púrpura Trombocitopênica, a solicitação e dispensação de medicamentos poderá ser realizada em UAF estaduais das Regionais de Saúde aptas para a realização desses atendimentos.

Para as solicitações de Medicamentos do Componente Especializado deverão ser apresentados os seguintes documentos:

1. Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado - LME - completamente preenchido, contendo o nome genérico do medicamento, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável, com validade de 90 dias após preenchimento;
2. Receita Médica original contendo o nome genérico do medicamento e com validade e preenchimento em conformidade com as legislações vigentes;
3. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER - referente ao medicamento solicitado em conformidade com o PCDT da patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante e assinado pelo paciente ou responsável;

4. Resultados de Exames necessários para o medicamento solicitado segundo PCDT da patologia em questão - Enviar cópia;
5. Formulário Médico DIAF/SC referente a patologia em questão, completamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico solicitante, com validade de 90 dias após preenchimento;
6. Documento de Identificação do Paciente (e quando aplicável Documento de Identificação do Responsável) - RG ou CNH ou Certidão de Nascimento ou outros - Enviar cópia;
7. Cartão Nacional de Saúde - CNS - Enviar cópia do Cartão;
8. Comprovante de Residência atual, com validade de até 3 meses, em nome do paciente ou responsável - Enviar cópia;
9. CPF - obrigatório para tramitação do processo na Secretaria Estadual de Saúde/SC - Enviar cópia.

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DIAF

Rua Esteves Junior Nº 390 - Anexo 1 SES - 1º Andar - Centro

Florianópolis - Santa Catarina

CEP: 88.015-130

✉ diaf@saude.sc.gov.br

☎ 48 3665 4509 ou 3665 4516