



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

Inclusão (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Espirometria</b> demonstrando <b>Distúrbio Ventilatório Obstrutivo</b>, com resultado de VEF1/CVF inferior a 70% <b>após</b> teste com o broncodilatador (Pós-BD).</li> </ul> <p><b>Mudanças de posologia (realizado pela Unidade):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrigatório relato médico do estágio ou grau da <b>DPOC</b> para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação. No aumento ou redução da dosagem para <b>Estágio I (Leve) ou II (Moderada)</b> não há exigência de especialista.</li> </ul> <p><b>Mudanças de medicamentos (encaminhar para avaliação central – DIAF/SC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrigatório relato médico do estágio ou grau da <b>DPOC</b> para determinação da especialidade médica necessária para a solicitação.</li> </ul>
Anexos Obrigatórios	<b>Formulário médico para DPOC completamente preenchido – validade 90 dias;</b> 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	<b>BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL</b>
CID 10	<b>J44.0, J44.1, J44.8</b>
Apresentação	62,5 mcg + 25 mcg (pó inalante em frasco com 30 doses).
Inclusão	<p><b>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).</b></p> <p><b>Idade mínima: 18 anos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Grupo B - Não responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com VEF1 &lt; 50% persistente por 12 - 24 semanas OU nos casos de pneumonia.</b></li> <li>* <b>Grupo C - Não responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com VEF1 &lt; 50% persistente por 12 - 24 semanas OU nos casos de pneumonia.</b></li> <li>* <b>Grupo D - Não responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com VEF1 &lt; 50% persistente por 6 - 10 semanas OU nos casos de pneumonia.</b></li> </ul>
Anexos Obrigatórios	<b>Formulário médico para DPOC completamente preenchido (validade de 90 dias);</b> 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	<b>1 frasco dose (30 doses)</b>
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.

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

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

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

CVF: capacidade vital forçada; VEF<sub>1</sub>: 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><b>Grupo B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixo risco, bastante sintomas;</li> <li>- Nenhuma ou uma exacerbação moderada (sem hospitalização);</li> <li>- mMRC <math>\geq</math> 2.</li> </ul>	<p>Uso regular de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes/dia.</p>	<p>Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol.</p> <p>Nos casos de pneumonia <b>OU</b> VEF1 &lt; 50% por 12- 24 semanas.</p>
<p><b>Grupo C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo de alto risco com poucos sintomas;</li> <li>- Uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) ou duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses;</li> <li>- mMRC &lt; 2.</li> </ul>	<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 <b>OU</b></p> <p>Brometo de Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol.</p> <p>Nos casos de pneumonia <b>OU</b> VEF1 &lt; 50% por 12- 24 semanas.</p>
<p><b>Grupo D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo de alto risco com muitos sintomas;</li> <li>- Uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) ou duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses;</li> <li>- mMRC <math>\geq</math> 2.</li> </ul>	<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 <b>OU</b></p> <p>Brometo de Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol.</p> <p>Nos casos de pneumonia <b>OU</b> VEF1 &lt; 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](http://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](mailto:diaf@saude.sc.gov.br)

☎ 48 3665 4509 ou 3665 4516