



Nota Técnica GAF/CCTIES nº 02, de 15 de janeiro de 2015

Assunto: Padronização do fluxo de dispensação de medicamentos aos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC.

Destinatário:

- Médicos prescritores e autorizadores;
- Farmácias de Medicamentos Especializados;
- Farmacêuticos e profissionais da saúde.

A Resolução SS nº 278/2007, que aprovou o Protocolo para Tratamento dos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC do Estado de São Paulo e a Portaria SAS/MS nº 609/2013, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – DPOC do Ministério da Saúde, contemplam a dispensação de medicamentos para o tratamento da DPOC. Estes medicamentos são distribuídos por intermédio das Farmácias de Medicamentos Especializados (FME).

Considerando a necessidade de alinhamento referente às documentações exigidas para dispensação dos medicamentos aos pacientes portadores de DPOC, informamos que os medicamentos para tratamento de DPOC deverão ser dispensados mediante apresentação dos documentos listados no Quadro 1.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE
GRUPO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Quadro 1. Lista de documentos necessários para a dispensação dos medicamentos para tratamento de DPOC disponíveis no Estado de São Paulo.

| Programa | Medicamentos | Pacientes Novos | Renovação |
|--|--|--|---|
| Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) Portaria SAS/MS nº 609/2013 | <ul style="list-style-type: none">▪ Budesonida: cápsula inalante de 200 mcg e 400 mcg ou pó inalante e aerossol oral de 200 mcg.▪ Formoterol + budesonida: cápsula inalante ou pó inalante de 6mcg + 200 mcg ou de 12 mcg + 400 mcg.▪ Fenoterol: aerossol de 100 mcg.▪ Formoterol: cápsula ou pó inalante de 12 mcg.▪ Salmeterol: aerossol oral ou pó inalante de 50 mcg. | <ul style="list-style-type: none">▪ Receita médica (2 vias);▪ Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento(s) – LME (Anexo A);▪ Relatório Médico: legível, informando o tempo de doença, medicamentos utilizados e resposta ao uso de cada medicamento, assim como demais informações relevantes; | <ul style="list-style-type: none">▪ Receita médica (2 vias);▪ LME;▪ Relatório médico. |
| Resolução Estadual Resolução SS nº 278/2007 | <ul style="list-style-type: none">▪ Beclometasona: cápsula inalante ou pó inalante de 200 e 400mcg e aerossol de 200 mcg e 250mcg.▪ Teofilina: 100mg e 200mg.▪ Fluticasona: 100 mcg + Salmeterol 50mcg.▪ Fluticasona: 250 mcg + Salmeterol 50mcg.▪ Fluticasona: 250mcg. | <ul style="list-style-type: none">▪ Cópia do exame de função pulmonar (espirometria) com validade de 6 meses;▪ Termo de esclarecimento e responsabilidade;▪ Documentos pessoais: número de telefone, cópia do RG, CPF, CNS e comprovante de residência. | |
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Tiotrópio: solução inalatória de 2,5 mcg. | <ul style="list-style-type: none">▪ Receita médica (2 vias);▪ LME (Anexo A);▪ Relatório médico específico (Anexo B), que ficará arquivado no centro autorizador▪ Cópia do exame de função pulmonar (espirometria) com validade de 6 meses;▪ Documentos pessoais: número de telefone, cópia do RG, CPF, CNS, comprovante de residência. | <ul style="list-style-type: none">▪ Receita médica (2 vias);▪ LME. |



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE
GRUPO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As solicitações do medicamento tiotrópio provenientes de pacientes novos deverão ser encaminhadas, pela FME, aos Centros de Referência em DPOC da SES/SP (Centro Autorizador). O parecer técnico do autorizador do Centro de Referência deve estar especificado na LME de Avaliação Técnica (Anexo C).

Após a primeira avaliação, a documentação deverá ser devolvida para a FME (Exceto Anexo B), ficando o médico autorizador da FME responsável pela análise das solicitações de renovação da continuidade de tratamento.

Esta Nota Técnica entra em vigor nesta data, ficando expressamente revogadas as Notas Técnicas AF/SS nº 04, de 20 de março de 2013 e GAF/SS nº 02, de 12 de março de 2014.



Anexos:

Anexo A. "Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento(s)".

| SUS | | Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde | |
|---|--|--|--|
| COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | | | |
| LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) | | | |
| SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) | | | |
| CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE | | | |
| 1- Número do CNES* | | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante | |
| 3- Nome completo do Paciente* | | 5- Peso do paciente* kg | |
| 4- Nome da Mãe do Paciente* | | 6- Altura do paciente* cm | |
| 7- Medicamento(s)* | | 8- Quantidade solicitada* | |
| | | 1º mês 2º mês 3º mês | |
| 9- CID-10* | | 10- Diagnóstico | |
| 11- Anamnese* | | | |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* | | | |
| <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| 13- Atestado de capacidade* | | | |
| A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? | | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento | | | |
| 14- Nome do médico solicitante* | | 17- Assinatura e carimbo do médico* | |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* | | 16- Data de solicitação* | |
| 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante | | | |
| <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF: _____ | | | |
| 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação | | 20- Telefone(s) para contato do paciente | |
| 21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS | | 22- Assinatura do responsável pelo preenchimento* | |
| 23- Correio eletrônico do paciente | | | |

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



Anexo B. "Relatório Médico - Solicitação de Tiotrópio".

RELATÓRIO MÉDICO - SOLICITAÇÃO DE TIOTRÓPIO

Data: ___/___/201__

PREENCHER TODOS OS CAMPOS

Nome do Paciente: _____

Idade: ___ anos

CID: J41 () ; J42 () ; J43 () ; J44 () Tempo doença: ___anos/meses

Hábito tabágico: Ex-Tabagista () ; Tabagista () ; Maços/ano ___ Parou há ___meses/anos

Tratamento do tabagismo: () SIM () NÃO

Vacinação: vacinação antiinfluenza/anti-pneumocócica: () SIM () NÃO

Tratamento: Usou β 2 agonista de longa ação sem tiotrópio? () SIM () NÃO

Se sim, especificar : () Formoterol () Salmeterol; Quanto tempo? ___meses

Outros medicamentos utilizados: Salbutamol () ; Fenoterol () ; Ipratropio () ; Teofilina () ; Bamifilina () Usa oxigenoterapia domiciliar prolongada? NÃO () SIM () ; Quanto? ___l/m; ___horas

Evolução: Apesar destas medicações, mantém dispneia MRC:

0 - Falta de ar ao realizar exercício intenso () ;

1 - Falta de ar quando ao apressar o passo, ou subir escadas ou ladeiras () ;

2 - Para algumas vezes quando anda no próprio passo, ou anda mais devagar que outras pessoas da mesma idade () ;

3 - Para muitas vezes devido à falta de ar quando anda perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano () ;

4 - Intensa falta de ar que não sai de casa, ou precisa de ajuda para vestir-se ou tomar banho sozinho.

Apresentou ___ exacerbações nos últimos 12 meses.

Função Pulmonar Data: ___/___/201__

VEF1/CVF < 0,7 () > 0,7 () VEF1 pós BD= _____L % previsto= ___%

Outras informações:

Assinatura e carimbo do médico



Anexo C. "Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento(s) – Avaliação Técnica".

| SUS | | Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde |
|--|--|--|
| COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | | |
| LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO (S) | | |
| AVALIAÇÃO TÉCNICA | | |
| 1- Nome do Paciente _____ | 2- CNS _____ | |
| 3- Código(s)/ Medicamento(s) | | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 4- CID-10 _____ | | |
| 5- DEFERIMENTO | | |
| 6- Observação _____ | | |
| A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 7- DEVOLUÇÃO | | |
| Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise. DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s): _____ 8- Especificação | | |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de documentação <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ausência de exame <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 9- INDEFERIMENTO | | |
| A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s): _____ 10- Especificação | | |
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Não preenche critérios do PCDT <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 11- Nome do avaliador _____ | 12- Data da avaliação _____ | |
| 13- Número do documento do avaliador _____ | 14- Assinatura e carimbo do avaliador _____ | |
| <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____ | | |
| AUTORIZAÇÃO | | |
| 1- AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador. _____ 2- Especificação | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 3- Número da APAC _____ | 4- Vigência _____ a _____ | |
| 5- Nome do autorizador _____ | 6- Data da autorização _____ | |
| 7- Número do documento do autorizador _____ | 8- Assinatura e carimbo do autorizador _____ | |
| <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____ | | |



Referências Bibliográficas:

1. BRASIL. Resolução SS nº 278, de 26 de julho de 2007, Tratamento dos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, do Estado de São Paulo.
2. BRASIL. Portaria GM/MS nº 1554, 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
3. BRASIL. Portaria GM/MS nº 609, 06 de junho de 2013, que Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

*Dra. Emanuela Pires da Silva
Diretor Técnico de Saúde I
Comissão de Farmacologia
Grupo de Assistência Farmacêutica / CCTIES
Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo*

*Dr. Rafael Stelmach
Coordenador do Comitê Técnico de Asma e DPOC
Comissão de Farmacologia
Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo*

*Dra. Karina de Oliveira Fatel Martins
Assistente Técnico III
Grupo de Assistência Farmacêutica / CCTIES
Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo*

*Dra. Maria do Carmo Schiavon
Diretor Técnico de Saúde III
Grupo de Assistência Farmacêutica / CCTIES
Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo*