

Caderno 6

QUARTA-FEIRA, 18 DE JULHO DE 2012

SECRETARIA ESPECIAL DE ESTADO DE PROTEÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Secretaria de Estado
de Saúde Pública

RESOLUÇÃO Nº 208, DE 11 DE JULHO DE 2012.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará – CIB-SUS-PA, no uso de suas atribuições legais e - Considerando a Portaria nº 2.198 de 17/09/2009 que dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada.

- Considerando a deliberação consensual da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião ordinária de 18/11/2009, que aprovou as propostas de Captação de Recursos, junto ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)/MS, “ad referendum”.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar as Propostas de Projetos de Captação de Recursos do Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUJBB, cadastradas no FNS (Fundo Nacional de Saúde), conforme discriminado abaixo:

CÓDIGO	PROJETO	OBJETO	VALOR TOTAL
34621.7480001/12-001	Reestruturação da Fonoterapia. Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Equipamentos e Material Permanente	177.966,00
34621.7480001/12-002	Adequação do Serviço de Broncoscopia	Equipamentos e Material Permanente	469.340,00
34621.7480001/12-003	Estruturação do Serviço de Neurologia e Neurocirurgia	Equipamentos e Material Permanente	379.200,00
34621.7480001/12-004	Implantação da UTI Pediátrica	Equipamentos e Material Permanente	482.510,00

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Belém, 11 de Julho de 2012.

Hélio Franco de Macedo Júnior.
Secretário de Estado de Saúde Pública.
Presidente da CIB/Pará.,
Charles César Tocantins de Souza.
Presidente do COSEMS/PA.

RESOLUÇÃO Nº 209, DE 11 DE JULHO DE 2012.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará – CIB-SUS-PA, no uso de suas atribuições legais e - Considerando a Proposta de Projeto de Captação de Recursos cadastrada pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUJBB, junto FNS (Fundo Nacional de Saúde) destinada à adequação física da infraestrutura predial do referido hospital. Considerando a deliberação consensual da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião ordinária de 18/11/2009, que aprovou as propostas de Captação de Recursos, junto ao Fundo Nacional de Saúde (FNS)/MS, “ad referendum”.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar a Proposta de Projeto de Captação de Recursos apresentada pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUJBB, junto FNS (Fundo Nacional de Saúde), destinada à adequação física da infraestrutura predial do citado hospital, conforme discriminação a seguir:

CÓDIGO	PROJETO	OBJETO	VALOR TOTAL
34621.7480001/12-006	Complexo Ambulatorial	Construção Nova	15.570.000,00

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Belém, 11 de Julho de 2012.

Hélio Franco de Macedo Júnior.
Secretário de Estado de Saúde Pública.
Presidente da CIB/Pará.,
Charles César Tocantins de Souza.
Presidente do COSEMS/PA.

RESOLUÇÃO Nº 210, DE 11 DE JULHO DE 2012.

A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Pará – CIB-SUS-PA, no uso de suas atribuições legais e - Considerando a Portaria nº 2.198 de 17/09/2009 que dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados.

- Considerando a deliberação consensual da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião ordinária de 18/11/2009, que aprovou os Projetos de Captação de Recursos junto ao FNS/MS “ad referendum” parecer favorável da área técnica da SESP.

Resolve:

Art. 1º - Aprovar a Proposta de Aquisição de Equipamentos da Fundação HEMOPA, para aparelhamento do Hemocentro Coordenador, no valor total de R\$ 1.431.686,44 (hum milhão, quatrocentos e trinta e um mil, seiscentos e oitenta e seis reais e quarenta e quatro centavos), disponíveis no Orçamento de 2013 do Ministério da Saúde, no Programa de Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados, insertos na Ação Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. Belém, 11 de Julho de 2012.

Hélio Franco de Macedo Júnior.
Secretário de Estado de Saúde Pública.
Presidente da CIB/Pará.,
Charles César Tocantins de Souza.
Presidente do COSEMS/PA.

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO NÚMERO DE PUBLICAÇÃO: 410869

Inexigibilidade: 14/2012
Data: 17/07/2012
Valor: 12,498.75
Objeto: Aquisição do medicamento TOCILIZUMABE 200MG
Fundamento Legal: Fundamento no Art. 25, Inciso I da Lei Federal nº 8.666/93
Data de Ratificação: 17/07/2012
Orçamento:
Programa de Trabalho Natureza da Despesa Fonte do Recurso
Origem do Recurso
10303131226080000 339030 0103000000 Estadual
Contratado(s):
Nome: PRODUTOS ROCHE QUIMICOS E FARMACEUTICOS LTDA
Endereço: R Cuiabá, Bairro: Bom Sucesso, 42

CEP. 75045-190 - Anápolis/GO
Complemento: RODOVIA BR 153
Email: brasil.licitacoes@roche.com
Telefone: 1137194617 Fax: 9137199490
Ordenador: HÉLIO FRANCO DE MACÊDO JÚNIOR

PORTARIA Nº 798 DE 26 DE JUNHO DE 2012

O Secretário de Estado de Saúde Pública, no uso de suas atribuições previstas no art. 138 da Constituição Estadual e no artigo 17, VIII, da Lei nº 8.080/90;

RESOLVE:
Art. 1º Aprovar o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS para DOENÇA PULMONAR CRÔNICO OBSTRUTIVA.

§ 1º - O presente Protocolo, que contém o conceito geral DOENÇA PULMONAR CRÔNICO OBSTRUTIVA, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter estadual e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

§ 2º - É obrigatória a observância desse Protocolo para fins de dispensação de medicamento nele previsto.

§ 3º - É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento preconizado para o tratamento da DOENÇA PULMONAR CRÔNICO OBSTRUTIVA, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo, conforme o modelo integrante do Protocolo.

§ 4º - Os gestores municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com a doença em todas as etapas descritas no Protocolo.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. PUBLIQUE-SE.

HELIO FRANCO DE MACEDO JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Coordenação:

Clínica de Pneumologia do

Hospital Universitário João de Barros

Barreto

Comitê Técnico:

Cleonardo Augusto Silva

Edna Porfírio de Lima

Flávia de Souza Matos

Lúcia Helena Messias Sales

Maria Deise Onishi

Neusa Maria Dias Moreira

PROGRAMA DE ATENDIMENTO E REABILITAÇÃO A PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Introdução

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é uma doença de alta prevalência no Brasil, porém ainda sub-diagnosticada e com tratamento clínico abaixo dos padrões aceitáveis. Em sua grande maioria, decorrente do tabagismo, sendo causadora de um grande número de incapacitações para o trabalho e para a vida autônoma.

Acomete pessoas em plena idade produtiva acarretando um grande número incapacitação de anos de vida. A Organização Mundial de Saúde chama a atenção para a elevação do número de portadores da DPOC, e prevê que em 2020 a DPOC passe a ocupar a quinta posição entre as doenças crônicas em incapacitação de anos de vida. No Brasil o número de portadores da DPOC é estimado em 7 milhões de pessoas.

Seus portadores necessitam de medicações específicas e, geralmente, de uso contínuo bem como de cuidados especiais como auxílio especializado para interrupção do tabagismo, reabilitação do padrão ventilatório para adaptação à nova capacidade respiratória e orientação nutricional individualizada para auxílio no tratamento da patologia de base.

O Estudo PLATINO - Projeto Latinoamericano de Investigação em Obstrução Pulmonar, em 2005, avaliou os indivíduos com 40 ou mais anos de idade residentes na área metropolitana da Grande São Paulo. Ele foi um estudo transversal de base populacional, criado para avaliar a prevalência da DPOC e analisar o impacto desta doença na amostra estudada. O estudo constou de aplicação de questionários e espirometria pré e pós-broncodilatador em pessoas vivendo em residências escolhidas por randomização, considerando como obstrução brônquica o padrão internacional de “screening” a relação VEF1/CVF (capacidade vital forçada) <0,70 pós-broncodilatador.

Nesse estudo a prevalência total da DPOC foi de 15,8%, sendo 18% nos homens e 14% nas mulheres. A distribuição dos pacientes de acordo com o estágio de gravidade da DPOC e segundo a classificação do GOLD e da SBPT, mostrou os seguintes resultados de prevalência:

	Prevalência
DPOC Estádio I - Doença leve	10,1%
DPOC Estádio II - Doença moderada	4,6%
DPOC Estádio III - Doença grave	0,9%
DPOC Estádio IV - Doença muito grave	0,2%

A partir dos resultados do Projeto PLATINO, da pesquisa nacional do CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (2002), de dados populacionais oriundos do censo de 2000 do IBGE e de dados relativos à morbi-mortalidade extraídos do DATASUS, pode-se estabelecer uma estimativa de tabagistas, de pacientes com DPOC e do número de internações e óbitos no estado do Pará (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência projetada de tabagistas, pacientes com DPOC e número de internações e óbitos no estado do Pará, segundo dados populacionais do IBGE, CEBRID, Estudo PLATINO e DATASUS.

Estado	Sexo e total	População com 40 ou mais anos de idade	Tabagistas	Portadores de DPOC (estádios I a IV)	Portadores de DPOC (estádio II a IV)	Nº. de internações no SUS, ano de 2004, por DPOC (indivíduos com ≥ 40 anos)	Nº. de óbitos por DPOC, ano de 2003, (indivíduos com ≥ 40 anos)
PA	Masc	627.898	175.811	113.021		2.599	306
	Fem	615.963	123.192	86.234		2.119	194
	Total	1.243.861	299.003	199.255	70.900	4.718	500

De acordo com o estudo PLATINO, entre os indivíduos fumantes com DPOC, o risco relativo ajustado foi de 2,04 e de 2,57 para os com classificação II-IV. Assim, é possível afirmar que o fator atribuível ao estado atual de fumante foi 26,2% para os indivíduos com classificação GOLD II-IV. Isto quer dizer que o controle do tabagismo preveniria o desenvolvimento da DPOC em pelo menos um em cada quatro fumantes.

Utilizando os dados de prevalência do estudo PLATINO, podemos estimar para o ano de 2007, em que a população com idade ≥ 40 anos é de 1.646.171 habitantes no estado do Pará, um número de 14.815 pacientes com DPOC e na forma Grave e um número de 3.292 pacientes na forma Muito Grave.

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e a Iniciativa Global para a DPOC (Global Obstructive Lung Disease - GOLD - www.goldcopd.com; www.golddpo.com.br), publicaram recentemente sugestões de tratamento e acompanhamento da DPOC. As duas diretrizes apresentam as mesmas conclusões e orientações sobre o tratamento, e chamam a atenção da necessidade do trabalho conjunto entre as autoridades de saúde pública e organizações de especialistas e de pacientes, para a divulgação desta doença, melhora do diagnóstico, e ações conjuntas de fornecimento de medicamentos aos pacientes.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto, Certificado pelo MEC, é referência na assistência a pacientes com patologias respiratórias no estado do Pará. Internações por DPOC representaram 922 casos em 5 anos até o ano de 2007.

Vários estudos têm demonstrado a melhora na qualidade de vida, com redução da dispnéia, da taxa de internação e aumento de sobrevida de pacientes com DPOC, desde que seja empregada adequada assistência medicamentosa-fisioterápica-nutricional.

2. OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL:

Oferecer aos pacientes portadores de DPOC que demandam ao Ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto, um programa integral que envolva atenção clínica especializada, fisioterapia respiratória e tratamento medicamentoso.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1- Permitir o acesso gratuito e ininterrupto, a pacientes com DPOC, de medicações específicas e necessárias a cada caso.

2.2.2-Reduzir as exacerbações e conseqüentemente a deterioração da função pulmonar dos pacientes portadores de DPOC.

2.2.3-Reduzir o número de internações por descompensação da DPOC, com impacto social e econômico.

2.2.4- Reduzir o sofrimento humano com a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

2.2.5- Redução da morbi-mortalidade dos pacientes portadores de DPOC.

2.2.6- Conhecer a real prevalência da DPOC na Região Amazônica.

2.2.7-Integrar a assistência do ambulatório de portadores de DPOC às atividades de ensino de graduação e pós-graduação da UFPA e seus convênios.

2.2.8-Promover o treinamento de profissionais da rede básica de saúde do estado e município no sentido da ação coordenada, em rede, aos pacientes com DPOC.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é uma patologia respiratória prevenível e tratável;
 - caracteriza-se pela presença de obstrução crônica ao fluxo aéreo levando a alterações dos brônquios, broquiolos e parênquima pulmonar;
 - é geralmente progressiva;
 - deteriora a função pulmonar;
 - não se conhece a verdadeira prevalência da doença em nossa região;
 - é importante causa de morbi-mortalidade no mundo e no Brasil;
 - contribui para a piora da qualidade de vida;
 - as exacerbações levam ao aumento de hospitalizações aumentando os custos do sistema público de saúde;
- O presente projeto visa prestar assistência à saúde aos portadores de DPOC no nível secundário de atenção, visando garantir tratamento integral para reduzir o sofrimento dos pacientes e a morbimortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

4. ATIVIDADES PREVISTAS

- Seleção dos pacientes com registro em prontuários.
- Atendimento pneumológico com orientações gerais medicamentosas
- Orientação nutricional com elaboração de cardápio individual
- Avaliação dos pacientes com exames funcionais respiratórios, radiológico e laboratorial.
- Avaliação fisioterápica e elaboração de programa individual de tratamento.
- Palestras de orientação.
- Avaliar para cada paciente o grau de melhora objetiva e subjetiva com o seguimento do programa, o que inclui o nível de aderência ao programa estabelecido.

5. CLASSIFICAÇÃO CID

J 41 a J 44

6. DIAGNÓSTICO

A DPOC deve ser pensada em todo o paciente acima de 40 anos de idade que tenha exposição a fatores de risco conhecidos como tabaco, fôgão a lenha ou outras poeiras/fumaças industriais. Os casos suspeitos podem ou não apresentar sintomas crônicos respiratórios, como tosse, falta de ar e produção de secreção, e exposição a poeiras e fumaça. Tabagistas e ex-tabagistas são os grupos mais suscetíveis a DPOC.

A confirmação da DPOC requer a realização de espirometria pré e pós administração de broncodilatador.

A DPOC é classificada de acordo com os dados clínicos apresentados e a espirometria. A SBPT e o GOLD classificam a DPOC em quatro classes: leve, moderada, grave e muito grave. (Tabela II).

A - Se a espirometria, em pacientes suspeitos, mostrar valores da relação VEF1/CVF menor que 70% após o broncodilatador, o paciente recebe o diagnóstico de DPOC.

B - A classificação da doença é estabelecida.

C - Dados objetivos da dispnéia, através de escala de dispnéia (Anexo III), e de qualidade de vida, através de questionário de qualidade de vida (CCQ - Clinical DPOC Questionnaire - Anexo IV), bem como outros indicadores como gasometria arterial e teste de caminhada em seis minutos, devem ser realizados para o acompanhamento do paciente.

Tabela II: Classificação da DPOC segundo Consenso de SBPT.

1- Leve	2 - Moderada	3 - Grave	4 - Muito Grave
VEF1/CVF < 70%			
VEF1 ≥ 80%	50 ≤ VEF1 < 80%	30 ≤ VEF1 < 50% PaO2 < 60 mm Hg Dispnéia MRC 2/3	VEF1 < 30% PaCO2 > 50 mmHg Cor Pulmonale Dispnéia MRC 4

7. CRITÉRIO DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

- Paciente acima de 40 anos de idade, que tenha exposição a fatores de risco conhecidos, como tabaco, fôgão a lenha ou outras poeiras/fumaças industriais; e
- Apresentar sintomas de enfisema pulmonar ou bronquite crônica ou bronquiolite respiratória ou alterações da vasculatura pulmonar; e
- Se a Espirometria mostrar valores da relação VEF1/CVF menor que 70%, após o broncodilatador, com confirmação do diagnóstico de
- DPOC Grave ou Grau III - 30 ≤ VEF1 < 50%; PaO2 < 60 mm Hg; Dispnéia MRC 2/3
- DPOC Muito Grave ou Grau IV - VEF1 < 30%; PaCO2 > 50 mmHg; Dispnéia MRC 4 e Cor Pulmonale.

8. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA

- Pacientes com DPOC Leve e com DPOC Moderada, ou seja, de Grau I e Grau II; ou
- Pacientes que não estejam de acordo com os termos de Consentimento Informado (Anexo VI); ou
- Pacientes que apresentam qualquer contra - indicação ao uso dos medicamentos descritos.

9. CONDUÇÃO DO CASO DE DPOC

O diagnóstico e o tratamento de pacientes com DPOC obedecerá o fluxograma apresentado no Anexo I.

Medicamentos utilizados:

O tratamento seguirá o protocolo sugerido pela SBPT.

No momento, os broncodilatadores (BD) das classes beta-adrenérgicos de curta e longa ação e os antimuscarínicos de curta e longa ação, estão disponíveis no mercado. A forma inalatória é a forma indicada por ocasionar menor incidência de efeitos colaterais.

Os BD de curta duração são o Salbutamol, o Fenoterol e o Ipratrópio.

Os BD de longa ação são o Salmeterol, o Formoterol e o Tiotrópio.

Os efeitos colaterais mais relacionados são os de tremores e aumento da frequência cardíaca, porém podem ser utilizadas em pacientes com cardiopatia e outras comorbidades; um aumento da dificuldade de micção em pacientes com hipertrofia de próstata pode ocorrer.

Deve ser revista a inclusão de novos medicamentos a cada 2 anos.

Plano de ação para o Estado do Pará:

Rede Básica de Saúde

Pacientes de classe I e II, devem ser tratados na rede básica de saúde. As ações de atuação primária de combate ao tabagismo, de vacinação antigripal, devem ser encorajadas e difundidas.

Broncodilatadores, associados ou não ao Ipratrópio, são os medicamentos principais para o tratamento dos pacientes. As equipes de saúde devem orientar sobre a necessidade de exercício regular como mecanismo de reabilitação pulmonar.

Pacientes que não estejam apresentando melhora dos seus sintomas, ou não exista a certeza diagnóstica devem ser encaminhados para consulta com Pneumologista, devendo retornar a rede básica de saúde com o parecer especializado.

Rede Secundária de Saúde

O apoio de radiografia de tórax, espirometria e laboratório devem ser assegurados ao especialista em Pneumologia.

O tratamento dos casos confirmados de DPOC das classes I e II, deve ser realizado no nível básico, o centro deve dispor da medicação primária de tratamento, broncodilatadores, associado ou não à ipratrópio.

Os casos de DPOC grave e muito grave, devem receber tratamento com uso de BD de longa ação, as medicações Formoterol, Salmeterol a serem disponibilizados pelo centro de referência terciária (Ambulatório de DPOC do HUIBB).

Rede Terciária de Saúde

O centro de tratamento do HUIBB encontra-se equipado para este nível de tratamento. Os pacientes encaminhados para este centro serão matriculados no ambulatório especializado, e submetidos a diagnóstico diferencial e confirmação de sua doença.

Aos profissionais do centro de tratamento ao portador de DPOC do HUIBB caberá, adicionalmente, o treinamento de profissionais da rede de saúde na assistência ao paciente com DPOC.

Os broncodilatadores de longa ação como formoterol, salmeterol e tiotrópio, a associação de salmeterol50mcg/fluticasona500mcg serão disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde para este centro, bem como o fornecimento de oxigênio terapia domiciliar nos casos indicados.

Os pacientes necessitam ser avaliados, através de questionários de qualidade de vida, gasometria arteriais, e acompanhados com uso de indicadores objetivos, como o índice de dispnéia do MRC, e teste de caminhada em seis minutos.

Tratamento farmacológico: uso de broncodilatadores e corticóides inalados:

- os broncodilatadores são peças centrais na condução dos sintomas na DPOC;
- o tratamento regular com broncodilatadores de ação prolongada é mais efetivo e conveniente do que o uso dos broncodilatadores de ação curta, embora mais caro;
- a teofilina e seus derivados, devido à baixa potência broncodilatadora e elevada ocorrência de efeitos adversos, devem ser usados como segunda opção, quando não há condições de uso de beta-dois adrenérgicos e anticolinérgicos, ou em associação a estes em pacientes ainda sintomáticos com o uso dos mesmos;
- o uso de corticóides inalados deve ficar restrito a pacientes com VEF1< 50% e com exacerbações frequentes;
- deve haver um incremento gradual na utilização dos recursos farmacológicos no tratamento, de acordo com a gravidade da doença.

O tratamento deve ser iniciado com uso de uma associação de broncodilatadores de longa ação, o formoterol ou salmeterol associado ao tiotrópio, o fornecimento da associação de salbutamol e ipratrópio deve ser dada a todo o paciente em tratamento. Dados objetivos devem ser coletados, como o índice do MRC de dispnéia, teste de caminhada em seis minutos, e questionário de qualidade de vida - Anexos III e IV. O controle espirométrico não é indicado como avaliador de resposta a curto prazo.

- A - A medicação deve ser mantida por 60 dias, quando nova espirometria, e avaliação dos sintomas deve ser realizada, através da escala de dispnéia e da escala de qualidade de vida.
- B - Se ocorrer normalização dos valores da relação do VEF1/CVF > 70%, o paciente não é portador de DPOC, e deve ser encaminhado a um serviço de Pneumologia para refazer o diagnóstico.
- C - Se a espirometria confirmar o diagnóstico, e o controle dos sintomas, e melhora dos índices de qualidade de vida obtidos, deve ser realizada a retirada de um dos broncodilatadores de longa ação, e nova avaliação deve ser programada para 60 dias.
- D - Em caso de agravamento dos dados objetivos, a medicação retirada deve ser reintroduzida e mantida.
- E - A cada seis meses o paciente deve realizar nova avaliação objetiva com espirometria para continuar a receber a medicação.

O fluxograma de atendimento se encontra detalhado no anexo II.

A medicação será dispensada para cada três meses com solicitação específica (anexo V).

Solicitar espirometria, escala de dispnéia, escala de qualidade de vida (escala de dispnéia anexada, questionário de qualidade de vida anexado).

Unidades referências terciárias:

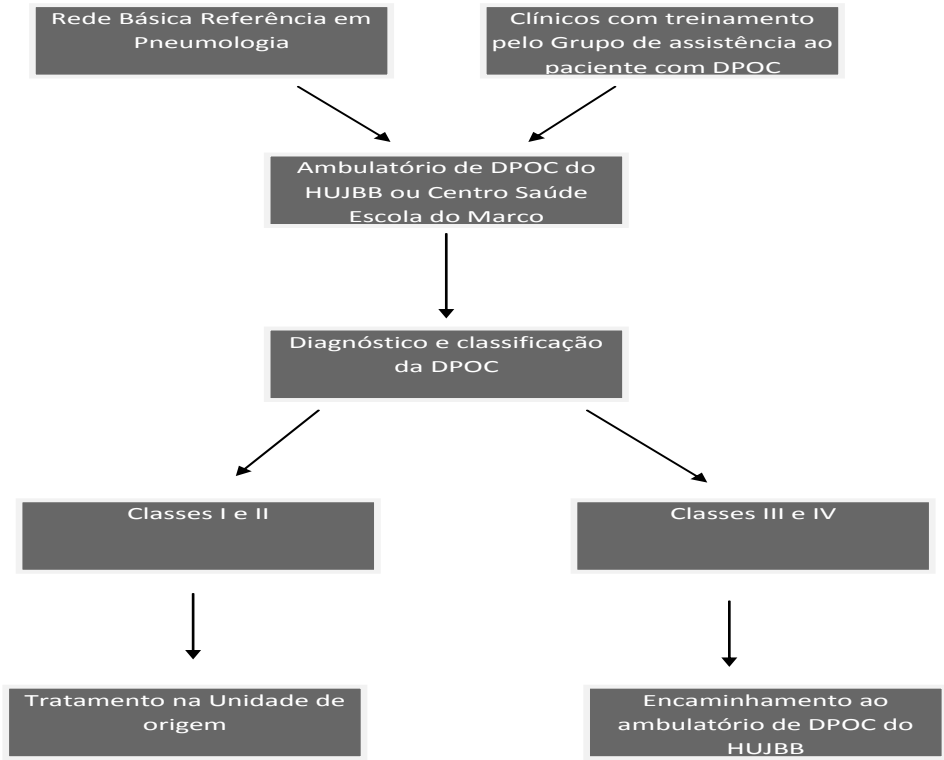
Ambulatório de DPOC do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Custo anual - 50 pacientes:

Droga	Valor individual	Quantidade anual	TOTAL (R\$)
Xinofoato de Salmeterol 50 mcg	61,02	200	12.204,00
Brometo de Tiotrópio 18 mcg	260,38	600	156.228,00
Xinofoato de Salmeterol 50 mcg + Fluticasona 500 mcg	120,58	60	7.234,80
Brometo de Ipatrópio + Sulfato de Salbutamol	24,07	100	2.407,00
TOTAL (R\$)			178.073,80

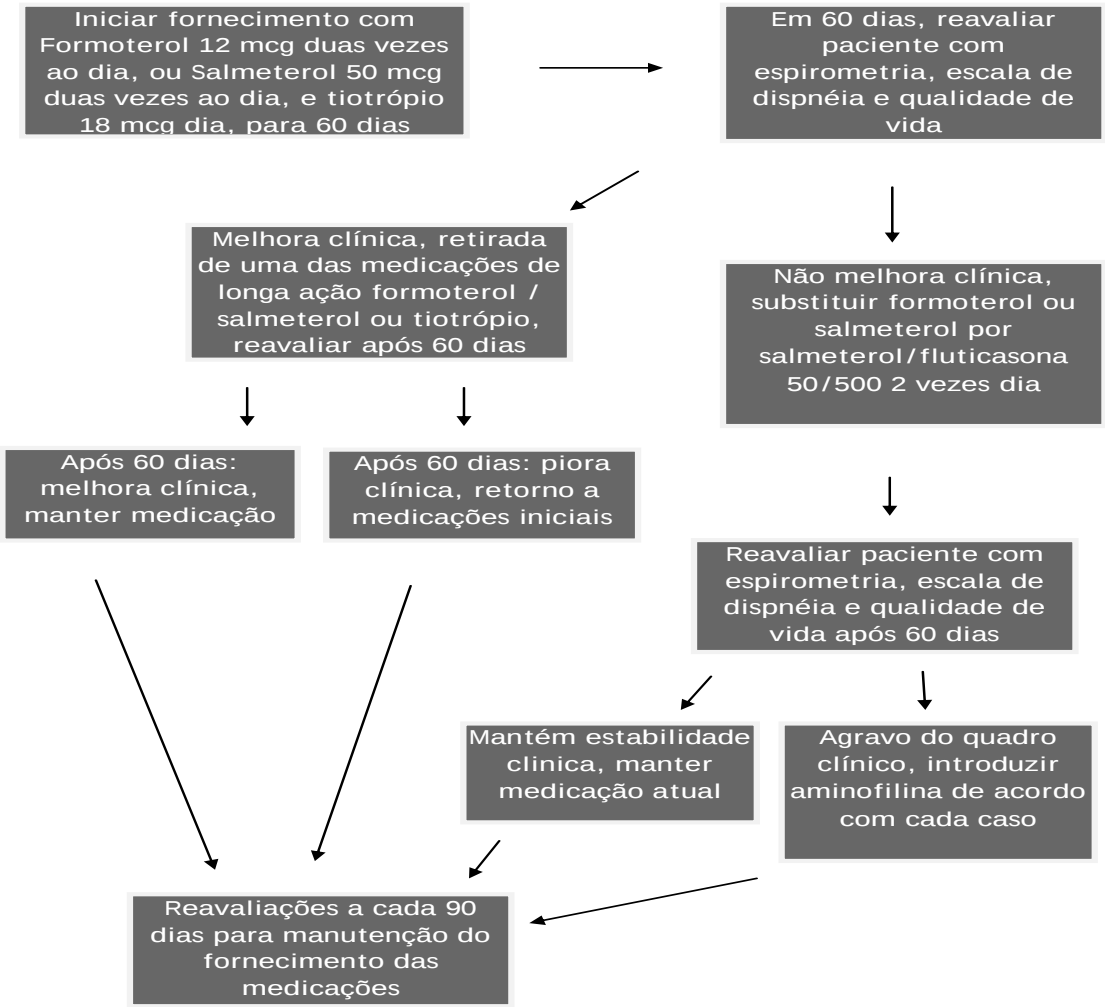
Anexo I

Fluxograma de referenciamento do Programa de Atenção ao paciente com DPOC



Anexo II

Fluxograma de atendimento ao paciente com DPOC nas unidades terciárias:



Anexo III

Classificação da DPOC, considerando-se dados de espirometria e do índice de dispnéia do MRC (Medical Research Council)

0 - Dispnéia somente ao realizar exercício intenso

1 - Dispnéia ao subir escadas ou ladeira ou andar apressadamente no plano

2 - Dispnéia no próprio passo no plano ou dificuldade para acompanhar o passo de outra pessoa da mesma idade

3 - Dispnéia no plano em menos de 100m ou após alguns minutos

4 - Muito dispnéico para sair de casa ou dispnéia para se vestir ou se despir

Anexo IV

Questionário Clínico para DPOC

or favor circule apenas uma das respostas que mais se aproxime de como você se sentiu na última sen

Em média na última semana quantas vezes você apresentou:	Nunca	Difícilmente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Maioria do tempo	Sempre
1 Falta de ar em repouso	0	1	2	3	4	5	6
2 Falta de ar durante esforço físico	0	1	2	3	4	5	6
3 Preocupado em piorar a respiração ou ficar gripado	0	1	2	3	4	5	6
4 Deprimido devido aos problemas de respiração	0	1	2	3	4	5	6
Em geral na ultima semana, quantas vezes você ?							
5 Teve tosse ?	0	1	2	3	4	5	6
6 Teve secreção (catarro)	0	1	2	3	4	5	6
Em média quantas vezes, devido a sua falta de ar, você deixou de realizar alguma atividade?	Nenhuma	Discretamente limitado	Levemente limitado	Moderadamente limitado	Limitado	Muito limitado	Totalmente limitado
7 Atividade física extrema (subir escadas, praticar esportes, apressado)	0	1	2	3	4	5	6
8 Atividade física moderada (andar, trabalhos de casa, carregar coisas)	0	1	2	3	4	5	6
9 Atividades diárias (se vestir, tomar banho)	0	1	2	3	4	5	6
10 Atividades sociais (conversar, ficar com crianças, visitar amigos ou parentes)	0	1	2	3	4	5	6
CCQ Cálculo do escore: Escore total (soma dos 10 itens/10) // Sintomas= itens (1+2+5+6) /4 Estado funcional= itens (7+8+9+10) /4 Estado mental = itens (3+4) /2							

Anexo V

Modelo de ficha de controle de dispensação de medicamentos

Ao Programa de tratamento farmacológico da DPOC:

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Fone: _____

Tabagista: S / N Ex-Tabagista: S / N

Média cigarros ao dia: _____ Anos de tabagismo: _____

Sintomas:

Tosse diária: S/N Há quanto tempo: _____ anos.

Secreção diária: S/N Há quanto tempo : _____ anos

Falta de ar: S/N Índice de dispnéia : 0 / 1/ 2/ 3 / 4

Espirometria:

Peso: kg Altura: cm

VEF1: ml CVF: ml VEF1/CVF %

Solicito dispensar as seguintes medicações para o paciente acima citado, no programa de fornecimento de medicações para DPOC.

☐ Salmeterol 50 mcg - duas vezes ao dia ☐ caixas

☐ Tiotrópio 18 mcg - uma vez ao dia ☐ caixas

☐ Salmeterol 50 mcg + Fluticasona 500 - duas vezes ao dia ... ☐ caixas

☐ Salbutamol+ Brometo de lpratrópio - conforme orientação . ☐ caixas

Nome Médico:

CRM:

Endereço para contato:

ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

EU, _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) **SALMETEROL, FLUTICASONA , TIOTRÓPIO , SALBUTAMOL + BROMETO DE IPATROPIO**, preconizado(s) para o tratamento da DPOC.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolve-lo caso o tratamento seja interrompido .

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome d médico que prescreve)

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) pode(m) trazer os seguintes benefícios :

- Alívio dos sintomas;
- Melhora da função pulmonar;
- Redução nas hospitalizações;
- Redução nas visitas à emergência;
- Melhora na qualidade vida,
- Redução do risco de morte,

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações , potenciais efeitos colaterais e riscos ;

- Medicamentos classificados na gestação como:

Salmeterol é um agonista β -2 adrenérgico de ação prolongada, promovendo broncodilatação por pelo menos 12 horas, o que justifica seu uso em duas sessões diárias como spray. O salmeterol tem início de ação lento e não deve ser usado nas crises agudas de asma.

Modo de ação - O salmeterol é uma nova classe de agonistas β -2 adrenorreceptores e nas doses terapêuticas tem pequeno ou nenhum efeito cardiovascular mensurável. A dose regulada produzirá uma melhora acentuada na função pulmonar, tanto nos sintomas de obstrução de vias aéreas quanto nos sintomas de asma noturna.

Indicações - Para tratamento regular de longa duração da obstrução reversível de vias aéreas, na asma (incluindo pacientes com asma noturna e asma induzida por exercícios), bronquite crônica e enfisema.

Posologia e modo de usar - SEREVENT spray é administrado somente pela via inalatória. Adulto; duas inalações (2 x 25mcg de salmeterol) duas vezes ao dia. Em pacientes com obstrução de vias aéreas mais graves recomenda-se 4 inalações (4 x 25 mcg de salmeterol) 2 vezes ao dia. O início do efeito broncodilatador do salmeterol ocorre em aproximadamente 5-10 minutos. O completo benefício será observado após a primeira ou segunda dose do produto.

Contra-indicações - hipersensibilidade aos componentes da fórmula.

Precauções - O salmeterol deve ser prescrito com cautela em pacientes sofrendo de tireotoxicose. Os pacientes que necessitarem utilizar doses maiores de agonistas β -2 inalatórios (salbutamol) em adição ao salmeterol, para o alívio dos sintomas, devem procurar urgente orientação médica. Gravidez: Como ocorre com qualquer droga o uso durante a gravidez deve somente ser considerado se o benefício esperado à mãe for maior do que qualquer possibilidade de risco ao feto.

Interações medicamentosas - Drogas betabloqueadoras não seletivas, como o propanolol, nunca devem ser prescritas na asma e drogas betabloqueadoras cardiosseletivas devem somente ser usadas com precaução em pacientes asmáticos.

Superdosagem - Os sintomas e sinais de superdosagem com salmeterol são tremores, dor de cabeça e taquicardia. O antídoto preferido para superdosagem com salmeterol é um agente betabloqueador cardiosseletivo. Porém betabloqueadores cardiosseletivos devem ser usados com precaução em pacientes com história de broncoespasmo.

Fluticasona -Nasal spray -Uso adulto e crianças com mais de 12 anos

FLIXONASE AQUOSO NASAL SPRAY é uma suspensão microfina de propionato de fluticasona, para administração tópica na mucosa nasal por meio de uma bomba de spray atomizada dosimetrada. Cada dose libera 100 mg da suspensão, contendo 50 mcg de propionato de fluticasona. FLIXONASE AQUOSO NASAL SPRAY é apresentado em frascos de vidro âmbar contendo 60 doses, adaptado ao atomizador.

- **Composição** -Cada dose contém: Propionato de fluticasona, 50 mcg; Veículo q.s.p. 1 dose.

- **Informações técnicas** -O propionato de fluticasona, substância ativa de FLIXONASE AQUOSO NASAL SPRAY, é um corticosteróide de potente atividade tópica na pele, com baixa ou nenhuma supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Subseqüentemente à administração oral, 87%-100% da dose são excretados nas fezes, até 75% como propionato de fluticasona, dependendo da dose. Há somente um metabólito importante, de fraca atividade. Após administração intravenosa, há uma rápida depuração plasmática da droga, sugerindo uma extensiva extração hepática. A meia-vida plasmática é de cerca de 3 horas. O propionato de fluticasona possui uma potente atividade antiinflamatória, porém, quando usado topicamente na mucosa nasal, não apresenta nenhuma atividade sistêmica detectável.

- **Indicações** -FLIXONASE AQUOSO NASAL SPRAY está indicado na profilaxia e tratamento da rinite alérgica sazonal, inclusive a febre do feno e da rinite crônica.

- **Contra-indicações** -Hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula.

- **Posologia e modo de usar** -FLIXONASE AQUOSO NASAL SPRAY é utilizado exclusivamente por via intranasal. *Adultos e crianças com mais de 12 anos de idade:* Para profilaxia e tratamento da rinite alérgica sazonal e rinite crônica: duas doses em cada narina, uma vez ao dia, de preferência pela manhã. A dose máxima diária não deve exceder a 4 doses em cada narina. *Pacientes idosos:* A mesma dosagem para adultos. O uso regular é essencial para se conseguir o benefício terapêutico máximo. O paciente deve ser orientado no sentido de que o efeito não é imediato, já que o alívio completo pode não ser obtido até que decorram 3 a 4 dias de tratamento.

- **Precauções -Gravidez:** Não há indícios adequados de segurança na gravidez humana. Nos estudos de reprodução animal, os eventos adversos típicos de corticosteróides potentes são observados somente em elevados níveis de exposição sistêmica: a aplicação intranasal direta assegura uma exposição sistêmica insignificante. Entretanto, como ocorre com outras drogas, o uso do propionato de fluticasona durante a gravidez requer que se considere os benefícios em relação aos possíveis riscos associados à substância ou com qualquer terapia alternativa. *Lactação:* Não se tem conhecimento de que o propionato de fluticasona seja excretado no leite materno, nem estão disponíveis quaisquer dados das investigações animais. Entretanto, após a administração intranasal a primatas, a droga não foi detectada no plasma e, por este motivo, é improvável que esta seja detectada no leite materno. *Infeção local:* As infecções das vias nasais devem ser adequadamente tratadas, porém não constituem uma contra-indicação específica ao tratamento com propionato de fluticasona. O benefício total conferido pelo propionato de fluticasona pode não ser alcançado até que o tratamento seja realizado durante 3 a 4 dias. Devem ser tomados cuidados quando se transferir pacientes tratados com esteróides sistêmicos para o tratamento com o propionato de fluticasona, caso haja alguma razão para se supor que sua função adrenal esteja comprometida. Embora o propionato de fluticasona possa controlar a rinite alérgica sazonal na maioria dos casos, uma provocação anormalmente violenta de alérgenos estivais pode, em certos casos, necessitar de terapia adicional apropriada, particularmente para reduzir sintomas oculares.

- **Efeitos adversos** -Não foram relatados até o momento efeitos adversos importantes atribuíveis ao propionato de fluticasona. Como ocorre com outros sprays nasais, foram relatados secura e irritação do nariz e da garganta, olfato e paladar desagradáveis e epistaxe.