



Elaboração: 2016	Última revisão: 13/08/2024	Próxima Revisão: 08/2026	Revisão: 6
------------------	----------------------------	--------------------------	------------

## DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA – DPOC

CID 10: J44.0; J44.1; J44.8

NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 02/2013 e PORTARIA Nº 19, 16 DE NOVEMBRO DE 2021

### Informações Gerais

Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF - NT	Medicamentos CEAF - PCDT
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiotrópio, brometo solução para inalação 2,5 mcg/dose;</li><li>• Brometo de umeclidínio + furoato de fluticasona + trifrenatato de vilanterol (100 mcg + 62,5 mcg + 25 mcg) cápsula em pó;</li><li>• Dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol + brometo de glicopirrônio (100 mcg + 6 mcg + 12,5 mcg) – solução aerossol.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Budesonida 200 mcg, cápsula inalante;</li><li>• Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg, cápsula inalante;</li><li>• Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg, cápsula inalante;</li><li>• Brometo de umeclidínio + trifrenatato de vilanterol: pó inalante de 62,5 mcg + 25 mcg 16;</li><li>• Brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol solução para inalação de 2,5 mcg + 2,5 mcg.</li></ul>

### Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)

- Carteira de identidade com foto (RG)
- Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

### Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)

✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</li><li><input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b>, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;</li><li><input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b>, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;</li><li><input type="checkbox"/> <b>Termo de Esclarecimento e Responsabilidade</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</li><li><input type="checkbox"/> <b>Receita Médica</b>, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.</li><li><input type="checkbox"/> <b>Laudo Médico</b>, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, para o caso de mudança de tratamento;</li></ul>

### Exames

✓ Solicitação inicial	✓ Renovação anualmente
Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Espirometria com prova broncodilatadora (pré e pós). <input type="checkbox"/> Índice de dispnéia do MRC; e/ou Escala de qualidade de vida – CAT. <input type="checkbox"/> Laudo alergia p/ DPOC (em anexo)	Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Espirometria com prova broncodilatadora (pré e pós). <input type="checkbox"/> Índice de dispnéia do MRC; e/ou Escala de qualidade de vida – CAT.

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença

## Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade pneumologia correspondente à patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco**.

### Observações:

1. **O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.**
2. **Quando de RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.**
3. **No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.**

## Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve está de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

## Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

## Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Teste documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

## ANEXO I

### Laudo Médico Pneumologista - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - DPOC

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**CID 10:** \_\_\_\_\_

Paciente com histórico de exposição a material particulado? ( ) Sim ( ) Não

Especifique:

#### Sintomas:

Tosse diária: ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Expectoração diária: ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Chiado no peito : ( ) Sim ( ) Não

Dispneia : ( ) Sim ( ) Não

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Avaliação Médica:

**Resultado Escala de Qualidade de vida (CAT):** \_\_\_\_\_

**Resultado Escore de dispnéia MRC:** ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4

**Paciente apresenta deficiência cognitiva ou dificuldade de aspiração?** ( ) Sim ( ) Não

Especifique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em caso de necessidade de utilização do medicamento **Brometo de Tiotrópio solução para inalação 2,5mcg de forma isolada** acrescentar justificativa para impossibilidade de utilização das associações CI + LABA + LAMA ou LABA + LAMA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Resultado Espirometria após uso de broncodilatador:

Paciente com distúrbio do tipo obstrutivo? ( ) Sim ( ) Não

Paciente apresentou reversão após uso de broncodilatador? ( ) Sim ( ) Não

VEF 1: \_\_\_\_\_ mL      VEF 1% (previsto): \_\_\_\_\_

CVF \_\_\_\_\_ mL      VEF 1/CVF: \_\_\_\_\_ %

Justificativa para relação VEF 1/CVF > 70% : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do profissional médico

## ANEXO II

### ESCORE DE DISPNEIA DO MRC

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Classificação	Características
Grau 0	Falta de ar surge quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, praticar esporte).
Grau 1	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada no plano ou quando caminha em subidas
Grau 2	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, precisa parar para respirar.
Grau 3	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, precisa parar para respirar.
Grau 4	Falta de ar impede que saia de sua casa; tem falta de ar quando troca de roupa.

Resultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do profissional médico

ANEXO III

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA – CAT (COPD ASSESSMENT TEST)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nunca tenho tosse	0	1	2	3	4	5	Tenho tosse o tempo todo
Não tenho nenhum secreção (catarro) no peito							O meu peito está cheio de secreção (catarro)
Não sinto nenhum aperto no peito							Sinto uma grande pressão no peito
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas							Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um lance de escadas
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa							Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar de minha doença pulmonar							Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar
Durmo profundamente							Não durmo profundamente por causa da minha doença pulmonar
Tenho muita energia							Não tenho muita energia

Total de pontos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do profissional médico

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

BECLOMETASONA, BUDESONIDA, FENOTEROL, FORMOTEROL, SALBUTAMOL, SALMETEROL, IPRATRÓPIO, PREDNISONA, PREDNISOLONA, HIDROCORTISONA, TIOTRÓPIO, BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL, BROMETO DE TIOTÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL, BROMETO DE UMECLÍDINIO, FUROATO DE FLUTICASONA + TRIFENATATO DE VILANTEROL + DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA + FUMARATO DE FORMOTEROL + BROMETO DE GLICOPIRRÔNIO.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol, salmeterol, ipratrópio, prednisona, prednisolona, hidrocortisona, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol e brometo de tiotópio monoidratado + cloridrato de olodaterol, indicados para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - diminuição das internações hospitalares; - diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença; - melhora da condição de saúde; e - melhora da qualidade de vida. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: - os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico; - efeitos adversos da beclometasona e budesonida: problemas na fala (reversíveis com a suspensão do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta, tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, reações alérgicas de pele, palpitação, taquicardia, dor abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náusea, vômitos, coceira, problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual, diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento anal e osteoporose (em caso de tratamento longo); - efeitos adversos do fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol: ansiedade, agitação, insônia, náusea, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alteração do paladar, secura da boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa da pressão arterial, inchaço dos pés e das mãos, cansaço, infecções do trato respiratório, falta de ar, insônia, depressão, dor de dente, alteração do ciclo menstrual e problemas de visão; 28 - efeitos adversos da prednisona, prednisolona, hidrocortisona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, osteoporose, problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes melito; - efeitos adversos do brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol: dor ao urinar e aumento da frequência urinária, dor de garganta com ou sem coriza, sinusite, tosse, dor e irritação na parte de trás da boca e da garganta, prisão de ventre, boca seca, infecção de vias aéreas superiores, dor no peito, batimento cardíaco irregular ou acelerado, palpitações, ansiedade, tremor, alterações no paladar, espasmos musculares e rash; - efeitos adversos do tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol: boca seca, tontura, batimento cardíaco acelerado, tosse, disфонia, dor nas costas, arritmia, isquemia do miocárdio, dor no peito, hipotensão, tremor, dor de cabeça, nervosismo, enjoo, espasmos musculares, cansaço, mal-estar, hipocalemia (redução de potássio no sangue), hiperglicemia (aumento na concentração de açúcar no sangue), acidose metabólica (pH ácido no sangue); e - risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos. Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. Autorizo o Ministério da

Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos: ( ) beclometasona ( ) brometo de tiotópio monidratado + cloridrato de olodaterol ( ) brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol ( ) budesonida ( ) fenoterol ( ) formoterol ( ) hidrocortisona ( ) prednisona ( ) prednisolona ( ) salbutamol ( ) salmeterol ( ) Brometo de umeclidínio + furoato de fluticasona + trifenatato de vilanterol ( ) Dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol + brometo de glicopirrônio ( ) Tiotrópio.

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ <b>Assinatura do paciente ou responsável legal</b>		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
_____ <b>Assinatura e carimbo médico</b>		
Data:		

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.





## DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:		Nº	Complemento:
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:		Nº	Complemento:
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:		Nº	Complemento:
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

\*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data:  / /20 Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Campo para digital