

FARMÁCIA DE MINAS
MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

2008



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

FARMÁCIA DE MINAS
MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

2008



Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário Adjunto

Antônio Jorge de Souza Marques

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

Superintendente de Assistência Farmacêutica

Augusto Afonso Guerra Júnior

Gerente de Medicamentos Estratégicos

Renata Cristina Resende Macedo

Técnicos

Fernanda Silva Ribeiro

Maria Laura Dias Alves e Silva

Patrícia Almeida de Andrade Rodrigues

Salvador Oliveira Piló

Estagiária

Flávia Avelar de Oliveira

Apoio Administrativo

Cláudia Cristina Teixeira

Janete Jane Sousa Máximo

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Superintendência de Assistência Farmacêutica

Gerência de Medicamentos Estratégicos

Rua Sapucaí, 429, 5º andar, Bairro Floresta

Belo Horizonte - MG, Cep. 30.150-050

Telefones: 31 3247 3980/3981

Telefax: 31 3247 3935

gmest.saf@saude.mg.gov.br

Projeto Gráfico, diagramação e impressão

Autêntica Editora LTDA.

É permitida a reprodução parcial, desde que citada a fonte

Premissa do Governo de Estado

Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver.

Missão da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Formular, desenvolver e coordenar a política estadual de assistência farmacêutica, visando o acesso e o uso racional de medicamentos, de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população.

Visão da Superintendência de Assistência Farmacêutica

Ser identificada pela confiabilidade e humanização na condução de ações efetivas e eficientes na gestão pública da assistência farmacêutica.



AUTORES

Grupo de trabalho em Assistência Farmacêutica: farmacêuticos de Gerências Regionais de Saúde (GRS) do Estado de Minas Gerais:

Andréa Cláudia Eufrásio Ribeiro

GRS Divinópolis

Marilene Pereira Silva Castanheira

GRS Sete Lagoas

Beatriz Simões Marteleto

GRS Barbacena

Mônica Maria de Sena Fernandes Cunha

GRS Ponte Nova

Carla Sandra Aguiar Siqueira

GRS Alfenas

Patrícia Balbino Cupertino

GRS Governador Valadares

Carlos Tobias Pires Souto

GRS Diamantina

Renata Oliveira Cunha

GRS Juiz de Fora

Christianne Maria Nunes Jácome

GRS Belo Horizonte

Ruth Maria Alves Garcia

GRS Ponte Nova

Helen Cristina Barbosa Machado

GRS Patos de Minas

Viviane Verbenia Santos

GRS Montes Claros

Helena Cotrim Furtado Albuquerque

GRS Manhumirim

Tatiana Maciel Ladeia Gonçalves

GRS Teófilo Otoni

Keliane Aparecida Silva

GRS Passos

Tatiana Vilela Pessoa

GRS Varginha



COORDENAÇÃO

Maria Laura Dias Alves e Silva

GMEST/SAF/SES-MG

Renata Cristina Resende Macedo

GMEST/SAF/SES-MG

AGRADECIMENTOS

Aos Diretores das Gerências Regionais de Saúde que atenderam prontamente ao convite da Superintendência de Assistência Farmacêutica, autorizando a participação dos profissionais farmacêuticos neste projeto;

Às Superintendências de Atenção à Saúde e Epidemiologia, que por meio de suas Gerências e Coordenações contribuíram na revisão deste documento;

À Gerência de Ações em Saúde, Gerência de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Vigilância Ambiental, Coordenação Estadual DST/Aids, Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes, Coordenação de Pneumologia Sanitária e Coordenação de Dermatologia Sanitária, parceiras constantes na garantia do acesso e uso racional de medicamentos no Estado de Minas Gerais.

Aos técnicos, coordenadores e todos os profissionais da SES-MG que contribuíram diretamente ou indiretamente para a conclusão deste manual.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|---|----|
| Quadro 1 | Insulinas do programa estadual de Diabetes em Minas Gerais | 28 |
| Quadro 2 | Insumos do programa estadual de Diabetes em Minas Gerais | 29 |
| Quadro 3 | Medicamentos do programa de Aids | 34 |
| Quadro 4 | Principais medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Infecções Oportunistas | 35 |
| Quadro 5 | Medicamentos do Programa de Endemias Focais | 40 |
| Quadro 6 | Componentes técnico e sub-componentes – eixos estruturantes das ações de controle da hanseníase | 44 |
| Quadro 7 | Medicamentos do programa de Hanseníase para poliquimioterapia | 45 |
| Quadro 8 | Outros medicamentos do programa de Hanseníase | 46 |
| Quadro 9 | Medicamentos do programa de Tuberculose | 53 |
| Quadro 10 | Esquemas de tratamento de Tuberculose | 54 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---------------------|---|
| ACH | Ações de Controle de Hanseníase |
| AF | Assistência Farmacêutica |
| Aids | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| Anvisa | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APAC | Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo |
| ARV | Anti-retrovirais |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CNHD | Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes |
| CPF | Cadastro de Pessoa Física |
| CRPHF | Centro de Referência Professor Hélio Fraga |
| DG | Diabetes Gestacional |
| DM1 | Diabetes Mellitus Tipo 1 |
| DM2 | Diabetes Mellitus Tipo 2 |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| ECT-Correios | Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos |
| EDI | Estoque e Distribuição de Imunobiológicos |

| | |
|---------------|---|
| FIN | Ficha Individual de Notificação |
| GMB | Gerência de Medicamentos Básicos |
| GMEST | Gerência de Medicamentos Estratégicos |
| GMEX | Gerência de Medicamentos Excepcionais |
| GRS | Gerência Regional de Saúde |
| HA | Hipertensão Arterial |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| LADA | <i>Latent auto-immune diabetes in adults</i> |
| MMMI | Mapa Mensal de Medicamentos e Insumos |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PN | Programa Nacional |
| PNCH | Programa Nacional de Controle da Hanseníase |
| PQT | Poliquimioterapia |
| SAF | Superintendência de Assistência Farmacêutica |
| SES/MG | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais |
| SICLOM | Sistema de Controle Logístico de Medicamentos |
| SIES | Sistema de Informação de Insumos Estratégicos |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TBMR | Tuberculose Multiresistente |
| UDM | Unidade Dispensadora de Medicamentos |
| URM | Unidade de Referência Municipal |
| VISA | Vigilância Sanitária |



ÍNDICE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 11 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 3 | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 13 |
| 4 | SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (SAF) | 14 |
| | 4.1 Gerência de Medicamentos Básicos | 14 |
| | 4.2 Gerência de Medicamentos Excepcionais/Alto Custo | 15 |
| | 4.3 Gerência de Medicamentos Estratégicos (GMEST) | 16 |
| 5 | CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 17 |
| | 5.1.1 Seleção de medicamentos | 17 |
| | 5.1.2 Programação | 18 |
| | 5.1.3 Aquisição | 18 |
| | 5.1.4 Armazenamento | 19 |
| | 5.1.5 Distribuição | 21 |
| | 5.1.6 Dispensação | 22 |
| | 5.1.7 Farmácia de Minas – Medicamentos Estratégicos | 23 |
| 6 | SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE CADASTRO/NOTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS | 24 |
| 7 | PROGRAMAS ESTRATÉGICOS | 26 |
| | 7.1 Diabetes Mellitus | 26 |
| | 7.1.1 Classificação do diabetes | 26 |
| | 7.1.2 Política Nacional de Hipertensão e Diabetes | 27 |
| | 7.1.3 Política Estadual de Hipertensão e Diabetes | 28 |
| | 7.1.4 Insulinas e Insumos distribuídos pela SES-MG | 28 |
| | 7.1.5 Do cadastramento de pacientes à dispensação dos medicamentos | 29 |
| | 7.1.6 Controle logístico das insulinas e insumos | 30 |
| | 7.1.7 Legislações e Publicações | 31 |
| | 7.2 DST/Aids | 32 |
| | 7.2.1 Programa Nacional DST/Aids | 33 |
| | 7.2.2 Política Estadual DST/Aids | 34 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 7.2.3 | Medicamentos distribuídos pelo programa DST/Aids..... | 34 |
| 7.2.4 | Da notificação da doença à dispensação dos medicamentos | 36 |
| 7.2.5 | Controle logístico dos medicamentos..... | 37 |
| 7.2.6 | Legislações e Publicações..... | 38 |
| 7.3 | Endemias Focais | 38 |
| 7.3.1 | Vigilância Epidemiológica no Brasil | 39 |
| 7.3.2 | Superintendência de Epidemiologia/SES-MG | 39 |
| 7.3.3 | Medicamentos que atendem ao programa | 40 |
| 7.3.4 | Da notificação das doenças à dispensação dos medicamentos | 41 |
| 7.3.5 | Legislações e Publicações..... | 43 |
| 7.4 | Hanseníase | 44 |
| 7.4.1 | Programa Nacional de Controle da Hanseníase..... | 44 |
| 7.4.2 | Política Estadual de Dermatologia Sanitária..... | 45 |
| 7.4.3 | Medicamentos que atendem ao programa de Hanseníase..... | 45 |
| 7.4.4 | Da notificação da doença à dispensação dos medicamentos | 46 |
| 7.4.5 | Talidomida..... | 47 |
| 7.4.6 | Controle logístico dos medicamentos..... | 50 |
| 7.4.7 | Legislações e Publicações..... | 51 |
| 7.5 | Tuberculose | 51 |
| 7.5.1 | Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) | 52 |
| 7.5.2 | Política Estadual de Pneumologia Sanitária..... | 52 |
| 7.5.3 | Medicamentos que atendem ao programa | 53 |
| 7.5.4 | Da notificação da doença à dispensação dos medicamentos | 56 |
| 7.5.5 | Controle Logístico dos Medicamentos | 57 |
| 7.5.6 | Legislações e Publicações..... | 58 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 59 |
| 9 | CONTATOS..... | 60 |
| 9.1 | Gerências Regionais de Saúde (GRS) | 61 |
| 10 | REFERÊNCIAS..... | 62 |
| 11 | ANEXOS..... | 63 |
| 11.1 | Anexo 1 – Formulário para registro de temperatura | |
| | (Termômetro de máxima e mínima) | 63 |

1 APRESENTAÇÃO

A qualificação da Assistência Farmacêutica e a promoção do acesso aos medicamentos estratégicos são importantes desafios para a adequada implementação das políticas públicas. A necessidade de aprimorar a gestão dos estoques, a distribuição e a dispensação dos medicamentos é ainda uma realidade nos diversos municípios do Estado de Minas Gerais.

Um dos grandes avanços conquistados pela Assistência Farmacêutica no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde é a implementação do programa Farmácia de Minas, incluindo o plano de reestruturação da Assistência Farmacêutica. Este visa qualificar os serviços farmacêuticos estaduais, por meio da criação da Rede Farmácia de Minas.

A vasta extensão territorial do Estado, associada à pulverização dos medicamentos estratégicos na rede de saúde, tem representado fator limitante para a interação entre os profissionais e o estabelecimento de fluxos e condutas padronizados. Objetivando discutir e normatizar as atividades farmacêuticas em medicamentos estratégicos, foi instituída uma comissão estadual de farmacêuticos, envolvendo profissionais de diversas Gerências Regionais de Saúde.

Como resultado da rica discussão dos profissionais, a Superintendência de Assistência Farmacêutica apresenta este manual, um documento referência para os responsáveis pela logística e dispensação de medicamentos estratégicos no âmbito do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

2 INTRODUÇÃO

Entendendo a Assistência Farmacêutica (AF) como componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde, após ampla discussão aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM n 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos no país.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para promover a melhoria da assistência à saúde da população. O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Considerando ainda a necessidade de organização da Assistência Farmacêutica, o Conselho Nacional de Saúde publicou, em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, por meio da Resolução 338 (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica, como sistema de apoio e em consonância com a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, deve interagir com os serviços de saúde, garantindo a disponibilidade dos medicamentos e insumos essenciais aos Programas Estratégicos.

No intuito de estabelecer as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na atenção primária à saúde, como parte da Política de Assistência Farmacêutica do SUS, foi publicada em 2007 a Portaria 3.237. Esta Portaria regulamenta, dentre outros, os Componentes Básicos e Estratégicos do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

A garantia do acesso aos medicamentos envolve várias dimensões, entre as quais destacam-se: estrutura, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional. Com a finalidade de contribuir para a melhoria das práticas dos serviços e racionalização dos processos de trabalho, a Superintendência de Assistência Farmacêutica disponibiliza este documento como uma ferramenta para o fortalecimento da gestão da Assistência Farmacêutica em Medicamentos Estratégicos no Estado de Minas Gerais.

3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica é uma atividade multidisciplinar. A produção de conhecimento é considerada estratégica, bem como o desenvolvimento dos recursos humanos e serviços. Exige articulação permanente com áreas técnicas, administrativo-financeiras, coordenações de programas estratégicos de saúde, Conselhos de Saúde, universidades, profissionais de saúde, entre outros segmentos da sociedade, para melhor execução, divulgação e apoio às suas ações (BRASIL, 2006).

A ação integrada da Assistência Farmacêutica com as outras práticas da atenção à saúde contribui decisivamente para a melhoria da qualidade desta atenção e, tendo o paciente como referencial, reelabora as suas estratégias e métodos de trabalho (GOMES, 2007).

No que tange à qualidade e a eficiência do gerenciamento da AF, estas estão condicionadas à estrutura, ao processo de trabalho, aos recursos humanos e à utilização adequada dos medicamentos. A qualidade é a base de qualquer processo de trabalho e engloba conhecimentos que conduzam à sua garantia, visando à redução de perdas e custos, adequação de serviços e maximização de resultados (BRASIL, 2001).

4 SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (SAF)

Entendendo que o acesso a medicamentos é parte determinante para a efetivação da premissa de governo: “Minas, o melhor lugar para se viver” e reconhecendo a necessidade de reorientação das atividades de Assistência Farmacêutica, o Governo de Minas, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG), promoveu a evolução institucional da antiga Gerência de Assistência Farmacêutica (GEAF) à Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF).

A Superintendência de Assistência Farmacêutica está vinculada à Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, conta com o apoio do Núcleo de Assessoria Técnica (NAT) e é composta por três gerências:

- Gerência de Medicamentos Básicos
- Gerência de Medicamentos Excepcionais/Alto Custo
- Gerência de Medicamentos Estratégicos

4.1 Gerência de Medicamentos Básicos

A descentralização de algumas ações da AF, com a definição de responsabilidades dos três níveis de governo, iniciou-se após a publicação da Política Nacional de Medicamentos. Dentre estas ações merecem destaque a participação efetiva dos estados e dos municípios na programação de alguns medicamentos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo MS, além da qualificação de recursos humanos envolvidos com a AF nos estados e municípios. Ocorreu também em 1999, por meio da Portaria nº 176, a descentralização de recursos financeiros para a aquisição de um elenco de medicamentos destinado à atenção básica, composto por 28 itens, chamado Incentivo à Assistência Farmacêutica. Sua adoção representou maior autonomia e responsabilidade para os municípios na gestão do medicamento.

O Ministério da Saúde (MS) considera como medicamentos básicos os produtos necessários às ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde. Na tentativa de minimizar a dispersão dos recursos destinados aos medicamentos para a atenção básica em diversos programas, foi publicada em 2005 a Portaria nº 2.084, regulamentando o elenco de medicamentos e valores mínimos per capita de investimento a ser realizado pelos três níveis de governo. De acordo com essa Portaria, a Assistência Farmacêutica Básica foi dividida em dois componentes, um descentralizado e outro centralizado.

O componente descentralizado é financiado pelas três esferas de governo. O elenco e os valores de contrapartida são pactuados por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) conforme legislação vigente. A forma de pactuação entre o estado de Minas Gerais e os municípios para o componente descentralizado ocorreu de duas formas: totalmente centralizado no Estado ou parcialmente descentralizado no município.

Atualmente, o financiamento e as normas de execução do Componente Básico da Assistência Farma-

cêutica estão pactuados pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 415 de 21 de fevereiro de 2008, conforme Portaria GM/MS nº 3.237/2007. Os valores anteriormente definidos para os grupos de hipertensão e diabetes, asma e rinite e saúde mental passam a compor valor único de financiamento no componente básico. O elenco de medicamentos do componente básico em vigor é composto por 107 itens.

Maiores informações podem ser obtidas pelo endereço: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gmb/.

4.2 Gerência de Medicamentos Excepcionais/Alto Custo

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional foi instituído oficialmente em 1982, sendo financiado pelo Governo Federal por meio do Ministério da Saúde e co-financiado pelo Estado de Minas Gerais. O Programa é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.577/2006 e pela Portaria GM/MS nº 1.869/2008, contemplando a dispensação de medicamentos para:

- Doenças raras ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e
- Doenças prevalentes, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado desde que:
 - » haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou;
 - » o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

Os recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde são repassados mensalmente aos Estados, responsáveis pela programação, aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos pacientes cadastrados, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e/ou pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Os recursos repassados aos estados têm os valores apurados com base nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo - APAC, emitidas mensalmente pelo Governo Estadual e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

O acesso aos medicamentos excepcionais/alto custo ocorre por meio da abertura de processo, composto por documentos e exames exigidos pelos Protocolos Clínicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A análise dos processos é centralizada, sendo realizada por especialistas vinculados à SES-MG. Caso o paciente se enquadre nos critérios clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, ele é cadastrado no Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional e recebe mensalmente o medicamento solicitado. A dispensação dos medicamentos é realizada em 43 farmácias, sendo 28 farmácias em GRS e 15 farmácias satélites localizadas em municípios. A cada três meses, o processo de solicitação do medicamento excepcional/alto custo deve ser renovado. Cabe às GRS a comprovação do

atendimento ao paciente, o que se dá através da emissão da APAC, documento exigido pelo Ministério da Saúde para ressarcimento dos valores ao Estado.

A Gerência de Medicamentos Excepcionais/Alto Custo controla o número de pacientes cadastrados, as variações nas doses prescritas pelos médicos, a substituição e/ou suspensão dos medicamentos, a entrada de novos pacientes e a saída de outros (alta, cura, abandono ou óbito), fatores de extrema importância para que se possa fazer o planejamento da aquisição dos medicamentos e gerenciamento do Programa.

Maiores informações podem ser obtidas pelo endereço eletrônico: **<http://www.saude.mg.gov.br/servicos/cidadao/dispensacao-de-medicamentos-1/dispensacao-de-medicamentos-1/medicamentos-excepcionais>**.

4.3. Gerência de Medicamentos Estratégicos (GMEST)

O Ministério da Saúde considera como estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, com impacto sócio-econômico importante e cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas. Entre estes medicamentos incluem-se aqueles para o tratamento da Tuberculose, Hanseníase, Endemias Focais, DST/Aids e também Sangue e Hemoderivados. Mais recentemente, por meio da Portaria GM nº. 3.237/2007, os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para Alimentação e Nutrição passaram a integrar o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

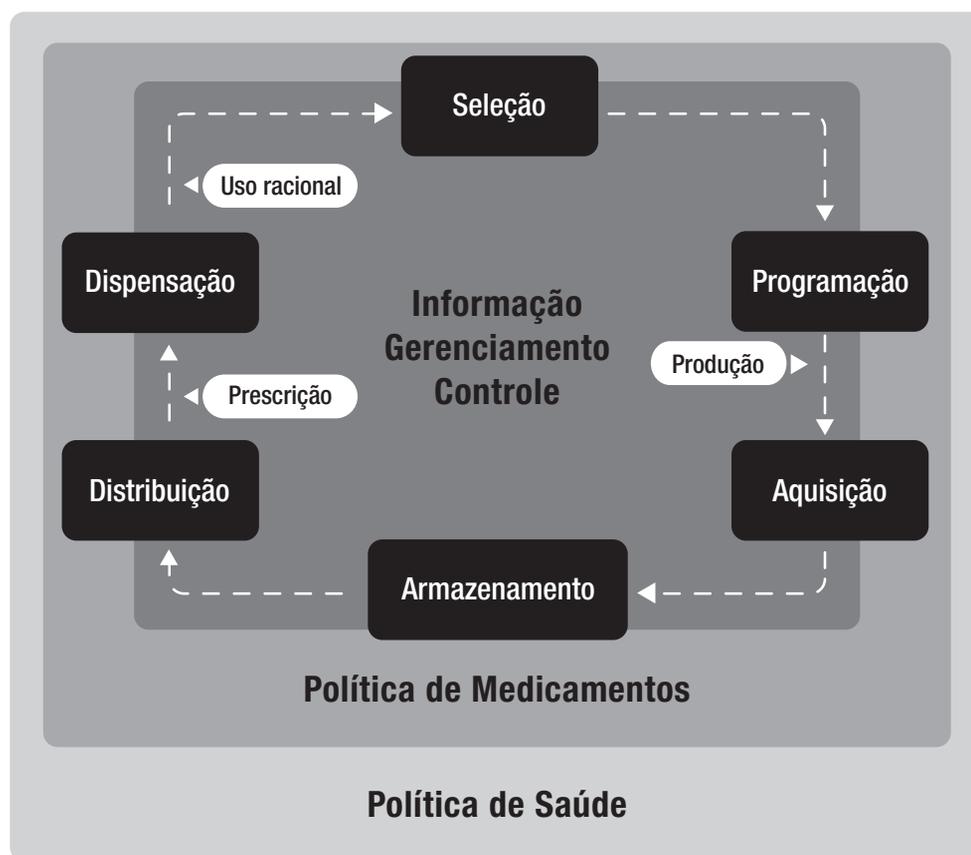
Os medicamentos dos programas estratégicos são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e repassados aos Estados, cuja responsabilidade é armazená-los e distribuí-los aos municípios. De acordo com a Portaria GM nº. 3.237, o Ministério da Saúde também financia a aquisição e a distribuição, às Secretarias de Saúde dos Estados, da Insulina NPH Humana e Regular Humana, além de Contraceptivos e Insumos do Programa Saúde da Mulher.

A GMEST atualmente é responsável pela programação e distribuição de medicamentos dos Programas: DST/Aids, Hanseníase, Diabetes e Talidomida para outras patologias. Os demais medicamentos repassados pelo Ministério da Saúde estão sob a responsabilidade das Coordenações dos Programas Estaduais das respectivas áreas, devendo ser incorporados pela Gerência até dezembro de 2008.

5 CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Dentro do processo de padronização da Assistência Farmacêutica dos Medicamentos Estratégicos deve-se considerar a necessidade do aprimoramento das etapas que compõem o Ciclo da Assistência Farmacêutica (Fig. 1).

Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica



5.1.1 Seleção de medicamentos

A seleção é um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando garantir medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas em saúde.

É uma atividade importante da Assistência Farmacêutica, pois é a partir da seleção que são desen-

volvidas as demais atividades. A seleção deve ser acompanhada da elaboração de formulário terapêutico, documento que reúne informações técnico-científicas relevantes e atualizadas sobre os medicamentos selecionados, servindo de subsídio fundamental aos prescritores. É um processo dinâmico, participativo, que precisa ser bem articulado e deve envolver a maior representatividade de especialidades médicas e profissionais da saúde.

Os medicamentos estratégicos são selecionados pelo MS, por meio dos programas nacionais, comitês e grupos técnicos, muitas vezes em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com apoio da comunidade científica.

5.1.2 Programação

Programar consiste em estimar as quantidades a serem adquiridas para atendimento à determinada demanda dos serviços, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento.

A programação é de suma importância para evitar compras e perdas desnecessárias, assim como a descontinuidade no suprimento, definindo as prioridades dos medicamentos a serem adquiridos, frente à disponibilidade de recursos.

Aspectos a serem considerados: dados de consumo e demanda, perfil epidemiológico do local, dados populacionais, recursos financeiros disponíveis, mecanismo de controle e acompanhamento, oferta de serviços, entre outros.

A programação de Talidomida para outras patologias, de insulinas, medicamentos para tuberculose, hanseníase e endemias focais é elaborada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica/MS e Coordenações Nacionais dos Programas em conjunto com a Assistência Farmacêutica e Coordenações Estaduais, sendo feita prospectivamente para um ano. A programação de medicamentos anti-retrovirais é realizada pela logística do Programa Nacional DST/Aids, utilizando como referência os dados consolidados pelo Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) Gerencial.

5.1.3 Aquisição

Consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema.

O processo de aquisição, para ser bem executado, deve considerar a existência de uma política de aquisição, com fontes de recursos, periodicidade, fluxo do processo, responsabilidades dos setores envolvidos e a relação de medicamentos.

A aquisição dos medicamentos de programas estratégicos é realizada pelo MS. Além destes, os estados adquirem outros medicamentos para atender a demanda específica de alguns programas. No caso do estado de Minas Gerais, são adquiridos Insulina Glargina, insumos para Diabetes e medicamentos para tratamento de Infecções Oportunistas em pessoas vivendo com HIV/Aids.

5.1.4 Armazenamento

O armazenamento dos medicamentos distribuídos pela GMEST/SAF é de responsabilidade do Núcleo Central de Assistência Farmacêutica (NUCAF) que está vinculado à Gerência de Logística/Superintendência de Gestão/SES-MG.

Recebimento de medicamentos

No momento do recebimento dos medicamentos, deve-se verificar a compatibilidade dos produtos solicitados e recebidos, ou seja, se os medicamentos entregues estão em conformidade com as condições estabelecidas. Para tanto, normas e procedimentos técnico-administrativos devem ser elaborados, bem como instrumentos de controle para o registro das informações.

As GRS e municípios do estado de Minas Gerais recebem os medicamentos solicitados agrupados em volumes entregues pelos Correios. O responsável pelo recebimento deve realizar inspeção física nestes volumes para identificar possíveis alterações nas embalagens. Os volumes devem conter as faturas do NUCAF, o 'Conhecimento de Cargas' e a relação contendo o número de protocolo de cada volume, emitido pelos Correios.

Desta forma, todo responsável pelo recebimento de cargas deve primeiramente localizar junto à carga recebida as faturas dos medicamentos, o conhecimento de cargas e a relação de protocolo. No conhecimento de cargas deve-se verificar a quantidade de volumes enviados e comparar com o recebido. Caso haja alguma diferença, deve-se mostrar imediatamente ao 'operador do correio' e conferir, juntamente com ele, o número de protocolo de cada volume. As caixas que estiverem faltando deverão constar da ocorrência lavrada pelo 'operador do correio', inclusive relatando o número do protocolo de cada volume. Uma cópia desta ocorrência deve ser prontamente repassada ao NUCAF para que os volumes extraviados sejam localizados.

Após a conferência da carga e liberação do entregador dos correios, o responsável pelo recebimento deve proceder à abertura das caixas para conferir seu conteúdo com a fatura do NUCAF (apresentação, data de validade, lote e quantidade). Os medicamentos nunca devem ser recebidos sem a documentação referente.

Armazenamento de medicamentos – orientações gerais

Estocar e administrar um almoxarifado de medicamentos é uma atividade de relevada importância. Os medicamentos mal conservados tornam-se inativos ou nocivos à saúde.

Os medicamentos devem ser estocados sobre estrados ou prateleiras, em local que não receba luz direta. A temperatura de armazenamento deve seguir as exigências do fabricante, conforme padrão apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Escalas de temperatura

| Especificação | Temperatura (°C) |
|----------------------|-------------------|
| Refrigeração | De 2 a 8 graus |
| Local fresco | De 8 a 15 graus |
| Temperatura Ambiente | De 15 a 30 graus |
| Temperatura quente | Acima de 30 graus |

Para facilitar a limpeza e circulação de pessoas, os medicamentos devem ser estocados a uma distância mínima de 1 metro das paredes. As embalagens parcialmente utilizadas devem ser novamente fechadas e ser identificadas pelo lado externo. Os medicamentos controlados pela Portaria nº 344/98 (exemplo: Talidomida) devem ser armazenados em armário de aço com chave, com acesso apenas a pessoas autorizadas. As entradas e saídas devem ser registradas em livro próprio sob responsabilidade do farmacêutico.

Não se devem estocar medicamentos diferentes com embalagens parecidas na mesma prateleira para evitar trocas. Os produtos devem ser ordenados de acordo com a data de validade, os que estiverem com data de validade mais próxima da expiração, devem ser colocados à frente para serem distribuídos/dispensados primeiramente. Também não se deve estocar materiais de limpeza/alimentos próximos aos medicamentos e não se deve colocar os medicamentos diretamente sobre o chão.

A estrutura física do local de armazenamento deve seguir as seguintes recomendações:

- Piso: deve ser plano, de fácil limpeza (utilizar apenas pano úmido ou água e sabão para efetuar a limpeza).
- Paredes: de cor clara, pintura lavável, isentas de infiltrações e umidade.
- Teto: Preferencialmente laje, evitar telhas de amianto que absorvem calor.
- Janelas: devem possuir telas para proteção contra entrada de animais.
- Instalações elétricas: não utilizar adaptadores, ligar aparelhos diretamente nas tomadas
- Estantes: devem ser de aço ou fórmica e utilizadas para medicamentos desembalados ou acondicionados em pequenas caixas, sendo de 60 cm a profundidade ideal.
- Estrados: são próprios para caixas maiores. Tamanho máximo deve ser de 120 cm.
- Ventilação mecânica (ar condicionado) em número suficiente, proporcional ao tamanho do ambiente, para garantir a temperatura ideal de armazenamento.

O almoxarifado deve dispor de termômetros capazes de registrar temperaturas máximas e mínimas. Sugere-se que estes termômetros estejam localizados em locais estratégicos para que o acompanhamento da temperatura seja rigoroso. O registro da temperatura deve ser feito duas vezes ao dia, em formulário próprio (Anexo 1).

Armazenamento de medicamentos termolábeis

Medicamentos termolábeis são aqueles que necessitam de refrigeração, ou seja, temperatura entre 2°C e 8°C. Quando armazenados de forma inadequada estão sujeitos a alterações em suas propriedades físico-químicas e farmacológicas, tornando-se impróprios ao consumo.

Os refrigeradores para armazenamento destes medicamentos devem ser exclusivos, não sendo permitida a existência de alimentos ou outras substâncias juntamente com os medicamentos. Os refrigeradores devem estar em local ao abrigo do sol, de correntes de ar e distantes de paredes.

Os medicamentos não devem ser colocados na porta do refrigerador (devido a oscilação brusca de temperatura), nem no congelador, ou próximo a ele. Entre as caixas dos medicamentos e as paredes do refrigerador deve ser mantido um espaço que permita a circulação de ar.

A temperatura de armazenamento deve ser verificada e registrada duas vezes por dia, com termômetro de máxima e mínima, anotando as temperaturas, em formulário próprio (Anexo 1), especificando

tratar-se de registro de temperatura de refrigerador. No caso de alterações bruscas de temperatura (fora da especificação), deve-se consultar o fornecedor do produto para providências cabíveis.

Controle de estoque e validade

O controle de estoque e validade é uma atividade técnico-administrativa que visa subsidiar a programação e aquisição de medicamentos, na manutenção dos níveis de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema. Os estoques devem ser inventariados periodicamente e, qualquer discrepância, devidamente esclarecida. Medicamentos com data de validade vencida devem ser retirados do estoque e descartados, obedecendo a legislação vigente e seguindo o fluxo recomendado no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Levando-se em conta o grande número de pequenos geradores de resíduos existentes na nossa sociedade, e que os resíduos por eles gerados são de natureza variada, incluindo metais pesados, solventes halogenados, radioisótopos e material infectante, faz-se necessário a elaboração de um plano eficiente de gerenciamento de resíduos.

A implementação e manutenção bem sucedida de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) demanda a adoção de conceitos importantes, os quais nortearão as atividades a serem desenvolvidas no desenrolar do plano. É importante saber que gerenciar resíduos não é sinônimo de “geração zero de resíduo”. Ou seja, o gerenciamento de resíduos busca não só minimizar a quantidade gerada, mas também impõe um valor máximo na concentração de substâncias notadamente tóxicas no efluente final da unidade geradora, tendo como guia a Resolução CONAMA 20. Além disso, só se pode gerenciar aquilo que se conhece, e assim sendo, um inventário de todo o resíduo produzido na rotina da unidade geradora é indispensável. Outro fator de extrema importância é o da responsabilidade objetiva na geração do resíduo, ou seja, o gerador do resíduo é o responsável pelo mesmo, cabendo a ele sua destinação final.

As resoluções RDC ANVISA Nº 306/04 e a CONAMA 358/05 têm o propósito de orientar a implementação do PGRSS. O Manual de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde pode ser encontrado no site da Anvisa: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf. A Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP) disponibiliza um CD com exposições técnicas, o Manual de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde e as resoluções pertinentes. Para a obtenção gratuita do CD, é necessário fazer um cadastro por meio do endereço eletrônico http://www.fespsp.org.br/cdanvisa_2006/cadastro.html.

5.1.5 Distribuição

Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária. Uma distribuição de medicamentos deve garantir: rapidez e segurança na entrega, eficiência no sistema de informação e controle.

Qualquer sistema de distribuição tem início a partir de uma solicitação (por parte do requisitante) para o nível de distribuição envolvido, visando suprir as necessidades desses medicamentos por um determinado período de tempo. A partir da solicitação, faz-se uma avaliação criteriosa para proceder ao atendimento

requerido, verificando as quantidades distribuídas, o consumo, a demanda (atendida e não atendida), o estoque existente, a data do último atendimento e a solicitação anterior.

A periodicidade com que os medicamentos são distribuídos às unidades operativas varia em função da programação, da capacidade de armazenamento e nível da demanda local, tempo de aquisição, disponibilidade de transporte e de recursos humanos, entre outros. O intervalo de tempo entre as distribuições deve ser cuidadosamente observado, evitando-se o desabastecimento.

A distribuição dos medicamentos estratégicos é feita periodicamente pelo MS aos almoxarifados estaduais de acordo com a programação realizada e cronograma pré-estabelecido. Estes almoxarifados fazem a distribuição aos almoxarifados regionais e/ou municipais. Em alguns casos, os medicamentos são entregues diretamente às unidades de saúde.

Conforme item 5.1.4, o MS distribui anti-retrovirais, talidomida, insulinas e medicamentos para hanseníase e tuberculose periodicamente para os estados, sem a necessidade de requisição. Nestes casos, os estados só realizam requisição de medicamentos ao MS em situações específicas, como o aumento da demanda acima do programado. A requisição de medicamentos para as endemias focais é realizada periodicamente por meio do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) conforme demanda regional.

As Gerências Regionais de Saúde e os municípios de Minas Gerais solicitam os medicamentos e insumos ao estado por meio de instrumentos específicos para cada programa estratégico (mapas mensais de medicamentos e insumos e sistemas informatizados).

Para transportar os medicamentos devem-se considerar as condições adequadas de segurança, a distância das rotas das viagens, a seleção do veículo, o tempo da entrega, custos financeiros e pessoal devidamente capacitado. Portanto, deve-se garantir que o meio de transporte utilizado preserve a qualidade do medicamento durante todo o período de trânsito.

Medicamentos termolábeis devem ser acondicionados em caixas térmicas com barras de gelo reciclável em quantidade proporcional ao tamanho da caixa e tempo previsto de chegada ao destino. Recomenda-se manter tais medicamentos nas caixas térmicas por no máximo 24 horas fora de refrigeração mecânica.

Atualmente, o transporte dos medicamentos do almoxarifado para as GRS e/ou municípios é realizada de forma terceirizada pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT-Correios).

5.1.6 Dispensação

Dispensação é o ato profissional farmacêutico de fornecimento ao usuário de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, em resposta a apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso correto de medicamentos e correlatos, com base em parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos e epidemiológicos. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

A informação deve ser prestada de forma clara, simples, compreensiva, em função das necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico e cultural, e do tipo de medicamento prescrito.

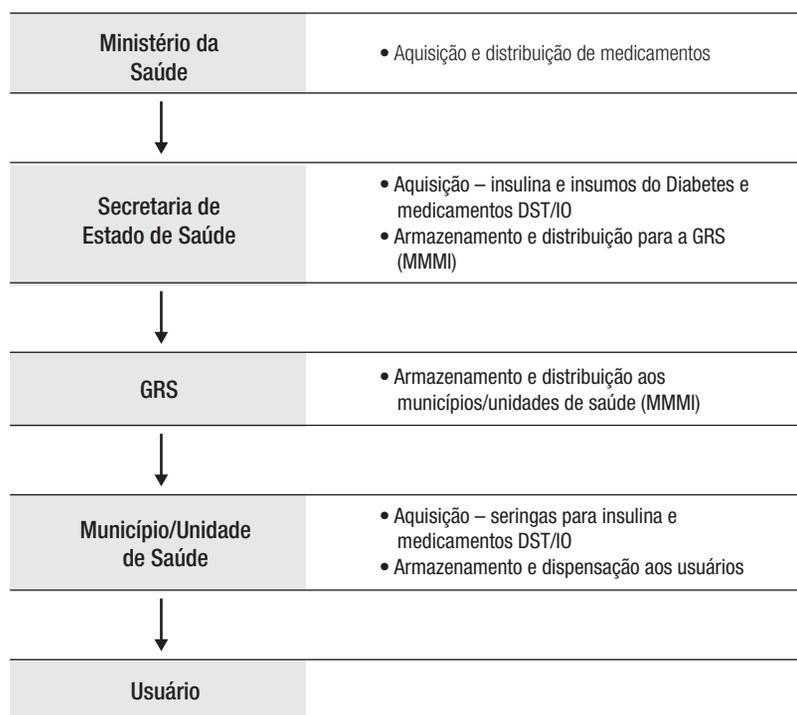
A atividade de dispensação é regulamentada por legislação específica. Merecem citação:

- RESOLUÇÃO RDC Nº 10 DE 2 DE JANEIRO DE 2001. Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos.
- RESOLUÇÃO CFF Nº 357 DE 20 DE ABRIL DE 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia
- RESOLUÇÃO CFF Nº 349 DE 20 DE JANEIRO DE 2000. Estabelece a competência do farmacêutico em proceder a intercambialidade ou substituição genérica de medicamentos.
- LEI FEDERAL Nº 9.787 DE 10 DE FEVEREIRO DE 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
- RESOLUÇÃO RDC Nº 328 DE 22 DE JULHO DE 1999. Institui Regulamento Técnico sobre as Boas Práticas de Dispensação de medicamentos em farmácias e drogarias.
- PORTARIA Nº 344 DE 12 DE MAIO DE 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- PORTARIA Nº 99 DE 29 DE SETEMBRO DE 1993. Regulamenta o fracionamento de medicamentos.

5.1.7 Farmácia de Minas – Medicamentos Estratégicos

O fluxograma abaixo ilustra de forma simplificada como acontece a Assistência Farmacêutica em Medicamentos Estratégicos no estado de Minas Gerais.

Figura 1: Fluxograma de Assistência Farmacêutica dos Medicamentos Estratégicos em MG



6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE CADASTRO/NOTIFICAÇÃO DE USUÁRIOS

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde – SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, divulgação e recomendações para a ação.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais possuem sistemas de informação que são bancos de dados alimentados pelos municípios e pelo próprio estado. Um dos sistemas de informação mais utilizados pelas coordenações nacionais e estaduais dos programas estratégicos do MS, para cadastro e acompanhamento de pacientes, é o SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 5 de 21 de fevereiro de 2006), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso a informações e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

Muitas das doenças contempladas por programas estratégicos do MS estão presentes na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória:

- Cólera
- Doenças de Chagas (casos agudos)
- Doença Meningocócica e outras Meningites
- Esquistossomose (em área não endêmica)
- Hanseníase
- Hepatites Virais
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- Leishmaniose Tegumentar Americana
- Leishmaniose Visceral
- Malária

- Peste
- Sífilis – congênita e em gestante
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
- Tuberculose

O SINAN pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando se suspeita de problemas de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde.

7 PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Todos os programas estratégicos possuem coordenações específicas para estabelecer políticas de ações em saúde. A Gerência de Medicamentos Estratégicos em parceria com estas coordenações faz a programação e distribuição dos medicamentos para tratamento de cada doença e insumos de automonitorização para o Diabetes.

7.1 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, caracterizado por hiperglicemia que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas e cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

7.1.1 Classificação do diabetes

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)

O DM1 ocorre em consequência à destruição de células beta do pâncreas, que leva à deficiência absoluta de insulina e tendência à cetoacidose. Ocorrem taxas variadas de destruição celular, incluindo-se uma forma lenta: LADA – *Latent auto-immune diabetes in adults*.

O LADA se caracteriza pelo surgimento tardio do Diabetes Tipo 1. Também é conhecido como Diabetes Tipo 1.5, podendo ser confundido com o Tipo 2. Sua maior incidência acontece entre pacientes de 35 a 60 anos, magro e com cetose. Seu diagnóstico é feito através do teste do anticorpo GAD.

A incidência do diabetes de tipo 1 varia de 7 a 12 por 100.000 habitantes entre 0 a 14 anos. Geralmente, tem seu início na infância ou na adolescência, estando associado a mecanismos auto-ímmunes ainda não bem definidos, como infecções viróticas e processos alérgicos.

O indivíduo apresenta poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento, mas, muitas vezes, o diagnóstico somente é feito em situação emergencial, como por exemplo em casos de coma cetoacidótico. A alteração osmótica provocada pela hiperglicemia e pela produção elevada de corpos cetônicos provoca um desequilíbrio no metabolismo ácido-básico e hidroeletrólítico em crianças e em jovens diabéticos.

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

O DM2 representa um grupo heterogêneo de condições que ocorrem predominantemente nos adultos e são responsáveis por mais de 90% dos casos de diabetes. Nesses pacientes, a insulina endógena é suficiente para prevenir a cetose, mas é insuficiente para impedir o aparecimento de hiperglicemia diante da resistência dos tecidos à insulina. A resistência à insulina está presente mesmo em pacientes não obesos decorrentes da inter-relação de diversos fatores. Além disso, as evidências sugerem que haja também uma

deficiência na resposta das células beta pancreáticas à insulina. Dados epidemiológicos sugerem um forte componente genético na patogenia do diabetes tipo 2.

A prevalência do Diabetes no Brasil é de 12,1%, sendo que deste total 90% correspondem a DM2. Por ser assintomático na maior parte dos casos, costuma ser desconhecido em quase metade dos portadores. Ocorre na idade adulta, depois dos 40 anos, tendo como fatores ambientais associados a obesidade, global ou localizada no abdome, inatividade física, hipertensão arterial e dislipidemia.

A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos. A sintomatologia clínica é bastante frustrada, sendo o diagnóstico de hiperglicemia, na maioria das vezes, realizado por queixas vagas ou em exame laboratorial. A ação da hiperglicemia no endotélio e em outros mecanismos bioquímicos provoca uma série de agravos cardiovasculares em ambos os tipos de diabetes, podendo resultar em doença coronariana seguida das complicações arteriais cerebrais, em membros inferiores, pelo comprometimento das arteríolas em rins e retina.

Diabetes Gestacional (DG)

O DG é a intolerância aos carboidratos, em variados graus de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir durante o parto. São fatores de risco: idade superior a 25 anos, obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez, gordura abdominal excessiva, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, baixa estatura ($\leq 1,51$ cm), crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional.

É indicado o rastreamento do Diabetes gestacional para todas as gestantes com presença ou não de fatores de risco devido à simplicidade de adoção do teste e a possibilidade de intervenção terapêutica precoce, por meio do teste de glicemia de jejum.

7.1.2 Política Nacional de Hipertensão e Diabetes

A Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes (CNHD) visa aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial (HA) e do diabetes mellitus (DM) através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento.

A CNHD tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular com a consequente melhoria da qualidade de vida da população. Para garantir a efetividade destas propostas, a CNHD promove as seguintes ações:

- Capacitação de multiplicadores para a atualização em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, dos profissionais que atuam na rede básica do SUS;
- Campanhas de detecção de casos suspeitos de HA, DM, visando o diagnóstico precoce e intenso incentivo à adoção de hábitos saudáveis de vida;
- Confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e início da terapêutica (Portaria Conjunta de 05/3/2002, instituindo o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus);
- Cadastramento e vinculação, às Unidades Básicas de Saúde, dos portadores de HA e DM para

o tratamento e acompanhamento. (Portaria nº 371/GM de 04/03/2002 instituindo o Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes)

Medicamentos e Insumos

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.237 de 24/12/07, o Ministério da Saúde financia a aquisição e distribuição às Secretarias de Estado de Saúde, de insulinas NPH e Regular para o tratamento do DM. Já os insumos para automonitorização do DM são financiados pelos municípios e estados, conforme pactuação em CIB.

7.1.3 Política Estadual de Hipertensão e Diabetes

Em 2004, no período de execução do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no Brasil, implantado pelo MS, a SES/MG estabeleceu diretrizes e metas para a reorganização da assistência aos portadores desta patologia em Minas Gerais. Em 2007, a implantação da rede de atenção à Hipertensão e Diabetes foi inserida, como projeto associado, no Programa de Governo. O Programa Bem-Estar (Hiperdia) foi criado no sentido de reunir esforços para prevenir e/ou efetivamente tratar Hipertensão e Diabetes. A visão de futuro proposta para o Programa foi conhecer a totalidade da população portadora de Hipertensão e Diabetes no Estado, combater os fatores de risco para essas patologias e estabelecer assistência adequada e oportuna para redução dos agravos delas decorrentes.

A Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes está vinculada à Gerência de Ações de Saúde/Superintendência de Atenção à Saúde/SES-MG, sendo responsável dentre outras ações pelo controle e atualização do Censo dos Portadores de Diabetes Insulino-dependentes no Estado.

7.1.4 Insulinas e Insumos distribuídos pela SES-MG

No Quadro 1 estão listadas as insulinas distribuídas pelo estado de Minas Gerais para o programa de diabetes. Como pode ser observado, as insulinas NPH e Regular são adquiridos pelo MS e a Insulina Glargina é adquirida pela SES-MG.

Quadro 1: Insulinas do programa estadual de Diabetes em Minas Gerais

| Insulinas | Apresentação | Responsável pela aquisição |
|-----------------------------------|--------------|----------------------------|
| Insulina Humana NPH 100 UI/mL | Frasco 10 mL | Ministério da Saúde |
| Insulina Humana Regular 100 UI/mL | | |
| Insulina Glargina 100 UI/mL | Frasco 10 mL | SES-MG |
| | Refil 3 mL | |

Ainda como parte do programa estadual de diabetes são adquiridos os insumos para a automonitorização, que estão apresentados no Quadro 2. Dentre os insumos apresentados, apenas as seringas para aspiração e aplicação de insulina são adquiridas pelos municípios. Caso o município não utilize o valor total da contrapartida para a compra de seringas, é recomendado que o restante seja aplicado, de forma complementar, na compra de tiras reagentes.

Quadro 2: Insumos do programa estadual de Diabetes em Minas Gerais

| Insumo | Critério de distribuição | Responsável pela aquisição |
|--|---------------------------|----------------------------|
| Tiras reagentes para medição de glicemia capilar | 2 tiras / dia | SES-MG |
| Glicosímetro compatível com a tira reagente | 1 glicosímetro / paciente | |
| Lancetas | 1 lanceta / dia | |
| Lancetador compatível com a lanceta | 1 lancetador / paciente | |
| Seringas agulhadas para aplicação de insulina | 1 seringa / dia | Município |

7.1.5 Do cadastramento de pacientes à dispensação dos medicamentos

A Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes/MS em parceria com o DATASUS (Departamento de Informática do SUS) desenvolveram um sistema informatizado de cadastramento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, disponível para consulta no site <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Este sistema é alimentado com dados fornecidos pelos municípios que possuem o programa HiperDia instalado nos computadores das unidades de atendimento.

O Sistema HiperDia é disponibilizado para estados (no módulo de consulta) e municípios, que têm acesso para cadastramento e acompanhamento de portadores HA e DM. Este sistema pode ser uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e gestores do SUS para definir o perfil epidemiológico de sua população. Para tanto, o HiperDia passa continuamente por adaptações para aumentar sua utilização por parte dos profissionais e gestores.

Para maiores informações quanto ao recebimento da instalação e treinamento para utilização do sistema HiperDia, entrar em contato com a coordenação Estadual pelo endereço eletrônico hiperdia.sas@saude.mg.gov.br.

A Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes em parceria com o DATASUS apóia os municípios através das Gerências Regionais de Saúde para que sejam feitos os cadastros de forma regular no sistema HiperDia. Entretanto, o sistema do MS não é utilizado como fonte de informações sobre os diabéticos em Minas Gerais, já que a coordenação estadual possui acesso apenas à consulta dos dados lançados pelos municípios, que não podem ser editados.

Desta forma, a Coordenação Estadual instituiu, em abril de 2004, o “Censo dos Portadores de Diabetes Insulino-Dependentes”, uma planilha em Excel que é preenchida pelos municípios e enviada à respectiva Gerência Regional de Saúde, que consolida os dados, encaminhando-os à coordenação.

Ao preencher a planilha em Excel e enviar ao município, a unidade de saúde efetiva o cadastro dos pacientes insulino-dependentes no censo. Para isso, a unidade deve solicitar aos pacientes:

- relatório médico com o tempo do diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM1, DM2, DG), data de início da insulino-terapia, tipo de insulina utilizada (NPH, Regular e/ou Gargina) e a quantidade prescrita em UI/dia;
- dados pessoais do paciente: nome completo, CPF, data de nascimento e nome da mãe.

Todo paciente insulino-dependente (DM1, DM2, DG) deve ser cadastrado no Censo. As atualizações dos

pacientes cadastrados devem ser feitas periodicamente. Recomenda-se que, semanalmente, os municípios façam as alterações necessárias (casos novos, mudança de doses, exclusões por óbito ou transferência de município), e enviem à referência técnica de Hipertensão e Diabetes da Gerência Regional de Saúde. Sugere-se ainda que, quinzenalmente, as GRS atualizem o consolidado do censo dos municípios de sua abrangência e enviem à coordenação estadual.

O censo é atualizado constantemente pela coordenação estadual, na medida em que recebe os dados consolidados das GRS. Por meio dele, é possível identificar os portadores de diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2 insulino-dependentes, cadastrados nos municípios do Estado. Conforme os dados do censo, atualizado em agosto de 2008, Minas Gerais possui atualmente 110.593 pacientes usuários de insulina DM1 e DM2 cadastrados. Os portadores de DM1 recebem periodicamente insumos para automonitorização de glicemia e juntamente com os DM2 recebem também as insulinas.

Insulinas

As Insulinas Humanas 100 UI/mL NPH e Regular são fornecidas para os portadores DM1, DM2 e DG cadastrados no censo.

A Insulina Glargina é um análogo de insulina resultante da substituição de aminoácidos das cadeias da proteína. É um medicamento de alto custo adquirido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e disponibilizado para pacientes que se enquadrarem nos critérios para distribuição de Insulina Glargina em portadores de Diabetes Tipo 1 no Estado de Minas Gerais.

Para o recebimento da Insulina Glargina, faz-se necessária a abertura de processo. Os pacientes cujos processos de Glargina forem deferidos, também devem ser cadastrados no censo estadual para receber os insumos. Para maiores informações quanto à montagem de processo para recebimento de insulina glargina, entrar em contato com a Gerência de Medicamentos Excepcionais/Alto Custo por meio do e-mail gmex@saude.mg.gov.br.

Insumos

Os insumos de automonitorização (glicosímetros, fitas reagentes, lancetadores e lancetas) são adquiridos pela SES/MG para pacientes DM1 cadastrados no censo e a aquisição de seringas agulhadas são de responsabilidade dos municípios conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 415/08 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 256/06.

Além do DM1, as portadoras de Diabetes Gestacional também podem receber os insumos de automonitorização e Insulinas, conforme Deliberação CIB-SUS/MG256/06, desde que seja feito o cadastro no censo, especificando-se a condição de gestante.

A unidade de saúde deve manter o controle de distribuição dos insumos ao usuário cadastrado no censo, por meio de um recibo, contendo: data, descrição e quantidade dos produtos fornecidos e assinatura do usuário ou de um terceiro devidamente identificado. Este recibo respalda a unidade de saúde da efetiva distribuição dos insumos recebidos pela SES/MG para os pacientes cadastrados no censo.

7.1.6 Controle logístico das insulinas e insumos

A logística de distribuição das insulinas e dos insumos é realizada por meio do censo e/ou do mapa mensal de medicamentos e insumos do Diabetes, que o município deve enviar à GRS até o **primeiro dia útil de cada mês**. Já a GRS tem cinco dias úteis para consolidar os dados e encaminhar à GMEST/SES-MG. O encaminhamento

do mapa deve se feito por via eletrônica, preferencialmente, por e-mail.

Ao preencher o mapa, o responsável deve atentar para as atualizações ocorridas, como aumento no número de pacientes cadastrados e para o correto registro dos dados, como quantitativo recebido, que deve estar de acordo com a fatura do NUCAF/SES-MG. **Os dados de estoque real de um mês e estoque anterior do mês subsequente sempre devem ser coincidentes.** Maiores informações podem ser obtidas acessando o *Manual de Preenchimento dos Mapas Mensais de Medicamentos e Insumos*, disponível no endereço eletrônico da SES-MG (www.saude.mg.gov.br). O correto preenchimento do consolidado serve como ferramenta para o planejamento, subsidiando a manutenção do fornecimento contínuo dos mesmos à população.

Outros medicamentos fornecidos pela SES-MG para o programa de diabetes são os hipoglicemiantes orais, que são distribuídos trimestralmente pelo Programa Farmácia de Minas/Medicamentos para Atenção Primária, sob responsabilidade da Gerência de Medicamentos Básicos (GMB). Cabe ao município preencher e encaminhar a GMB/SAF a planilha de programação elaborada de acordo com o teto financeiro de cada município. A planilha está disponibilizada no endereço eletrônico: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gmb.

7.1.7 Legislações e Publicações

- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 415, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2008 – Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizada no SUS/MG e dá outras providências.
- PORTARIA GM Nº 3.237 de 24 DE DEZEMBRO de 2007 – Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.
- PORTARIA Nº 2.583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 – Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus
- LEI FEDERAL Nº 11.347, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.
- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 256, DE 11 DE ABRIL DE 2006 – Aprova os critérios e normas para a Assistência Farmacêutica aos portadores de Diabetes.
- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 229, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2005 – Altera a Deliberação CIB-SUS/MG nº 196, de 30 de setembro de 2005 e dá outras providências.
- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 196, DE 30 DE SETEMBRO DE 2005. – Altera a Relação Estadual de Medicamentos Básicos, o valor do incentivo e dá outras providências.
- LEI ESTADUAL Nº 14.533, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2002 – Institui política estadual de prevenção do diabetes e de assistência integral à saúde da pessoa portadora da doença.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 16 - Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-Guia. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte, SAS/MG, 2006.
- Protocolo Assistencial do Portador de Diabetes Mellitus do Tipo 1 e Diabetes Gestacional – Coordenação de Hipertensão e Diabetes/Gerência de Ações de Saúde/Superintendência de Atenção a Saúde/SES-MG, 2006 – disponível em www.saude.mg.gov.br.

7.2 DST/AIDS

Doenças Sexualmente Transmissíveis

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, com uma estimativa de 340 milhões de casos novos por ano. Pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle, as DST devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública (BRASIL, 2006). As DST são doenças causadas por vários tipos de agentes, sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual sem preservativo, com uma pessoa que esteja infectada e, geralmente, manifestam-se por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Algumas DST são de fácil tratamento e de rápida resolução. Outras, contudo, têm tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora relatada por pacientes. As mulheres, em especial, devem ser bastante cuidadosas, já que, em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns de seu organismo. Algumas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, evoluindo para o óbito.

O tratamento tem como principal objetivo interromper a cadeia de transmissão da enfermidade. As DST são o principal fator facilitador da transmissão sexual do vírus da aids, pois feridas nos órgãos genitais favorecem a entrada Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O uso de preservativos em todas as relações sexuais é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão, tanto das DST quanto do HIV.

O HIV e algumas DST também podem ser transmitidas da mãe infectada para o bebê durante a gravidez ou durante o parto. Podem provocar, assim, a interrupção espontânea da gravidez ou causar graves lesões ao feto. Pode haver também transmissão por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis.

DST mais comuns

- Cancro Mole
- Candidíase Cervicite
- Condiloma acuminado ou HPV
- Corrimento Vaginal
- Doença Inflamatória Púbrica (DIP)
- Donovanose
- Gonorréia e Clamídia
- Herpes
- HTLV
- Linfogranuloma venéreo
- Micoplasma
- Pediculose Pubiana
- Sífilis
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)
- Tricomoníase
- Ureoplasma
- Vaginose Bacteriana

HIV/AIDS

A infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência adquirida) abrange um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença com as manifestações definidoras da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids).

A infecção aguda do HIV ou Síndrome Retroviral Aguda é caracterizada por uma doença transitória sintomática, que ocorre logo após a exposição ao HIV. Está associada à intensa replicação viral e é uma resposta imunológica vírus específica.

O diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil em indivíduos com idade acima de 2 anos é baseado na detecção de anticorpos. Para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início de terapia anti-retroviral (ARV) monitora-se a evolução da contagem de linfócitos T-CD4+ e a quantificação plasmática da carga viral do HIV. A contagem de linfócitos T-CD4+ é utilizada internacionalmente como marcadora do estado imunológico dos indivíduos, sendo o indicador laboratorial mais importante em pacientes assintomáticos para definir o momento de iniciar o tratamento.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) manifesta-se na fase avançada da infecção pelo HIV. Nesta fase, há redução expressiva dos linfócitos T-CD4+, tornando o indivíduo vulnerável a uma grande variedade de enfermidades graves como pneumonia, tuberculose, meningite, sarcoma de Kaposi e outros tipos de câncer. Estas infecções são chamadas oportunistas (IO).

7.2.1 Programa Nacional DST/Aids

O Programa Nacional de DST/Aids tem desenvolvido estratégias que visam diminuir os agravos ocasionados pela infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, através da implantação de serviços que facilitem o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, além da promoção de ações educativas, visando à prevenção das doenças.

Dentre as principais ações do Programa, encontra-se a distribuição gratuita de medicamentos para pessoas portadoras do HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis. A dispensação é realizada através das UDM (Unidades Dispensadoras de Medicamentos), as quais dispensam tanto anti-retrovirais, quanto medicamentos para infecções oportunistas, orientando quanto ao uso correto destes medicamentos e incentivando a adesão à terapia, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

A seleção dos ARV disponibilizados no país é realizada pela Coordenação Nacional de DST e Aids, conforme recomendações do Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV e Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Crianças Infectadas pelo HIV, após aprovação do Ministério da Saúde.

Para facilitar o controle de estoque e o fornecimento dos medicamentos aos usuários, foi desenvolvido o Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM, que visa a obtenção de melhorias no fluxo de distribuição de medicamentos, além da racionalização dos custos.

O SICLOM foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos anti-retrovirais. O sistema permite que o Programa Nacional se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos anti-retrovirais aos pacientes nas várias regiões do país. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de Aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos.

Quanto às estratégias de prevenção, o Programa de DST/Aids realiza, entre outras ações, a distribuição de preservativos, e a execução de práticas educativas que possibilitam o acesso a informações corretas e atualizadas sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

É importante destacar também, entre as ações do Programa, o Projeto Nascer - Maternidades, regulamentado pela Portaria 2104/ 2002, cujo objetivo é reduzir a transmissão vertical do HIV e reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita. O projeto garante o fornecimento de testes laboratoriais para detecção do HIV (teste rápido), teste para sífilis e medicamentos anti-retrovirais para as maternidades, além de distribuir fórmula láctea infantil para crianças expostas ao HIV.

7.2.2 Política Estadual DST/Aids

O Programa Estadual de DST/Aids, seguindo a lógica do SUS e o Plano Diretor de Regionalização, é constituído por uma Coordenadoria Estadual e por municípios, que recebem incentivo fundo a fundo do Ministério da Saúde através do PAM (Plano de Ações e Metas), para ações de prevenção e assistência às DST/Aids. Além disso, uma rede de laboratórios estaduais e municipais promove a sustentação ao diagnóstico do HIV e oferece acompanhamento aos pacientes. Há também, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado, que fazem coleta de sangue, com aconselhamento pré e pós-teste, e ainda levam à população informações visando à prevenção.

A Coordenação Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, responsável pelas capacitações médicas, treinamentos de profissionais de saúde e pelo cadastramento dos pacientes portadores de DST/AIDS, está vinculada à Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES-MG.

Visando definir diretrizes técnicas e recomendações para profissionais e gestores envolvidos no atendimento aos portadores de DST/aids, foi elaborado no ano de 2006 e revisado em 2008 o “Manual de Boas Práticas para Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-Retrovirais do Estado de Minas Gerais”. Este manual tem como objetivo normatizar e uniformizar as ações e procedimentos relacionados à assistência farmacêutica nas UDM do estado.

Com o intuito de padronizar a estrutura física das UDM, foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite a Deliberação CIB-SUS/MG nº 466/08 que aprova os critérios para implantação e reestruturação do serviço de dispensação de medicamentos anti-retrovirais no Estado de Minas Gerais.

7.2.3 Medicamentos distribuídos pelo programa DST/Aids

Os medicamentos ARV distribuídos pelo MS estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3: Medicamentos do programa de Aids

| MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS | APRESENTAÇÃO |
|---------------------------------------|-----------------|
| Abacavir (ABC) 300mg | Cx c/ 60 cp. |
| Abacavir (ABC) solução oral 20mg/mL | Frasco 240mL |
| Amprenavir (APV) solução oral 15mg/mL | Frasco 240mL |
| Atazanavir (ATV) 150 e 200mg | Cx. C/ 60 cáps. |
| Darunavir 300mg | Cx. C/ 120 cp. |

| MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS | APRESENTAÇÃO |
|--|------------------------|
| Didanosina (ddl) 25mg | Cx. C/ 60 cp. |
| Didanosina entérica (ddl EC) 250 e 400mg | Cx. C/ 30cp |
| Didanosina (ddl) pó para solução oral | Frasco 4g |
| Efavirenz (EFZ) 200 e 600mg | Cx. C/ 90 e 30cáps. |
| Efavirenz (EFZ) solução oral 30mg/mL | Frasco 180mL |
| Enfuvirtida (T-20) 90mg/mL | Kit completo |
| Estavudina (d4T) 30 e 40mg | Cx. C/ 60 cáps. |
| Estavudina (d4T) pó para solução oral - 1mg/mL | Frasco 200mg |
| Fosamprenavir (FPV) 700mg | Cx. C/ 60 cp. |
| Indinavir (IDV) 400mg | Cápsula cx c/90 |
| Lamivudina (3TC) 150mg | Caixa c/ 60 cp |
| Lamivudina (3TC) solução oral 10mg/mL | Frasco 240mL |
| Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 200/50mg | Cx. C/ 120 cáp |
| Lopinavir/ritonavir (LPV/r) sol oral 80/20mg/mL- geladeira | Frasco 160mL |
| Nevirapina (NVP) 200mg | Cx. C/ 60 cp. |
| Nevirapina (NVP) suspensão oral 10mg/mL | Frasco 240mL |
| Ritonavir (RTV) 100mg - geladeira | Cx. C/ 84 e 168 cáps. |
| Ritonavir (RTV) solução oral 80mg/mL | Frasco 240mL |
| Saquinavir (SQV) 200mg | Cx. C/ 180 cáps |
| Talidomida 100mg | Cx. C/ 30 cp. |
| Tenofovir (TDF) 300mg | Cx. C/ 30 cp. |
| Zidovudina (AZT) 100mg | Cápsula cx c/ 90 e 100 |
| Zidovudina (AZT) 200mg/20mL | Frasco-ampola |
| Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg (AZL) | Cx. C/ 60 cp. |
| Zidovudina (AZT) solução oral 10mg/mL | Frasco 200mL |

As responsabilidades de aquisição dos medicamentos para DST e IO estão relacionadas na Deliberação da CIB/SUS-MG nº 12/2003. Alguns dos principais medicamentos estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4: Principais medicamentos para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Infecções Oportunistas

| MEDICAMENTOS DST/IO | APRESENTAÇÃO |
|-----------------------|-----------------|
| Aciclovir 200 mg | comprimido |
| Aciclovir 250 mg/mL | frasco - ampola |
| Acido fólnico 15 mg | comprimido |
| Albendazol 400 mg | comprimido |
| Anfotericina B 500 mg | frasco |
| Azitromicina 500 mg | comprimido |
| Cetoconazol 200 mg | comprimido |
| Claritromicina 500 mg | comprimido |
| Clindamicina 300 mg | comprimido |

| MEDICAMENTOS DST/IO | APRESENTAÇÃO |
|-----------------------------|---------------|
| Fluconazol 100, 150 mg | cápsula |
| Ganciclovir 500mg | frasco/ampola |
| Imunoglobulina IV Humana 1g | frasco/ampola |
| Itraconazol 100 mg | comprimido |
| Pentamidina 300 mg | ampola |
| Piridoxina 15 mg | comprimido |
| Pirimetamina 25 mg | comprimido |
| Respigard | Aparelho |
| Sulfadiazina 500 mg | comprimido |

Os kits do Projeto Nascer para profilaxia da transmissão vertical é montado com dois frascos de Zidovudina (AZT) injetável e um frasco de AZT solução oral. Este quantitativo pode ser alterado conforme a necessidade de uso (como no caso de criança que não tiver condições de receber o medicamento por via oral).

Para maiores informações quanto a distribuição de preservativos, kits teste rápido e outros insumos distribuídos pelo Programa Nacional e/ou Coordenação Estadual de DST/Aids, entrar em contato com a coordenação pelo e-mail dstaids@saude.mg.gov.br.

7.2.4 Da notificação da doença à dispensação dos medicamentos

No início do uso de esquema ARV deverá ser preenchido o formulário de cadastramento de usuário SUS com os dados pessoais e médicos do paciente, sendo que o responsável pelo preenchimento e o paciente deverão datar e assinar o formulário.

Após o preenchimento do formulário de cadastro, as unidades devem transcrever o formulário para o SICLOM Operacional. Além dos usuários cadastrados no SICLOM, outras pessoas poderão receber medicamentos, tais como: aqueles que sofrem exposição ocupacional ou não ocupacional, com risco qualquer de contágio do vírus HIV; parturientes com teste rápido positivo para o HIV, recém-nascidos (RN) de mães HIV positivas.

Os medicamentos anti-retrovirais só podem ser dispensados mediante apresentação do Formulário de Solicitação de Medicamentos devidamente preenchido e assinado pelo médico que acompanha o usuário. Este formulário pode ser obtido pelo Siclom Operacional.

Como os medicamentos ARV pertencem à Portaria 344/98, a prescrição tem validade por 30 dias para a primeira dispensação, podendo o formulário ser utilizado para uma ou duas dispensas (no caso de duas dispensas devem ser preenchidos os campos indicados no formulário de dispensação, mediante assinatura do farmacêutico e do usuário SUS comprovando as dispensações).

Projeto Nascer-Maternidades

Existem hoje, no Estado de Minas Gerais, quase noventa maternidades cadastradas no Projeto Nascer que realizam profilaxia da transmissão vertical do HIV. Essas maternidades devem ser abastecidas com os kits para profilaxia da transmissão vertical pela UDM mais próxima, em quantidade proporcional à demanda.

As UDM são responsáveis pelo envio de medicamentos às Portas de Entrada para atendimento às vítimas de exposição ocupacional e não ocupacional (Ex: Pronto Socorro, Hospital) e Maternidades cadastradas no Projeto Nascer. Os medicamentos deverão ser encaminhados em embalagens lacradas, identificadas quanto ao seu destino e acompanhados de cópia da requisição.

As UDM devem estabelecer um fluxo de envio e reposição dos medicamentos, visando garantir a disponibilidade dos mesmos no momento do parto a todas as gestantes HIV positivas.

Acidente com material biológico

A Coordenação Estadual de DST/Aids de Minas Gerais possui uma rede de atendimento às vítimas de acidente com material biológico, estabelecendo Portas de Entrada (unidades de atendimento que trabalham 24 horas).

Conforme o consenso “Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV”, os acidentes com material biológico devem ser tratados como emergência, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV deverão ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente (idealmente até duas horas após) para a sua maior eficiência. O prazo máximo recomendado é de 72 horas após a exposição.

7.2.5 Controle logístico dos medicamentos

As UDM fazem o registro da movimentação de medicamentos em instrumentos específicos do SICLOM (Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos/Aids e o Boletim Mensal para Avaliação do Uso de Medicamentos/Aids) e enviam à GMEST **até o 5º dia útil de cada mês**. Após análise, a GMEST faz uma autorização de fatura de medicamentos e envia para o NUCAF. Assim que o NUCAF procede ao faturamento, os medicamentos são então separados, para posterior distribuição destes pelo correio às UDM, conforme cronograma de atendimento.

As UDM e Gerências Regionais de Saúde (GRS) cadastradas como UDM (responsáveis pelo fluxo de medicamentos para as maternidades do Projeto Nascer e portas de entrada para acidentes com material biológico) preenchem o Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos/Aids e o Boletim Mensal para Avaliação do Uso de Medicamentos/Aids no site do SICLOM Gerencial, importando os dados gerados pela movimentação mensal registrada no SICLOM Operacional, cumprindo rigorosamente as datas de prestação de contas estabelecidas pela GMEST.

O mapa de distribuição de medicamentos para IO e DST deve ser preenchido e encaminhado para o e-mail da GMEST: **gmest.saf@saude.gov.br** até o quinto dia útil do mês subsequente. Caso a UDM não possua o modelo deste mapa, esta deve solicitar uma cópia para a GMEST, no mesmo e-mail. O não cumprimento dos prazos estabelecidos pela GMEST compromete o gerenciamento de estoque de medicamentos levando à diminuição da quantidade fornecida pelo Ministério da Saúde ao Estado de Minas Gerais.

É fundamental que as informações enviadas pelas UDM referentes ao consumo mensal de cada medicamento ARV e Talidomida, ao quantitativo de pacientes atendidos naquele mês, incluindo os novos, e aos estoques existentes de cada medicamento, sejam as mais corretas possíveis, pois é a partir dessas informações, que o Programa Nacional poderá fazer a adequada programação e distribuição dos medicamentos além de atender às demandas existentes em todos os Estados e Municípios.

7.2.6 Legislações e Publicações

- DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 466, DE 17 DE JULHO DE 2008 – Aprova os critérios para implantação do serviço de dispensação de medicamentos anti-retrovirais no Estado de Minas Gerais.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-Guia. **Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em Adultos e adolescentes infectados pelo HIV – versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- PORTARIA Nº 426, DE 22 DE MARÇO DE 2005 – Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências.
- PORTARIA Nº 2.582, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004, do Ministro da Saúde – Inclui cirurgias reparadoras para pacientes portadores de Aids e usuários de anti-retrovirais na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, e dá outras providências.
- PORTARIA Nº 1.015, DE 27 DE MAIO DE 2004, do Ministro da Saúde – Regula o custeio e o acesso aos procedimentos de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV.
- LEI Nº 10.742, DE 6 DE OUTUBRO DE 2003, do Ministro da Saúde – Define normas de regulação para o setor farmacêutico, com a finalidade de promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor.
- PORTARIA GM Nº 2.104 de 19 de NOVEMBRO de 2002 – Institui, no âmbito do SUS, o Projeto Nascer – Maternidades e dá outras providências.
- LEI Nº 9.313 DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996 – Obriga a distribuição de toda medicamento necessária para tratamento da AIDS.
- PORTARIA Nº 21, DE 21 DE MARÇO DE 1995, do Secretário de Assistência Saúde – Orienta e organiza o acesso e a distribuição dos medicamentos para AIDS.

7.3 Endemias Focais

De acordo com o Ministério da Saúde, as endemias focais são enfermidades que mantêm suas incidências/prevalências constantes e coletivas durante um longo período do ano em determinadas regiões do país. O Programa tem como objetivo auxiliar estados e municípios em ações de prevenção e controle de endemias como:

| | |
|------------------|-----------|
| Cólera | Malária |
| Doença de Chagas | Meningite |
| Esquistossomose. | Peste |
| Filariose | Tracoma |
| Leishmanioses | |

O Ministério da Saúde programa e distribui gratuitamente medicamentos para a prevenção e tratamento dessas doenças.

7.3.1 Vigilância Epidemiológica no Brasil

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

No âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) define normas e procedimentos técnicos e diretrizes operacionais, além de promover a cooperação técnica e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Também promove a cooperação técnica com organismos internacionais correlatos.

A SVS trabalha para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS. Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

Em um grande número de doenças transmissíveis para as quais se dispõem de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. Esse grupo de doenças encontra-se em franco declínio, com reduções drásticas de incidência. Entretanto, algumas doenças transmissíveis apresentam quadro de persistência, ou de redução em período ainda recente, configurando uma agenda inconclusa nessa área. Para essas doenças é necessário o fortalecimento de novas estratégias, recentemente adotadas, que propõem uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial, já que um importante foco da ação nesse conjunto de doenças está voltado para o diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão.

Além da necessidade de promover ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis que mantêm importante magnitude em nosso país, é necessário ampliar a capacidade de atuação para novas situações que se colocam sob a forma de surtos ou devido ao surgimento de doenças inusitadas, muitas vezes com gravidade elevada. Para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle, face a esta complexa situação epidemiológica no país, têm sido fortalecidos programas específicos, como também desenvolvidas estratégias para detecção e resposta às emergências epidemiológicas.

7.3.2 Superintendência de Epidemiologia/SES-MG

A Superintendência de Epidemiologia está inserida na Subsecretaria de Vigilância em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e possui várias gerências que estão envolvidas dentre outras ações, na programação dos medicamentos e distribuição às Gerências Regionais de Saúde.

A Gerência de Vigilância Epidemiológica é composta pela coordenação de Imunização, responsável pela distribuição de vacinas, soros, imunoglobulinas e insumos (agulhas, seringas, termômetros, etc) para as GRS. Também inseridas nesta gerência estão as coordenações de Dermatologia e Pneumologia Sanitária

(hanseníase e tuberculose respectivamente), e outras responsáveis por agravos como hepatites, tracoma, meningite, etc.

A Gerência de Vigilância Ambiental é responsável pelo controle das leishmanioses (tegumentar e visceral), doença de chagas, malária, esquistossomose, peste e outras.

Para maiores informações sobre as endemias, a Superintendência de Epidemiologia disponibiliza o telefone 0800 283 2255 para ligações gratuitas de todo o estado de Minas Gerais.

7.3.3 Medicamentos que atendem ao programa

Os medicamentos distribuídos para as endemias focais estão apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Medicamentos do programa de Endemias Focais

| Endemia | Medicamento | Apresentação |
|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| Cólera | Hipoclorito de Sódio | 2,5% |
| Doença de Chagas | Benzonidazol | comp 100 mg |
| Esquistossomose | Praziquantel | comp 600mg |
| Filariose | Dietilcarbamazina | Comp. 50mg |
| Leishmaniose | Anfotericina B | 50mg |
| | Anfotericina B Lipossomal | 50 mg |
| | Isotionato de Pentamidina | 300mg |
| | Meglumina Antimoniato | Amp. 5mL |
| Malária | Artemeter | Ampola 80mg/mL |
| | Artemeter +Lumefantrine | Comp. 20mg + 120mg |
| | Artesunato | Ampola 60 mg/mL |
| | | Cáps. Retal |
| | Clindamicina | Comp. 50mg |
| | | Ampola 4mL(150mg/mL) |
| | Cloroquina | Cáps. 300mg |
| | | Comp. 150 mg |
| | Dicloridrato de Quinina | Ampola 100mg/mL |
| | Doxiciclina | Comp. 100 mg |
| | Mefloquina | Comp. 250 mg |
| Primaquina | Comp. 5 mg | |
| | Comp. 15 mg | |
| Sulfato de Quinina | Comp. 500mg | |
| Meningite | Rifampicina | Cáps. 300 mg |
| | | Frasco de 50 mL a 2% |
| Peste | Sulfametoxazol+Trimetoprima | Comp. 400mg+80mg |
| | | Susp. Oral 4%+0,8% |
| | | Cáps. 250mg |
| Tracoma | Azitromicina | Comp. 500mg |
| | | Pó Susp. Oral 600mg |

7.3.4 Da notificação das doenças à dispensação dos medicamentos

A informação é instrumento essencial para a tomada de decisões, ferramenta imprescindível à Vigilância em Saúde por ser fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 90, com objetivo de padronizar a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação obrigatória em todo o território nacional. O SINAN fornece dados para a análise do perfil de morbidade e contribui para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. O sistema é alimentado, principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da Lista Nacional de Doenças de Notificação compulsória.

Por meio do compilado do número de pacientes notificados nos municípios pelo SINAN/TABWIN (programa de tabulação de dados do DATASUS), as Gerências Regionais de Saúde utilizam o sistema de informação do Ministério da Saúde: Estoque e Distribuição de Imunobiológicos – EDI para solicitar os medicamentos para o tratamento das doenças à SES-MG. A Superintendência de Epidemiologia/SES-MG consolida o quantitativo de medicamentos de todas as GRS e solicita os medicamentos à SVS/MS por meio do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos – SIES.

A Superintendência de Epidemiologia faz a distribuição de medicamentos às GRS baseada no quantitativo solicitado por meio do EDI, na prevalência da doença na região, na quantidade de exames diagnósticos com resultados positivos e na análise dos estoques das GRS, mantendo sempre reserva para casos de emergência.

Algumas observações sobre os medicamentos para tratamento das doenças de maior prevalência em todo estado estão descritas a seguir.

Doença de Chagas

O benzonidazol é um medicamento usado para a quimioterapia específica da Doença de Chagas. Embora seja o fármaco de primeira escolha para o tratamento agudo da doença, não há evidências de eficácia clínica na fase crônica. Os efeitos adversos observados incluem anorexia, vômitos, e dermatite alérgica, provavelmente como consequência dos danos oxidativos ou redutivos no tecido do hospedeiro.

Maiores informações podem ser obtidas no Guia de Vigilância Epidemiológica do MS, disponível no endereço eletrônico: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/chagas_gve.pdf.

Esquistossomose

O praziquantel é uma anti-helmíntico antiparasitário de amplo espectro utilizado no tratamento da esquistossomose e outras parasitoses como cisticercose (exceto ocular), teníase e fasciolose. A prescrição do medicamento deve ser feita baseada no Guia de Vigilância Epidemiológica em Esquistossomose, disponível no endereço eletrônico do MS (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/esquistossomose_gve.pdf). As reações adversas são de pouca intensidade e transitórias, ocorrendo várias horas após a administração, sendo as mais comuns: dor abdominal, náusea, diarreia, vômitos, tonteira, sonolência, cefaléia e sudorese aumentada. Após a morte dos parasitas, causada pelo praziquantel, podem ocorrer fenômenos alérgicos como urticária, erupções cutâneas pruriginosas, eosinofilia e febre, em decorrência de reações às substâncias de decomposição do parasita. Existem relatos de reações alérgicas ao praziquantel em doses terapêuticas.

Leishmanioses

A droga de primeira escolha é o antimonial pentavalente. Visando padronizar o esquema terapêutico, a Organização Mundial da Saúde recomenda que a dose deste antimonial seja calculada em mg/Sb+5/kg/dia (Sb+5 significando antimônio pentavalente). Há dois tipos de antimoniais pentavalentes que podem ser utilizados, o antimoniato N-metilglucamina (Glucantime®) e o stibogluconato de sódio (este último não comercializado no Brasil).

O Glucantime® é indicado para o tratamento das leishmanioses visceral e tegumentar, tendo-se cautela com as formas graves de ambas as doenças, nas quais, dependendo de cada caso, o antimoniato pode ter seu uso contra-indicado. Os municípios com probabilidade de aparecimento de novos casos podem manter estoque mínimo de reserva. Todos os casos devem ser devidamente notificados e deve-se fazer a confirmação da notificação por meio de consulta à GRS ou encaminhamento de cópia de notificação, prescrição médica e mapa de medicamentos.

Como fármacos de segunda escolha merecem destaque a Anfotericina B e o Isotionato de Pentamidina. A Anfotericina B, droga de segunda escolha, é empregada quando não se obtém resposta ao tratamento com antimonial ou na impossibilidade de seu uso. A Anfotericina B é também o fármaco de escolha para o tratamento em gestantes. É importante esclarecer que o medicamento deve ser utilizado sob vigilância de um profissional de saúde, em serviços especializados, com o paciente hospitalizado. Os efeitos adversos mais comuns são febre, anorexia, náuseas, vômitos e flebite. Outros efeitos importantes que geralmente surgem no decorrer do tratamento são hipopotassemia, insuficiência renal, anemia, leucopenia e alterações cardíacas, devendo-se fazer monitoramento laboratorial contínuo do paciente. Em caso de pacientes com indicação de uso da Anfotericina B lipossomal, consultar a Gerência de Vigilância Ambiental.

Mais detalhes sobre o tratamento das leishmanioses tegumentar e visceral podem ser consultados no Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/leishmaniose_tegumentar_americana_gve.pdf ou http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/leishmaniose_visceral_gve.pdf e outras publicações do Ministério da Saúde (Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, Leishmaniose Visceral Grave - normas e condutas, Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana).

Malária

A quimioterapia da malária tem como objetivos: interromper a esquizogonia sangüínea responsável pela patogenia e manifestações clínicas da infecção; proporcionar a erradicação de formas latentes do parasito (hipnozoítas) das espécies *P. vivax* e *P. ovale* no ciclo tecidual, evitando as recaídas; e reduzir as fontes de infecção para os mosquitos, eliminando as formas sexuadas dos parasitos.

O tratamento adequado e oportuno da malária previne o sofrimento humano, a ocorrência do caso grave, o óbito e elimina a fonte de infecção. A decisão de como tratar o paciente com malária deve estar de acordo com o Manual de Terapêutica da Malária e/ou no Guia de Vigilância Epidemiológica, disponíveis no site do Ministério da Saúde, respectivamente: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_terapeutica_malaria.pdf e http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/malaria_gve.pdf.

Meningite

A meningite é uma síndrome que pode ser causada por diferentes agentes infecciosos. Para alguns destes, é possível dispor de medidas de prevenção primária, tais como vacinas e quimioprofilaxia. O diag-

nóstico e o tratamento precoces são fundamentais para um bom prognóstico da doença.

Em se tratando de meningite bacteriana, o tratamento com antibiótico, em nível ambulatorial, deve ser instituído tão logo seja possível, preferencialmente logo após a punção lombar e a coleta de sangue para hemocultura. O uso de antibiótico deve ser associado a outros tipos de tratamento de suporte, como reposição de líquidos e assistência cuidadosa.

A quimioprofilaxia, muito embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como eficaz medida na prevenção de casos secundários. Está indicada para os contatos íntimos de casos de doença meningocócica e meningite por *Haemophilus influenzae* e também para o paciente, no momento da alta, no mesmo esquema preconizado para os contatos, exceto em alguns casos (uso de Ceftriaxona). A droga de escolha para a quimioprofilaxia é a Rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos íntimos, no prazo de até 48 horas após a exposição à fonte de infecção. O uso restrito da droga visa evitar a seleção de resistência bacteriana.

Para maiores informações quanto aos esquemas de tratamento com antibióticos, doses para as profilaxias e roteiros de investigações epidemiológicas, consultar o endereço eletrônico do MS (http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/meningites_gve.pdf)

7.3.5 Legislações e Publicações

- BRASIL. Ministério da Saúde Portaria SVS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SVS nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1, de 17 de janeiro de 2005. Regulamenta a implantação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 597, de 8 de abril de 2004. Institui, em todo o território nacional, o Calendário de Vacinação. Diário Oficial da União, Brasília, nº 69, p. 46, 12 abr. 2004. Seção I.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

7.4 Hanseníase

A hanseníase é doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. O agente etiológico da Hanseníase é o *Mycobacterium leprae*, um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e nervos periféricos.

A Hanseníase tem cura e o tratamento feito nas unidades de saúde é gratuito. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico, sendo o tratamento por via oral, denominado poliquimioterapia, constituído pela associação de drogas.

A prevenção da doença baseia-se na vigilância dos contatos, por meio de educação em saúde, do exame dermatoneurológico de todas as pessoas que compartilham o mesmo domicílio com o portador da doença nos cinco anos anteriores ao diagnóstico e aplicação da vacina BCG-ID para os contatos sem sintomas ou sinais de hanseníase.

7.4.1 Programa Nacional de Controle da Hanseníase

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) possui como seu objetivo geral: submeter as informações nacionais relativas aos principais indicadores de monitoramento e avaliação, aos técnicos que atuam na gerência do PCNH em todos os estados e alguns municípios mais endêmicos do país, aos gestores do SUS, assessores e organizações parceiras, com vistas à adequação das ações de controle e estratégias de desenvolvimento.

O PCNH definiu cinco componentes técnicos e respectivos sub-componentes (Quadro 6), como eixos estruturantes das ações de controle da hanseníase, para constituírem o foco da programação, monitoramento e avaliação, nas três instâncias de gerenciamento do SUS.

Quadro 6: Componentes técnico e sub-componentes – eixos estruturantes das ações de controle da hanseníase

| Componentes Técnicos | Sub-Componentes |
|--|--|
| Epidemiologia | Sistema de Informação e análise de dados (SINAN) |
| Gerenciamento | Planejamento Monitoramento e Avaliação Atenção Básica, referência e contra-referência Desenvolvimento de Pessoal |
| Atenção Integral ao portador de hanseníase e seus familiares | Diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos Prevenção de incapacidade física e reabilitação Resgate social de ex-pacientes isolados |
| Comunicação e Educação | Comunicação Social e Educação |
| Pesquisa | Centros de Referência Pesquisa Operacional: investigação em serviços de saúde |

A atualização dos dados de notificação é essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamentos. A redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes, e da

interrupção da cadeia de transmissão, depende da capacidade do SUS de diagnosticar os casos na fase inicial da doença e tratá-los com poliquimioterapia padrão OMS (PQT/OMS). A redução da carga social da doença depende da detecção precoce para redução de casos detectados com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.

7.4.2 Política Estadual de Dermatologia Sanitária

Como parte das medidas que vêm sendo adotadas em Minas Gerais para o controle da hanseníase, foi elaborada em 2006 a “Linha-Guia em Hanseníase” destinada aos profissionais de saúde da atenção primária. Nos últimos anos o Estado tem detectado cerca de 2.500 casos novos por ano o que exige a manutenção de serviços capacitados para a prevenção, diagnóstico e tratamento de incapacidade e deformidades, sem alteração do ritmo de vida da pessoa com hanseníase na sociedade.

A Coordenação de Dermatologia Sanitária está vinculada à Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Epidemiologia/SES-MG.

7.4.3 Medicamentos que atendem ao programa de Hanseníase

Os medicamentos distribuídos pelo Programa Hanseníase para a poliquimioterapia estão listados no Quadro 7.

Quadro 7: Medicamentos do programa de Hanseníase para poliquimioterapia

| Medicamento | Apresentação | Observações | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------|--|---|------------------------|
| | | Total blísteres | Dose única supervisionada (a cada 28 dias) | Dose diária auto-administrada (por 27 dias) | Período máximo (meses) |
| Blíster Multibacilar Adulto | Blíster | 12 | 600 mg | - | 18 |
| Rifampicina | Caps.300 mg | | | | |
| Clofazimina | Caps.100 mg Caps. 50 mg | | 300 mg | 50 mg | |
| Dapsona | Comp. 100 mg | | 100 mg | 100 mg | |
| Blíster Multibacilar Infantil* | Blíster | 12 | | | 18 |
| Rifampicina | Caps. 150 mg Caps. 300 mg | | 300 a 450 mg | - | |
| Clofazimina | Caps. 50 mg | | 150 mg | 150 mg (por semana) | |
| Dapsona | Comp. 50 mg | | 50 mg | 50 mg | |

| Medicamento | Apresentação | Observações | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------|--|---|------------------------|
| | | Total blísteres | Dose única supervisionada (a cada 28 dias) | Dose diária auto-administrada (por 27 dias) | Período máximo (meses) |
| Blíster Paucibacilar Adulto | Blíster | | | | |
| Rifampicina | Caps. 300 mg | 6 | 600 mg | - | 9 |
| Dapsona | Comp. 100 mg | | 100 mg | 100 mg | |
| Blíster Paubacilar Infantil | Blíster | | | | |
| Rifampicina | Caps 150 mg Caps 300 mg | 6 | 300 a 450 mg | - | 9 |
| Dapsona | Comp. 50 mg | | 50 mg | 50 mg | |

*Crianças com menos de 30 Kg deverão ter a dose ajustada por Kg de peso corporal:

- Dapsona 1,5 mg/kg/dia
- Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada
- Rifampicina 10 mg/kg na dose supervisionada.

Os esquemas alternativos utilizam medicamentos de 2ª linha como Ofloxacino e Minociclina. Estes e outros medicamentos utilizados como alternativa à PQT e para tratamento das reações hansênicas estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8: Outros medicamentos do programa de Hanseníase

| Medicamento | Apresentação |
|--------------------------|-----------------------------|
| Clofazimina | Caps. 50 mg Caps. 100 mg |
| Minociclina (Cloridrato) | Comp. 100mg |
| Ofloxacino | Comp. 400 mg |
| Pentoxifilina | Comp. 400 mg |
| Prednisona | Comp. 5 mg Comp. 20 mg |
| Talidomida | Comp. 100 mg |

7.4.4 Da notificação da doença à dispensação dos medicamentos

De acordo com a Portaria SVS/MS Nº. 5 de 21 de fevereiro de 2006, todo caso confirmado de hanseníase é de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde. O caso suspeito deve ser investigado epide-

miologicamente em até 48 horas após a notificação, avaliando-se a necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes. A investigação deverá ser encerrada até 180 dias após a notificação. A unidade de saúde notificadora deve utilizar a ficha de notificação/investigação do SINAN encaminhando-a para ser processada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os protocolos de tratamento são os especificados nos manuais e linhas-guias do programa distribuídos pelo MS e SES-MG a todos os serviços de saúde e cabe à Epidemiologia de cada município treinar os profissionais envolvidos para o levantamento de casos, tratamento e acompanhamento. Todos os municípios que possuem pacientes com casos confirmados de hanseníase, comunicados ao Ministério da Saúde através de notificação do SINAN, recebem os medicamentos para tratamento dos pacientes. Para isso, os municípios de Minas Gerais devem registrar o movimento mensal dos medicamentos no mapa (MMMI) e enviá-lo até o primeiro dia útil do mês subsequente à sua GRS correspondente. As GRS têm até o 5º dia útil para consolidar os mapas mensais dos municípios e enviar à GMEST. A distribuição dos medicamentos é realizada com base nos dados registrados no mapa consolidado da GRS e no mapa de cada município adscrito, como: nº de pacientes cadastrados, quantidade em estoque, histórico de consumo, etc.

A SES-MG não recomenda o fracionamento dos blísteres multi ou paucibacilar, nos casos de esquemas alternativos ou ajuste de doses para crianças. Além disso, os medicamentos do programa de hanseníase não podem ser dispensados para uso em outras patologias.

7.4.5 Talidomida

A Talidomida é uma droga que possui mecanismo de ação derivado do ácido glutâmico, relacionado quimicamente a glutetimida e clortalidona, que apresenta ação sedativa/hipnótica, antiinflamatória, moduladora da resposta imune e teratogênica. A Talidomida não tem função antibacteriana e antimicótica, assim, a sua utilidade clínica parece dever-se às suas propriedades antiinflamatória e imunomoduladora.

De acordo com a Portaria 354/97 e RDC 34/00, as indicações da talidomida, no Brasil, são restritas às seguintes patologias:

- Reação hansênica (tipo 2 ou tipo eritema nodoso)
- Outras Patologias
 - » Doenças crônico-degenerativas (lúpus eritematoso, doença enxerto versus hospedeiro)
 - » Mieloma múltiplo
 - » DST/Aids (úlceras aftóides idiopáticas em pessoas vivendo com HIV/Aids)

Como previsto na Lei nº 10.651 de 16/4/2003, para se utilizar a talidomida em mulheres em idade fértil, faz-se necessário garantir que a mulher não esteja grávida, orientar sobre os efeitos teratogênicos da droga e assegurar a contracepção.

Reação Hansênica

As reações do sistema imunológico do doente ao *Mycobacterium leprae* apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos e subagudos. Podem acometer tanto os casos paucibacilares como os multibacilares. Os estados reacionais ocorrem, principalmente, durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, mas também podem ocorrer antes ou depois do mesmo, nesse caso após a cura do paciente. Quando ocorrem antes do tratamento, podem induzir ao diagnóstico da doença.

Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico seja feito precocemente, para se dar início imediato ao tratamento, visando prevenir essas incapacidades. O diagnóstico dos estados reacionais é realizado através do exame físico, dermatoneurológico do paciente e não contra-indica o início ou a continuidade do tratamento (PQT/OMS).

Os estados reacionais ou reações hansênicas podem ser de dois tipos:

Reação tipo 1 – quadro clínico que se caracteriza por novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites). Recomenda-se o uso de prednisona para tratamento da reação tipo 1, com monitoramento clínico do paciente (registro de peso, pressão arterial e a taxa de glicose), para controle e observação dos efeitos adversos do medicamento. A talidomida não está indicada na reação tipo 1.

Reação tipo 2 – sua manifestação clínica mais freqüente é o eritema nodoso hansênico, que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado. Geralmente, as lesões antigas permanecem sem alteração. Recomenda-se o uso da Talidomida para tratamento da reação tipo 2, pois a droga atua na redução dos sintomas local e sistêmico da reação hansênica.

Outras patologias

Outras patologias além da reação hansênica do tipo 2, apresentam resposta adequada à Talidomida como prurido urêmico, nodular e actínico, colite ulcerativa e neuralgia pós-herpética, doença do enxerto versus hospedeiro, lupus discóide, esclerodermia, paniculite de Weber-Christian, eritema elevatum et diutinum, doença de Behçet, vasculite leucocitoclásica, psoríase gutata.

Entretanto, considerando a possibilidade de efeito teratogênico sobre o conceito proveniente do uso inadequado da Talidomida por mulheres na idade fértil; o crescente espectro de utilização do fármaco, incluídas as novas indicações terapêuticas, ainda em caráter experimental em diversos casos; os estudos em curso sobre os efeitos adversos das substâncias que não se restringem à teratogênese voltados a determinação precisa do respectivo período de eliminação e eventuais efeitos residuais do produto; a descoberta de casos recentes de vítimas da Talidomida; as restrições internacionais sobre o comércio e prescrição do medicamento, a Talidomida só poderá ser indicada e utilizada na prevenção e controle de:

- Doenças crônico-degenerativas
 - » Doença do Enxerto X Hospedeiro: o medicamento interrompe o processo de rejeição e promove a tolerância ao transplante.
 - » Lúpus Eritematoso: a droga promove a diminuição do processo inflamatório e a regressão da lesão dos tecidos presentes no lúpus.
- Mieloma múltiplo (refratário à quimioterapia): estudos comprovam a redução do componente monoclonal e aumento da sobrevida dos pacientes.
- DST/Aids (úlceras aftóides idiopáticas): estudos em laboratório indicam que a Talidomida pode suprimir a replicação viral, diminuindo a carga viral e aumentando o bem-estar do usuário pela redução da febre, mal-estar, fraqueza muscular e caquexia nos imunocomprometidos.

A dispensação de Talidomida para doenças não contempladas pela RDC 34/00 e pelas Portarias MS 354/97 e 344/98 deve ser previamente autorizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Para tanto, os pacientes deverão procurar a Gerência Regional de Saúde de sua área de abrangência e apresentar os seguintes documentos:

- Receita médica, em duas vias
- Notificação de receita de Talidomida.
- Termo de Responsabilidade (preenchido e assinado pelo médico)
- Termo de Esclarecimento (preenchido e assinado pelo paciente).
- Laudo médico legível, contendo:
 - » Idade, nº do CID, sexo, tempo de acompanhamento médico e confirmação da impossibilidade de gravidez (se do sexo feminino).
 - » Tratamentos já submetidos pelo paciente que não surtiram os resultados esperados e a justificativa para o uso da Talidomida.
 - » Duração do tratamento com Talidomida.
- Exames, quando houver necessidade.
- Comprovante de residência (xerox).
- Documento de identidade (xerox).
- Artigos científicos publicados comprovando a eficácia e pertinência da utilização da Talidomida no tratamento da doença.

Após o recebimento e a conferência da documentação descrita, a GRS deverá encaminhar os documentos para a SAF - SES/MG, situada à Rua Sapucaí, 429, 5º andar – Bairro Floresta; BH, A/C: Gerência de Medicamentos Estratégicos. Esses documentos são enviados à ANVISA, ao Serviço de Medicamentos Controlados, para análise. Quando a informação sobre a autorização ou não for encaminhada à SAF, a GMEST informa, por escrito, à respectiva GRS para contato com o paciente e providências cabíveis.

A autorização para distribuição/dispensação de talidomida para patologias não previstos na legislação é concedida de acordo com o tempo de duração do tratamento descrito pelo médico no relatório enviado e analisado pela Anvisa. Portanto, caso seja necessária a continuação do tratamento após o período previsto, deve-se fazer nova solicitação de dispensação de Talidomida à Anvisa, por meio do novo envio da documentação já descrita.

Normas para a prescrição e dispensação da Talidomida

De acordo com a Portaria 344/98, a prescrição de Talidomida deve ser feita mediante preenchimento de talonário próprio, Termo de Esclarecimento ao paciente em 02 vias e Termo de Responsabilidade também em 02 vias. Os termos devem ser encaminhados:

- 1ª via do Termo de Responsabilidade: encaminhada à Coordenação Estadual do Programa
- 2ª via do Termo de Responsabilidade: arquivada junto do prontuário do paciente
- 1ª via do Termo de Esclarecimento: deverá ser assinada pelo paciente e arquivada na unidade de dispensação

- 2ª via do Termo de Esclarecimento: entregue ao paciente após ser lido com esclarecimento das suas dúvidas quanto ao tratamento

Recomenda-se que a dispensação da Talidomida seja feita na unidade de saúde do município de residência do paciente, pelo profissional farmacêutico. Este profissional deve preencher o livro de Registro para Notificação de Receitas de Talidomida, devidamente aberto pela Vigilância Sanitária, que deverá ser mantido na unidade de dispensação pelo período de dez anos após o seu encerramento. O livro deverá conter: entradas; perda e estoque do medicamento; data de dispensação; nome, idade e sexo do paciente; CID; quantidade de comprimidos dispensados; nome do médico/ CRM e do técnico responsável pela dispensação. O livro deve ser encaminhado trimestralmente à vigilância sanitária da GRS para acompanhamento do consumo.

O talonário próprio para prescrição de Talidomida pode ser requisitado pelo médico individualmente ou pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio de cadastro junto à vigilância sanitária da GRS. A VISA/GRS faz a solicitação dos talonários à Gerência de Vigilância Sanitária em Medicamentos e Congêneres (GVMC)/SES-MG e disponibiliza para aos médicos solicitantes (individualmente ou por meio da SMS). Para maiores informações sobre a solicitação de talonário para notificação de receita para Talidomida, entrar em contato com a GVMC/SES-MG pelo e-mail gvmc.svs@saude.mg.gov.br.

Registro de usuários de talidomida

O registro das notificações de talidomida atendidas deve ser feito em planilha específica, conforme orientações do *Manual de Preenchimento dos Mapas Mensais de Medicamento e Insumos*, disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gme/, sendo necessário registrar os dados pessoais dos usuários e as informações sobre a dispensação do medicamento.

O recebimento e a distribuição da Talidomida para todas as patologias devem ser registrados no mapa mensal de medicamentos (MMMI) para a hanseníase. A dispensação de Talidomida para tratamento de lesões aftóides manifestadas em pessoas vivendo com HIV/Aids deve ser realizada nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-retrovirais, vinculadas ao Programa DST/Aids, por meio do SICLOM.

Mensalmente (até o primeiro dia útil do mês subsequente), os municípios devem enviar a planilha de controle de usuários da Talidomida à GRS, juntamente com o MMMI de hanseníase contendo o consumo do medicamento para todas as indicações, inclusive autorizações especiais da Anvisa. A GRS, após consolidar os dados, deverá enviá-los à GMEST até o 5º dia útil de cada mês.

7.4.6 Controle logístico dos medicamentos

No estado de Minas Gerais, existem municípios que possuem unidade de saúde capacitada para ações de controle de hanseníase (ACH) e municípios que não possuem essa unidade de saúde capacitada para ACH, embora estas ações sejam da competência da atenção básica de todos os municípios.

No primeiro caso, o paciente é encaminhado para a Unidade de Referência Municipal (URM). Na URM ocorre a notificação, cadastro e acompanhamento dos pacientes. A farmácia do município com URM deve dispensar os medicamentos e prestar contas à GMEST, encaminhando o mapa mensal de medicamentos para a GRS de referência. No segundo caso o paciente é encaminhado para a Unidade de Referência Microrregional, que notifica, cadastra e acompanha o paciente. Neste caso, é a farmácia da unidade de referência microrregional que encaminha o mapa de medicamentos para a GRS e que dispensa os medicamentos

para os pacientes. As farmácias que dispensam Talidomida devem manter arquivadas as prescrições e notificações de receita, juntamente com os termos de responsabilidade e esclarecimento.

A GRS é responsável pelo envio do consolidado mensal de medicamentos para hanseníase e do Registro de Usuários de Talidomida para a GMEST até o quinto dia útil de cada mês. Tais planilhas são elaboradas tendo como base o MMMI e o Registro de Usuários de Talidomida enviados pelos municípios à GRS até o primeiro dia útil de cada mês. Estas planilhas estão disponíveis no site da SES-MG (http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1/gme/).

7.4.7 Legislações e Publicações

- PORTARIA N.º 816/GM DE 26 DE JULHO DE 2000 – Aprova as diretrizes, a seguir apresentadas, destinadas a orientar, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde – SUS –, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase no País, que serão coordenadas, em nível nacional, pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Políticas de Saúde deste Ministério.
- PORTARIA N.º 814/GM DE 26 DE JULHO DE 2000 – Aprovar os pré-requisitos, as atividades e demais orientações, constantes desta Portaria, para o reconhecimento de instituições como Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário.
- RESOLUÇÃO - RDC N.º 34, DE 20 DE ABRIL DE 2000 – Autoriza a utilização da Talidomida no tratamento de mieloma múltiplo refratário a quimioterapia.
- PORTARIA N.º 354, DE 15 DE AGOSTO DE 1997 – Regulamenta o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição à venda, a prescrição e a dispensação dos produtos à base de talidomida.
- PORTARIA N.º 344 DE 12 DE MAIO DE 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- PORTARIA SVS/MS N.º 354 DE 15 DE AGOSTO DE 1997. Regulamenta o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição, a venda, a prescrição e a dispensação dos produtos a base de Talidomida.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-Guia. **Atenção a saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

7.5 Tuberculose

A tuberculose é a doença infecto-contagiosa com alta morbidade em jovens e adultos no mundo. Com o advento do HIV e da multidrogaresistência, essa morbidade constrói novamente um cenário preocupante. A OMS declarou que a tuberculose é uma emergência mundial por estar fora de controle em muitas partes do mundo.

O *Mycobacterium tuberculosis*, agente etiológico da tuberculose, foi identificado por Robert Koch em

1882. A tuberculose tem como fonte de infecção o indivíduo com forma pulmonar bacilífera - eliminando bacilos para o exterior. A fala, o espirro e, principalmente, a tosse de um doente com tuberculose pulmonar, lançam no ar gotículas contaminadas. É importante também a intensidade do contato – proximidade, continuidade e ambiente desfavorável. O risco de adoecer de tuberculose está relacionado com vários fatores, entre outras destacam-se: idade, estado imunológico e nutricional e doenças intercorrentes. A tuberculose é uma doença que atinge principalmente as pessoas na idade produtiva entre 15 e 59 anos (70%).

No Brasil, a tuberculose ainda mata aproximadamente 6 mil brasileiros por ano e adocece cerca de 100 mil pessoas. É sabido que contribuem para a grave situação o aumento da pobreza, a má distribuição de renda e a urbanização acelerada. Tais fatores encontram-se particularmente presentes em determinadas regiões de nosso país, especialmente na Sudeste, resultando em coeficientes de incidência da doença superiores aos nacionais.

Para o controle eficaz da tuberculose, OMS tem recomendado a adoção da estratégia DOTS (Tratamento de curta duração diretamente supervisionado) que tem por princípios a disponibilidade de uma rede descentralizada de diagnóstico e de tratamento; gestão responsável e supervisão de trabalhadores da atenção à saúde; sistema de busca de casos novos e recaídas; garantia da baciloscopia para detecção de casos; observação direta do paciente durante todo o tratamento; sistema de notificação e de acompanhamento de casos que permita verificar o resultado do tratamento e do programa de controle da tuberculose.

7.5.1 Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose está integrado na rede de serviços de saúde, sendo desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo, desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários, até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações.

São metas do PNCT: detectar 70% dos casos estimados (meta alcançada); curar 85% dos casos notificados, reduzir o abandono do tratamento a menos de 5%, expandir a cobertura do DOTS para os 315 municípios prioritários; informação sobre desfecho de 100% dos casos diagnosticados e oferecer teste anti-HIV para 100% dos adultos com tuberculose.

7.5.2 Política Estadual de Pneumologia Sanitária

No estado de MG, em 2006, contabilizaram-se 7.083 casos notificados da doença, concentrados em sua grande maioria nas cidades com maior aglomeração urbana. Os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose são os sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por 03 semanas ou mais); contatos de casos de tuberculose; suspeitas radiológicas e pessoas com doenças e/ou condições sociais que predisponham à tuberculose.

A estratégia para a prevenção da tuberculose é a atenção primária à saúde. Nesse contexto, o programa estadual visa à prevenção por meio de intervenções para alcançar indivíduos, grupos sociais em risco de adoecer ou a sociedade em geral, como a melhoria das condições de vida e maiores investimentos em saúde pública.

No caso da tuberculose, existem as intervenções no nível individual e social, como a descoberta de casos e tratamento, incluindo controle de contatos, vacinação com BCG e quimioprofilaxia. Entre as intervenções preventivas gerais, há as ações educativas visando à divulgação das condicionantes da doença (processo de informações, educação e comunicação social); treinamento de profissionais de saúde envolvidos em técnicas preventivas, diagnósticas e de tratamento e medidas de biossegurança que são medidas de controle da transmissão da tuberculose, em unidades de saúde, preconizados pela OMS.

As principais propostas da Coordenadoria Estadual de Pneumologia Sanitária quanto à estratégia DOTS são a ampliação e implementação do tratamento supervisionado com adoção uniforme dessa estratégia nos níveis estadual e municipal; a adoção de uma abordagem humanizada; a descentralização das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose articuladas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e com a estratégia de Saúde da Família.

A Coordenação de Pneumologia Sanitária está vinculada à Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Epidemiologia/SES-MG.

7.5.3 Medicamentos que atendem ao programa

Os medicamentos utilizados para tratamento da tuberculose estão relacionados no Quadro 9.

Quadro 9: Medicamentos do programa de Tuberculose

| Medicamento | Apresentação |
|--------------------------|-------------------|
| Estreptomicina Sol. Inj | Frasco ampola 1 g |
| Etambutol | Comp. 400 mg |
| Etionamida | Drag. 250 mg |
| Isoniazida | Comp. 100 mg |
| Isoniazida + Rifampicina | Caps. 100+150 mg |
| | Caps. 200+300 mg |
| Pirazinamida | Comp. 500 mg |
| | Sol. Oral 3% |
| Rifampicina | Susp. 2% |
| | Caps 300 mg |

O tratamento medicamentoso da tuberculose é padronizado por esquemas de associação de drogas (Quadro 9) de acordo com as características dos pacientes. Os esquemas medicamentosos utilizados para tratamento da tuberculose estão descritos no Quadro 10.

Quadro 10: Esquemas de tratamento de tuberculose

| Situação | Esquema indicado |
|---|---|
| Caso novo de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, exceto a forma meningoencefálica, sem tratamento anterior ou tratado por menos de 30 dias ou com tratamento anterior há mais de 5 anos. | Esquema 1 |
| Retratamento de casos de recidiva após cura ou retorno após abandono do esquema 1. | Esquema 1 Reforçado (IR) Esquema 1 + Etambutol |
| Tuberculose meningoencefálica | Esquema 2 |
| Falência dos esquemas 1 ou IR: falência dos esquemas básico ou básico + etambutol. | Esquema 3 |

O esquema 1, indicado para virgens de tratamento de tuberculose (Figura 2), possui 2 fases com duração total de 6 meses, sendo a primeira de 2 meses e a segunda de 4 meses.

Figura 2: Esquema 1 para aplicação em pacientes de tuberculose virgens de tratamento

| Fases do Tratamento | Drogas | Peso do paciente | | | |
|----------------------------|--------|------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|
| | | Até 20kg | Mais de 20 kg e até 35kg | Mais de 35 kg e até 45 kg | Mais de 45 kg |
| | | mg/kg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia |
| 1ª fase (2 meses – RHZ) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1 000 | 1 500 | 2 000 |
| 2ª fase (4 meses – RH) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |

Siglas: Rifampicina = R— Isoniazida = H — Pirazinamida = Z - Etambutol = E - Estreptomicina = S - Etionamida = Et

Fonte: Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose. SES-MG, 2006.

O esquema IR (Esquema 1 Reforçado), indicado nos casos de recidiva após cura ou retorno após abandono de esquema 1 possui 2 fases com duração total de 6 meses, sendo a primeira de 2 meses e a segunda de 4 meses (Figura 3).

Figura 3: Esquema IR para aplicação em pacientes com recidiva após cura de tuberculose ou que abandonaram o tratamento.

| Fases do Tratamento | Drogas | Peso do paciente | | | |
|-----------------------------|--------|------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|
| | | Até 20kg | Mais de 20 kg e até 35kg | Mais de 35 kg e até 45 kg | Mais de 45 kg |
| | | mg/kg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia |
| 1ª fase (2 meses – RHZE) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | Z | 35 | 1 000 | 1 500 | 2 000 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1 200 |
| 2ª fase (4 meses – RHE) | R | 10 | 300 | 450 | 600 |
| | H | 10 | 200 | 300 | 400 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1200 |

Siglas: Rifampicina = R— Isoniazida = H — Pirazinamida = Z - Etambutol = E - Estreptomicina = S - Etionamida = Et

Fonte: Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose. SES-MG, 2006.

O esquema 2, indicado para a forma meningoencefálica da tuberculose (Figura 4), possui 2 fases com duração total de 9 meses, sendo a primeira de 2 meses e a segunda de 7 meses.

Figura 4: Esquema 2 para aplicação em pacientes com tuberculose meningoencefálica

| Fases do Tratamento | Drogas | Doses para todas as idades mg/kg/dia | Peso do paciente | | | |
|-----------------------------|--------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|
| | | | Mais de 20 kg e até 35kg | Mais de 35 kg e até 45kg | Mais de 45 kg | Dose máxima |
| | | | mg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia |
| 1ª fase (2 meses) RHZ | R | 10 a 20 | 300 | 450 | 600 | 600 |
| | H | 10 a 20 | 200 | 300 | 400 | 400 |
| | Z | 35 | 1 000 | 1 500 | 2 000 | 2 000 |
| 2ª fase (7 meses) RH | R | 10 a 20 | 300 | 450 | 600 | 600 |
| | H | 10 a 20 | 200 | 300 | 400 | 400 |

Siglas: Rifampicina = R— Isoniazida = H — Pirazinamida = Z - Etambutol = E - Estreptomicina = S - Etionamida = Et

Fonte: Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose. SES-MG, 2006.

O esquema 3 (Figura 5) indicado nos casos de falência de tratamento dos Esquemas 1 e IR possui 2 fases com duração total de 12 meses, sendo a primeira de 3 meses e a segunda de 9 meses.

Figura 5: Esquema 3 para aplicação em pacientes com falência de tratamento dos esquemas 1 e IR

| Fases do Tratamento | Drogas | Peso do paciente | | | |
|----------------------------|--------|------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|
| | | Até 20kg | Mais de 20 kg e até 35kg | Mais de 35 kg e até 45 kg | Mais de 45 kg |
| | | mg/kg/dia | mg/dia | mg/dia | mg/dia |
| 1ª fase (3 meses—SZEEt) | S | 20 | 500 | 1 000 | 1 000 |
| | Z | 35 | 1 000 | 1 500 | 2 000 |
| | E | 25 | 600 | 800 | 1 200 |
| | Et | 12 | 250 | 500 | 750 |
| 2ª fase (9 meses – EEt) | E | 25 | 600 | 800 | 1 200 |
| | Et | 12 | 250 | 500 | 750 |

Siglas: Rifampicina = R— Isoniazida = H — Pirazinamida = Z - Etambutol = E - Estreptomicina = S - Etionamida = Et

Fonte: Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose. SES-MG, 2006.

Além dos esquemas descritos anteriormente, há ainda o esquema para a tuberculose multiresistente (TBMR), que possui tratamento com duração igual ou superior a 18 meses, com uso diário de medicamentos por pelo menos 12 meses. Os medicamentos utilizados no esquema TBMR estão dispostos na Figura 6.

Figura 6: Esquema de tratamento para a tuberculose multiresistente

- AMICACINA: 500mg – 1 g, IM ou IV, 05 vezes/semana x 08 semanas e 2 vezes / semana x 10 meses = 12 meses
- OFLOXACINO: 600 a 800mg /dia;
- TERIZIDONA: 500mg a 750mg/dia;
- ETAMBUTOL: 800mg a 1,2 g/dia;
- CLOFAZIMINE: 100mg/dia.

Fonte: Linha-Guia Atenção à Saúde do Adulto – Tuberculose. SES-MG, 2006.

7.5.4 Da notificação da doença à dispensação dos medicamentos

Os casos de tuberculose novos, reingressos após abandono, as recidivas e os casos que transferiram devem ser notificados utilizando a ficha individual de notificação do SINAN, já enumerada. Esta ficha é distribuída pelas coordenadorias regionais aos serviços municipais.

Para os municípios receberem os medicamentos tuberculostáticos, eles devem enviar à GRS: a notificação de casos novos ou ficha de acompanhamento mensal de tuberculose; o histórico de dispensação mensal de tuberculostáticos e o mapa mensal de medicamentos. A distribuição do medicamento é realizada de acordo com o número de pacientes em tratamento no município, devidamente notificados.

Os municípios podem manter um estoque reserva mínimo, mesmo que não tenham casos notificados, para que, em caso de uma notificação, o tratamento se inicie o mais rápido possível. É obrigatório o envio

do mapa mensal à GRS se o município possuir estoque de medicamentos para tuberculose, mesmo que não tenha tido consumo no mês.

As unidades de saúde devem cadastrar o paciente na primeira vez em que houver a dispensação de medicamentos deste programa. O farmacêutico deve verificar junto à unidade de saúde, se a notificação foi feita e encaminhada para a Vigilância Epidemiológica municipal, ou recebê-la e encaminhá-la. A dispensação dos medicamentos é realizada mensalmente mediante a apresentação da Ficha de Notificação e Acompanhamento Mensal e receita médica ou de enfermagem, agendando o retorno do paciente. O farmacêutico responsável deverá enviar as fichas de notificação e acompanhamento ao serviço de epidemiologia do município para digitação no SINAN.

O farmacêutico deve ficar atento à data de retorno e comunicar à Referência Técnica do município o atraso ou abandono do tratamento. Os agentes comunitários devem estar treinados para fazer o acompanhamento pelo menos três vezes por semana do tratamento dos usuários, onde houver dose supervisionada (DOTS).

Os casos de tuberculose multiresistente (TBMR) são confirmados por cultura com identificação de *M. tuberculosis*, acompanhado do teste de sensibilidade às drogas. No Brasil considera-se um paciente TBMR quando apresenta resistência a Rifampicina, Isoniazida e mais uma droga do esquema 1, ou quando apresenta falência operacional do esquema 3 quando tratado sob supervisão.

Os medicamentos para a TBMR são fornecidos pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF), na cidade do Rio de Janeiro, diretamente ao profissional médico responsável pelo paciente, com encaminhamento da notificação do caso e resultados dos exames de cultura e teste de sensibilidade. Casos excepcionais, que não são considerados TBMR, mas que necessitam de algum medicamento desse esquema, devem ser tratados diretamente com os profissionais responsáveis no CRPHF.

7.5.5 Controle Logístico dos Medicamentos

O município recebe os medicamentos da GRS, conforme o número de pacientes notificados e declarados no mapa mensal de medicamentos. Cada município deverá ter uma unidade farmacêutica de referência que ficará responsável pelo recebimento e armazenamento adequado dos medicamentos, elaboração do mapa e preenchimento do histórico de dispensação, captação das Fichas de Notificação e/ou Acompanhamento do Tratamento, e pela dispensação dos medicamentos aos pacientes cadastrados.

Entre os dias 25 a 30 de cada mês, a Assistência Farmacêutica faz o consolidado dos lançamentos no impresso "Histórico de dispensação mensal dos tuberculostáticos", preenche o mapa mensal de medicamentos e envia para a Gerência Regional de Saúde até o 1º dia útil de cada do mês subsequente.

A GRS analisa e efetua os cálculos dos mapas para faturar e distribuir os medicamentos aos municípios. Até o dia 5º do mês seguinte, a GRS compila os dados de todos os municípios de sua abrangência e repassa para a SES-MG.

No nível central, são analisados e efetuados os cálculos dos mapas recebidos e enviadas as autorizações de faturamento para o almoxarifado da SES que realiza a distribuição dos medicamentos às GRS. A quantidade de medicamentos distribuídos é definida considerando-se o consumo histórico, estoque atual e número de pacientes em tratamento no município.

7.5.6 Legislações e Publicações

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle de tuberculose: cadernos de atenção básica**. 6 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Organização Mundial da Saúde. Programa global de Controle de Tuberculose. **Linhas Orientadoras para Programas Nacionais**. Direção Geral da Saúde, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha-Guia. **Atenção à Saúde do Adulto: tuberculose**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação da Superintendência de Assistência Farmacêutica, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, tem propiciado a organização e discussão de fluxos e procedimentos relacionados aos medicamentos estratégicos. Este manual apresenta-se como um instrumento para reestruturação e melhoria dos serviços de Assistência Farmacêutica, divulgando informações sobre os Programas Estratégicos e padronizando as ações de saúde ligadas aos medicamentos, no âmbito das GRS e dos municípios do Estado.

A publicação deste manual visa contribuir para a eficiência das ações de Assistência Farmacêutica, promovendo, além de melhoria do acesso aos medicamentos por meio da disseminação adequada de informações, a consolidação do vínculo entre os serviços municipais e estaduais e a inserção efetiva da Assistência Farmacêutica como uma ação de saúde no estado de Minas Gerais.

9 CONTATOS

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Rua Sapucaí, 429, 5º andar
Bairro Floresta
Belo Horizonte - MG, Cep. 30.150-050
Tel: (31) 3247-3700

Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF)

Augusto Afonso Guerra Júnior
Tel: (31) 3247-3924
saf@saude.mg.gov.br

Gerência de Medicamentos Básicos (GMB)

Verlanda Lima Bontempo
Tel: (31) 3247-3921/3934
Fax: (31) 3247-3933
medicamentosbasicos@saude.mg.gov.br

Gerência de Medicamentos Estratégicos (GMEST)

Renata Cristina Resende Macedo
Tel: (31) 3247-3980/3981
Fax: (31) 3247-3935
gmest.saf@saude.mg.gov.br

Gerência de Medicamentos Excepcionais (GMEX)

Wenderson Walla Andrade
Tel: (31) 3247-3931/3965
Fax: (31) 3247-3925
gmex@saude.mg.gov.br

Superintendência de Atenção à Saúde (SAS)

Marco Antônio Bragança Matos
Tel: (31) 3247-3814/3815
Fax: (31) 3247-3819
sas@saude.mg.gov.br

Gerência de Ações de Saúde (GAS)

Marcílio Dias Magalhães
Tel: (31) 3247-3846
Fax: (31) 3247-3819
gas@saude.mg.gov.br

Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes

José Otávio Penido Fonseca
Tel: (31) 3247-3835
Fax: (31) 3247-3819
hiperdia.sas@saude.mg.gov.br

Superintendência de Epidemiologia (SE)

Benedito Scaranci Fernandes
Tel: (31) 3215-7236/7237
Fax: (31) 3215-7245
benedito.scaranci@saude.mg.gov.br

Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE)

Jandira Aparecida Campos Lemos
Tel: (31) 3215-7264
Fax: (31) 3215-7254
cie@saude.mg.gov.br

Gerência de Vigilância Ambiental (GVA)

Francisco Leopoldo Lemos
Tel: (31) 3215-7251
Fax: (31) 3215-7250
se.gva@saude.mg.gov.br

Coordenação Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

Raymundo Roja Junior
Tel: (31) 3215-7428/7429
Fax: (31) 3215-7445
dstaids@saude.mg.gov.br

Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária

Maria Aparecida de Faria
Grossi
Tel: (31) 3215-7314
Fax: (31) 3215-7320
hanseniose@saude.mg.gov.br

Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária

Edilson Correa de Moura
Tel: (31) 3215-7339
Fax: (31) 3215-7340
tuberculose@saude.mg.gov.br

9.1 Gerências Regionais de Saúde (GRS)

Os endereços de todas as Gerências Regionais de Saúde estão disponíveis no site da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, através do link: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/grs>.

Os municípios devem entrar em contato com a respectiva GRS para verificar o endereço eletrônico para envio do MMMI.

10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Portal da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 05 de setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 3.237 de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, s. 1, n. 247-E, p. 16, 26 dez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS no 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a **Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretoria de Programas Estratégicos. **Manual de procedimentos dos Núcleos Avançados de Apoio** – Brasília: Ministério da Saúde, 2000

GOMES, C. A. P. et al. **A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde.** Belo Horizonte: Editora FUNED, 2007.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte. **Manual de Fluxos Terapêuticos.** Belo Horizonte: SES-MG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Rede Farmácia de Minas – Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS.** Belo Horizonte: SES-MG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, SES-MG. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/grs>> Acesso em 30 de janeiro de 2008.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21149

11 ANEXOS

11.1 Anexo 1 – Formulário para registro de temperatura (Termômetro de máxima e mínima)



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FORMULÁRIO PARA REGISTRO TEMPERATURA
Termômetro de Máximo e Mínimo

AMBIENTE
 REFRIGERADOR

| | |
|-----------------------------|------|
| Unidade de Saúde/Município: | GRS: |
|-----------------------------|------|

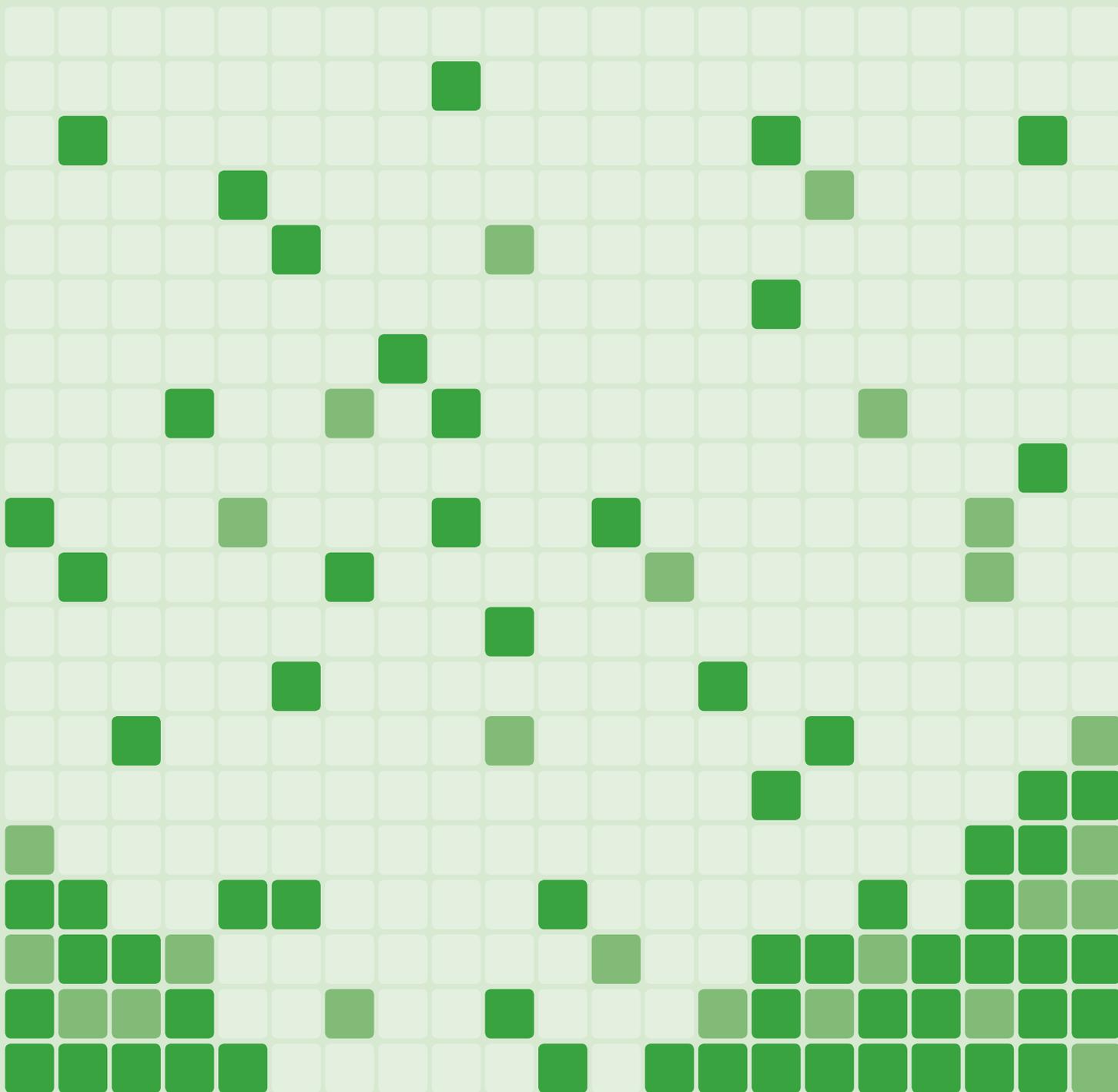
| | |
|---------------------------------|-----------|
| Responsável pelo preenchimento: | Mês /Ano: |
|---------------------------------|-----------|

| Dia | Hora | Min | Max | Atual | Rubrica | Dia | Hora | Min. | Max | Atual | Rubrica | Observações |
|-----|------|-----|-----|-------|---------|-----|------|------|-----|-------|---------|-------------|
| 1 | | | | | | 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | 27 | | | | | | |
| 28 | | | | | | 28 | | | | | | |
| 29 | | | | | | 29 | | | | | | |
| 30 | | | | | | 30 | | | | | | |
| 31 | | | | | | 31 | | | | | | |

| | | |
|--------------|-----------------------------------|--|
| FALHA | Hora da Falha: | |
| | Temperatura ao encontrar a Falha: | |
| | Dias parado por falha: | |

OBSERVAÇÃO: ARMAZENAR NO REFRIGERADOR EXCLUSIVAMENTE MEDICAMENTOS

Composto em tipografia Myriad Pro e Helvética Neue
Impresso em papel Couchê 115 g/m²



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS