FLUXO DE ACESSO – HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023

MEDICAMENTOS

- AMBRISENTANA 5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- AMBRISENTANA 10MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- BOSENTANA 62,5MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- BOSENTANA 125MG (POR COMPRIMIDO REVESTIDO)
- ILOPROSTA 10 MCG/ML SOL. PARA NEBULIZAÇÃO (AMPOLA DE 1 ML)
- SELEXIPAGUE 200 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 400 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 600 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 800 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1000 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1200 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1400 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 1600 MCG (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 200 MCG(TITULAÇÃO DE DOSE) (POR COMPRIMIDO)
- SELEXIPAGUE 800 MCG (TITULAÇÃO DE DOSE) (POR COMPRIMIDO)
- SILDENAFILA 20 MG (POR COMPRIMIDO)

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia do documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência do paciente ou de seu responsável legal. Se em nome de terceiros, preencher formulário específico;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME) adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica adequadamente preenchida, em conformidade com a legislação sanitária aplicável (Lei nº 13.732/2018, Portaria SVS/MS nº 344/1998 e demais normativas vigentes);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) da patologia adequadamente preenchido;
- Formulário de acesso aos medicamentos para Hipertensão Arterial Pulmonar adequadamente preenchido;
- Relatório médico com CID-10, informando a história clínica do paciente, informando Grupo da HAP, Classe funcional NYHA, tratamento medicamentoso realizado, os critérios de inclusão e ausência dos critérios de exclusão e contraindicação ao medicamento solicitado, conforme PCDT da patologia.

EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para todos medicamentos:

- Cateterismo cardíaco direto (validade indeterminada).
- Ecocardiograma (para os casos de impossibilidade de realizar teste de caminhada) (validade indeterminada).
- Teste de Vaso reatividade para HAP hereditária, idiopática e/ou induzida por drogas.
- AST/TGO (validade 3 meses).
- ALT/TGP (validade 3 meses).
- Hemograma (validade 3 meses).

Para Ambrisentana e Bosentana, também;

- B-HCG (para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada) (validade 1 mês).

Exames complementares (<u>não obrigatórios</u>) que indiquem a presença de HAP ou descarte doenças preexistentes, que poderão ser solicitados conforme a situação clínica do(a) paciente, de acordo com o PCDT:

- Cintilografia de inalação/perfusão (validade indeterminada) ou
- Eletrocardiograma (validade indeterminada) ou
- Espirometria (validade indeterminada) ou
- Gasometria arterial (validade indeterminada) ou
- Polissonografia (validade indeterminada) ou
- Prova de função pulmonar e oximetria (validade indeterminada) ou
- Radiografia de tórax (validade indeterminada) ou
- Tomografia do Tórax (validade indeterminada) ou
- Ultrassonografia de abdome (validade indeterminada)

EXAMES DE MONITORAMENTO

- Os pacientes com HAP devem ser submetidos à avaliação clínica periódica com equipe de serviço especializado ou de centro de referência (pneumologistas, cardiologistas e reumatologistas, quando necessário) a cada 3 a 6 meses.
- Após 3 a 6 meses do início do tratamento, os pacientes devem ser novamente estratificados, utilizando a ferramenta simplificada do registro francês (Quadro 4 do PCDT) ou outra ferramenta de estratificação de risco da preferência do médico.

Para Ambrisentana e Bosentana:

- AST/TGO e ALT/TGP. ***Periodicidade:*** antes do início do tratamento, mensalmente no primeiro ano e, após, trimestralmente (se 3x acima do limite de normalidade suspender o uso).
- Hemograma. ***Periodicidade:*** mensal durante 4 meses. Após, exame trimestral.

Para Iloprosta:

- O uso de Iloprosta deve ser interrompido imediatamente em pacientes com pressão arterial sistólica inferior a 85 mmHg.

RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- **Em caso de troca de medicamento ou aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade responsável pela avaliação inicial.
- **Em caso de continuidade do tratamento, <u>sem</u> troca de medicamento ou <u>sem</u> aumento da dose:** a avaliação deverá ser realizada na unidade de cadastro.

Atenção: quando houver troca de medicamento ou aumento da dose, a solicitação deverá ser realizada por médico especialista, se previsto para a patologia em questão.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia
End: Av. Laurindo Régis, s/n - Parque Solar Boa Vista, Engenho Velho de Brotas - Salvador - BA.
Tel.: (71) 3117-1645 (Whatsapp).
Horário: 7h às 19h (fechamento dos portões às 18h).
E-mail: cimeb@saude.ba.gov.br

FAMAR – Farmácia Ambulatorial de Medicamentos do Aparelho Respiratório
End: Praça Conselheiro João Alfredo, S/N - Pau Miúdo, Salvador - BA, CEP: 40.320-350. Em frente ao Hospital Geral Ernesto Simões Filho.
Tel.: (71) 3117-1711 | (71) 98218-3780 (ambos Whatsapp).
Horário: 7h às 17h.
E-mail: famar@saude.ba.gov.br

HUPES - Hospital Universitário Professor Edgard Santos (apenas para os pacientes cadastrados no ambulatório do HUPES)
End: Rua Dr Augusto Viana, s/n, Canela, Salvador - BA, CEP: 40.110-060.
Tel.: (71) 3646-3833.
Horário: 7h às 17h.
E-mail: farmamn.hupes@ebserh.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

I27.0 Hipertensão arterial pulmonar primária (HAPI)
I27.2 Outra hipertensão pulmonar secundária
I27.8 Outras doenças pulmonares do coração especificadas (HAP associada a cardiopatias congênitas/ síndrome de Eisenmenger)

Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): http://sigtap.datasus.gov.br/

OBSERVAÇÕES

- **À exceção da HAPI e familiar, todas as demais enfermidades devem ser acompanhadas de CID secundário, que especifique a situação associada à HAP.**
- **Especialidade Médica: Pneumologista, Cardiologista e Reumatologista.**
- **HUPES - Hospital Universitário Professor Edgar Santos. O atendimento na farmácia do CEAF do HUPES, será apenas para paciente matriculado no ambulatório do hospital para assistência médica nesta patologia.**

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

Sildenafila

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao CIMEB, FAMAR ou HUPES (apenas pacientes cadastrados no hospital) com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Hipertensão Pulmonar.

O CIMEB, FAMAR ou HUPES cadastra o paciente no AFSESAB e avalia sua solicitação de inclusão no CEAF.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O CIMEB, FAMAR ou HUPES informa o paciente sobre o deferimento do processo.

O paciente recebe o medicamento no CIMEB, FAMAR ou HUPES

Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME e prescrição) com seu médico assistente.

NÃO

O CIMEB, FAMAR ou HUPES informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

Ambrisentana, Bosentana, Iloprosta, Selexipague

O paciente ou o seu responsável legal comparece ao CIMEB, FAMAR ou HUPES (apenas pacientes cadastrados no hospital) com os documentos necessários para solicitação do medicamento para Hipertensão Pulmonar.

O CIMEB, FAMAR ou HUPES cadastra o paciente no AFSESAB e encaminha para avaliação da COAFE.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O CIMEB, FAMAR ou HUPES informa o paciente sobre o deferimento do processo.

O paciente recebe o medicamento no CIMEB, FAMAR ou HUPES.

Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME e prescrição) com seu médico assistente.

NÃO

O CIMEB, FAMAR ou HUPES informa o paciente sobre o indeferimento ou devolução do processo.

DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) (antigas DIRES)

