



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Formulário específico para avaliação da solicitação de medicamentos LABA/LAMA para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 19 - 16/11/2021

Levando em consideração a publicação, em novembro de 2021, do protocolo de DPOC pelo Ministério da Saúde solicitamos sua atenção para o preenchimento de dados clínicos necessários para o atendimento pela Farmácia de Medicamentos Especializados, considerando:

CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO
Grupo A Grupo de baixo risco/poucos sintomas Índice mMRC < 2, ou CAT < 10, com no máximo uma exacerbação sem hospitalização nos últimos 12 meses (nenhuma exacerbação grave).	Broncodilatador de ação curta (salbutamol, fenoterol ou brometo de ipratrópio) conforme a necessidade (alívio de sintomas, antes de exercício).
Grupo B Grupo de baixo risco, sintomas mais presentes* Índice mMRC ≥ 2, ou CAT ≥ 10, com no máximo uma exacerbação sem hospitalização nos últimos 12 meses (nenhuma exacerbação grave)	Formoterol ou salmeterol 2 vezes/dia em uso regular (manutenção). Considerar broncodilatação dupla de longa ação com antimuscarínico + agonista beta-2 adrenérgico (brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol), com suspensão de corticoterapia inalatória, nos casos com VEF1 < 50%, nos quais não houve melhora clínica relevante após 12-24 semanas ou nos quais se observou a ocorrência de pneumonia. Para sintomas de dispneia, um tempo de 4 – 8 semanas é suficiente para avaliar resposta ao tratamento. No caso de pneumonia em paciente com boa resposta clínica, especialmente naqueles com asma sobreposta/hiperresponsividade brônquica/eosinofilia sanguínea, evitar a suspensão abrupta do corticoide inalatório. ² Oxigenoterapia conforme avaliação.
Grupo C Grupo de alto risco com poucos sintomas Índice mMRC < 2, ou CAT < 10, com uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) ou duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses.	Formoterol ou salmeterol 2 vezes/dia em uso regular (manutenção). Broncodilatador de curta ação (preferencialmente brometo de ipratrópio) se necessário. Associar CI se houver a presença de um ou mais fatores preditivos de resposta: • Sobreposição com asma (história de asma na infância, hiperresponsividade brônquica e eosinofilia sanguínea) • VEF1 < 50% Considerar broncodilatação dupla de longa ação com antimuscarínico + agonista beta-2 adrenérgico (brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol ou brometo e tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol), com suspensão de corticoterapia inalatória, nos casos com VEF1 < 50%, nos quais não houve melhora clínica relevante após 12-24 semanas ou nos quais se observou a ocorrência de pneumonia. Para sintomas de dispneia, um tempo de 4 – 8 semanas é suficiente para avaliar resposta ao tratamento. No caso de pneumonia em paciente com boa resposta clínica, especialmente naqueles com asma sobreposta/hiperresponsividade brônquica/eosinofilia sanguínea, evitar a suspensão abrupta do corticoide inalatório. ² Oxigenoterapia conforme avaliação.
Grupo D Grupo de alto risco com muitos sintomas* Índice mMRC ≥ 2, ou CAT ≥ 10, uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) ou duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses.	Broncodilatador beta-2 adrenérgico de longa ação associado a CI em uso regular (manutenção). Broncodilatador de curta ação (preferencialmente brometo de ipratrópio) se necessário. Considerar broncodilatação dupla de longa ação com antimuscarínico + agonista beta-2 adrenérgico (brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol ou brometo e tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol) nos casos com VEF1 < 50% em que não se observou melhora clínica após 6-10 semanas ou nos quais se observou a ocorrência de pneumonia após o início do corticoide inalatório. No caso de pneumonia em paciente com boa resposta clínica, especialmente naqueles com asma sobreposta/hiperresponsividade brônquica/eosinofilia sanguínea, está recomendada a redução de dose de corticoide inalatório. ² Oxigenoterapia conforme necessidade.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Formulário específico para avaliação da solicitação de medicamentos LABA/LAMA para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 19 - 16/11/2021

Nome completo do paciente: _____

Data de Nascimento: _____

I) Assinalar classe funcional do paciente, de acordo com a espirometria:

- a) GOLD I (VEF1 >80 % previsto)
- b) GOLD II (50% ≤ VEF1 < 80% do previsto)
- c) GOLD III (30% ≤ VEF1 < 50% do previsto)
- d) GOLD IV (VEF1 < 30% do previsto)

II) Classificar o paciente de acordo com a escala de gravidade e quantidade de exacerbações e ou hospitalizações, escalas mMRC e CAT.

- a) Grupo A - Grupo não exacerbador, pouco sintomático
- b) Grupo B - Grupo não exacerbador, muito sintomático
- c) Grupo C - Grupo de exacerbador, pouco sintomático
- d) Grupo D - Grupo de exacerbador, muito sintomático

III) O paciente apresenta dificuldade e/ou limitação severa para usar algum dispositivo inalatório?

- a) Pó seco () Sim () Não. Descreva: _____
- b) Névoa () Sim () Não. Descreva: _____
- c) Nenhuma

Assinatura do médico solicitante: _____

Nome e CRM do médico solicitante (ou carimbo):

Data: ____/____/____