

RESOLUÇÃO SS nº 278, de 26 de julho de 2007

Aprova o Protocolo para Tratamento dos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS, do Estado de São Paulo.

O Secretário de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e

- considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;
- considerando o significativo índice de morbidade da DPOC no âmbito do Estado de São Paulo, especialmente nos grandes centros;
- considerando a necessidade de detecção precoce da DPOC;

Resolve:

Artigo 1º - Aprovar o Protocolo Clínico, parte integrante desta Resolução, que disciplina e regulamenta as indicações de medicamentos afetos à prevenção da sintomatologia e ao tratamento da DPOC.

Artigo 2º - Implementar as ações desenvolvidas nos ambulatórios de Pneumologia do Estado de São Paulo, referentes ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, disciplinado pelas Portarias MS/GM 1.035/04 e MS/SAS 442/04 e à prevenção e ao tratamento da DPOC, garantindo o acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico.

Artigo 3º - Divulgar, sob forma de Anexo, o formulário de solicitação dos medicamentos.

Artigo 4º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA

Secretário de Estado da Saúde

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Beclometasona, budesonida, fenoterol, fluticasona, formoterol, formoterol/budesonida, ipratrópio, prednisona, salbutamol, salbutamol/ipratrópio, salmeterol, salmeterol/fluticasona, teofilina, tiotrópio.

1. INTRODUÇÃO

A DPOC é uma moléstia caracterizada por limitação progressiva ao fluxo aéreo, não totalmente reversível, associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou a gases nocivos, principalmente fumaça de cigarro.

Grande parte dos portadores mantém-se assintomáticos por longos períodos, de forma que a moléstia é subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada.

Dados recentes demonstram que 5 a 15% da população em geral é afetada pela doença, quinta maior causa de internação hospitalar nesta faixa etária no Brasil.

2. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID-10

J41.0	Bronquite crônica simples
J41.1	Bronquite crônica mucopurulenta
J41.8	Bronquite crônica mista, simples e mucopurulenta
J42	Bronquite crônica não especificada
J43.1	Enfisema panlobular
J43.2	Enfisema centrolobular
J43.8	Outras formas de enfisema
J43.9	Enfisema não-especificado
J44.0	Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior
J44.1	Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada
J44.8	Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica
J44.9	Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da DPOC depende de variáveis clínicas e funcionais. Exposição ao tabaco e outros agressores e presença de sintomas devem sempre levantar suspeita sobre esta condição.

Os principais sintomas são tosse, geralmente produtiva, e dispnéia de esforço. Os sintomas são crônicos, piorando em alguns períodos por infecção ou exposição aguda a irritantes ou poluentes (exacerbações). A presença de obstrução ao fluxo aéreo, não completamente reversível, associada à suspeita clínica, fecha o diagnóstico de DPOC.

A gravidade da DPOC pode ser aferida pela espirometria e pela presença de sinais e sintomas de insuficiência respiratória crônica. A doença se subdivide em estádios, de acordo com a classificação clínico-funcional, descrita a seguir.

Quadro 1 Classificação da gravidade da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	
ESTADIO	DEFINIÇÃO
• 1 (DPOC leve)	<ul style="list-style-type: none">• $VEF_1/CVF < 0,7$• VEF_1 pós BD $\geq 80\%$ do normal previsto• Com ou sem sintomas crônicos
• 2 (DPOC moderado)	<ul style="list-style-type: none">• $VEF_1/CVF < 0,7$• VEF_1 pós BD $\geq 50\%$ e $< 80\%$ do normal previsto• Com ou sem sintomas crônicos
• 3 (DPOC grave)	<ul style="list-style-type: none">• $VEF_1/CVF < 0,7$• VEF_1 pós BD $\geq 30\%$ e $< 50\%$ do normal previsto• Com ou sem sintomas crônicos
• 4 (DPOC muito grave)	<ul style="list-style-type: none">• $VEF_1/CVF < 0,7$• VEF_1 pós BD $< 30\%$ ou• VEF_1 pós BD $< 50\%$ normal previsto + insuficiência respiratória crônica ($PaO_2 < 60$ mmHg com ou sem $PaCO_2 > 50$ mmHg, em ar ambiente e ao nível do mar)

VEF_1 : volume expiratório forçado no primeiro segundo;

CVF: capacidade vital forçada;

BD: broncodilatador;

PaO_2 : pressão parcial de oxigênio no sangue arterial;

$PaCO_2$: pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial.

Para avaliação clínica da gravidade da DPOC, será considerada a relação das informações descritas no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 – Escala para avaliação do grau de dispnéia em DPOC
0 - Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso
1 - Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeiras
2 – Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade
3 – Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano.
4 – Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Aplica-se este protocolo ao tratamento de pacientes diagnosticados com DPOC, em atendimento ambulatorial. Não se aplica a pacientes diagnosticados com quaisquer doenças respiratórias que não DPOC ou a pacientes com hipersensibilidade a quaisquer medicamentos abordados neste instrumento.

5. TRATAMENTO

5.1. TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO E VACINAÇÃO

5.1.1. REDUÇÃO DE FATORES DE RISCO E VACINAÇÃO

A ênfase, em qualquer estadio clínico-funcional, é voltada para a prevenção. Considerando a prevalência do tabagismo como fator causal, associado a, aproximadamente, 85% dos casos, os fumantes devem ser orientados quanto

à importância da cessação do hábito, a única intervenção comprovadamente capaz de reduzir a progressão da doença. Pacientes para os quais o aconselhamento se mostre ineficaz devem ser encaminhados para grupos específicos de auxílio onde há protocolos de orientação, incluindo a dispensação de medicamentos de auxílio à cessação.

Vacinação antiinfluenza anual está indicada para todos os pacientes. É recomendável a vacinação anti-pneumocócica.

5.2. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

5.2.1. Ordem de escolha

As principais diretrizes para o tratamento da DPOC propõem um esquema escalonado de tratamento, na dependência da gravidade e frequência dos sintomas e exacerbações. Considerando que este documento se restringe ao tratamento farmacológico, não serão abordados aspectos relacionados à reabilitação pulmonar, oxigenoterapia e cirurgia.

5.2.2. Evidências clínicas

O esquema medicamentoso proposto segue as determinações das diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento da DPOC.

5.2.3. Farmacoterapia

Os fármacos utilizados no tratamento ambulatorial de manutenção destes pacientes são: broncodilatadores de curta ação, broncodilatadores de longa ação, corticóides inalatórios e corticóides sistêmicos. No Quadro 3, apresenta-se a relação dos medicamentos contemplados neste Protocolo e equivalências terapêuticas; a seguir, o Quadro 4 representa o fluxograma de tratamento da DPOC, levando-se em conta a gravidade clínica e a resposta à terapêutica:

Quadro 3. Equivalência terapêutica de broncodilatadores e corticóides

BRONCODILATADORES	
Beta-2 agonista de curta duração - Gotas para nebulização	
DESCRIÇÃO	EQUIVALÊNCIA
Fenoterol 0,5% frasco 20ml	1
Salbutamol 0,5% frasco 5ml	2

Beta agonista de curta duração - Nebulímetro ou pó seco	
Fenoterol 100mcg/dose spray frasco 200 doses	1
Salbutamol 100mcg/dose spray frasco 200 doses	1

Anticolinérgicos - gotas para nebulização	
Ipratrópio 0,025% sol. P/ nebulização frasco 20ml	1

Xantinas	
Teofilina 100mg comp.	1
Xantinas – Liberação prolongada	
Teofilina 100mg cáps. Lib. Pro.	2
Teofilina 200mg cáps. Lib. Pro.	1

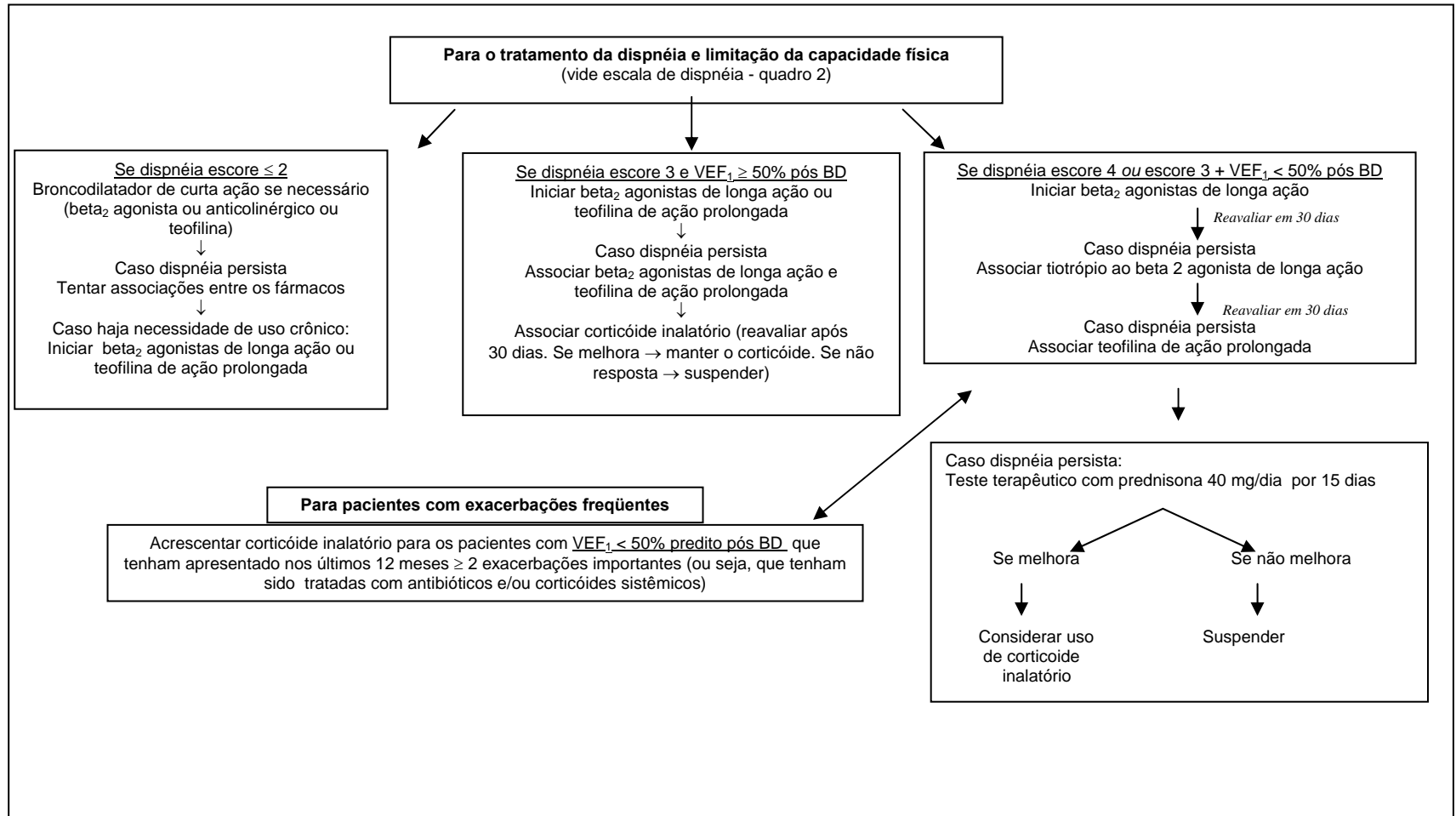
Beta agonista de longa duração - Nebulímetro ou pó seco	
Salmeterol pó p/ inalação 50mcg	1
Formoterol pó p/ inalação 12mcg/cáps. Com ou sem inalador	1

Anticolinérgico de ação prolongada	
Tiotrópio pó p/ inalação 18 mcg/caps.	1

CORTICÓIDES	
Corticóides Inalatórios - Nebulímetro ou Pó Seco	
DESCRIÇÃO	EQUIVALENCIA
Beclometasona 250mcg / dose spray oral frasco 200 doses(pulmonar)	2
Beclometasona pó 200mcg / cápsula nebulímetro pó seco (pulmonar)	2
Beclometasona pó 400mcg / cápsula nebulímetro pó seco (pulmonar)	1
Budesonida 200mcg/dose, pó inalatório, cápsula para inalação com inalador ou turbóhaler com 100 doses	2
Fluticasona 250mcg spray	1
Fluticasona pó 250mcg/dose	1

Associações - Corticóides inalatórios + Beta-2 agonistas de longa duração	
DESCRIÇÃO	EQUIVALÊNCIA
Salmeterol 50mcg + Fluticasona 100mcg pó inalatório	2
Salmeterol 50mcg + Fluticasona 250mcg pó inalatório	1
Formoterol 6mcg + Budesonida 200mcg pó inalatorio	2
Formoterol 12mcg + Budesonida 400mcg pó inalatorio	1

Quadro 4 – Protocolo de dispensação de fármacos para o atendimento ambulatorial de pacientes portadores de DPOC



5.3. Benefícios Esperados

1. Alívio dos sintomas;
2. Aumento da tolerância às atividades;
3. Melhora da condição de saúde;
4. Redução da velocidade de progressão da doença;
5. Redução das exacerbações;
6. Redução de internações.

5.4. Esquema de dispensação

O fluxo de dispensação para as medicações contempladas neste Protocolo está descrito no Quadro 5

Quadro 5 - Fluxograma de Tratamento da DPOC
Beclometasona, budesonida, fenoterol, fluticasona, formoterol, formoterol/budesonida, ipratrópio, prednisona, salbutamol, salbutamol/ipratrópio, salmeterol, salmeterol/fluticasona, teofilina, tiotrópio.
<ol style="list-style-type: none">1. A prescrição dos medicamentos para DPOC será feita inicialmente pelo médico do paciente.2. Os pedidos de medicamentos serão avaliados com base no Protocolo de tratamento, resumido no fluxograma (Quadro 4).3. Para pacientes com necessidade da medicação tiotrópio, acordou-se que, obrigatoriamente, haverá a avaliação da prescrição por médicos especialistas da rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo. Notar obrigatoriedade da prova de função pulmonar para pacientes com possível indicação para uso de tiotrópio4. Após avaliação e liberação para uso da medicação, esta deverá ser retirada em uma farmácia de dispensação de medicamentos excepcionais para início de tratamento.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DPOC

DOCUMENTOS ELABORADOS PELO MÉDICO PRESCRITOR

- 1) Formulário para Solicitação de Medicamentos - DPOC (Anexo 1)
- 2) Relatório Médico legível, informando o tempo de doença, medicações usadas e resposta ao uso de cada medicação, cópia do resultado da espirometria (quando indicada) e demais informações relevantes.
- 3) Receita Médica – em 2 vias, contendo Nome do Princípio Ativo e dosagem prescrita.

DOCUMENTOS DO PACIENTE

- 1) Cópia do RG e CPF;
- 2) Número de Telefone para contato e Cópia de Comprovante de residência;
- 3) Cartão Nacional de Saúde – SUS



**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Formulário para Solicitação de Medicamentos -DPOC**

CID Principal: _____ CID Secundário: _____

Nome do paciente:					
Endereço:					
CEP:		Município:		UF:	
Data de nascimento:					
Nome da mãe:					

Unidade solicitante:	
CNES:	

Número do prontuário do paciente na Unidade:												
CNS / paciente:												

Caracterização		
Score 0 Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso ou Score 1 Tenho falta de ar quando apresso meu passo, ou subo escadas ou ladeira ou Score 2 Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas na minha idade	1) Broncodilatador de curta duração (β_2 agonista ou anticolinérgico ou teofilina) 2) Persistência da dispnéia: associação de drogas 3) Persistência da dispnéia: β_2 agonista de longa duração ou teofilina de ação prolongada	Fenoterol <input type="checkbox"/> † Salbutamol <input type="checkbox"/> Ipratrópio <input type="checkbox"/> Teofilina: Curta Ação <input type="checkbox"/> Longa Ação <input type="checkbox"/> Salmeterol <input type="checkbox"/> † Formoterol <input type="checkbox"/>
Score 3 Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano e VEF1 > 50% pós BD	1) β_2 agonistas de longa ação ou teofilina de ação prolongada 2) Persistência da dispnéia: associar β_2 de ação prolongada e teofilina de ação prolongada	Salmeterol <input type="checkbox"/> † Formoterol <input type="checkbox"/> Teofilina Longa Ação <input type="checkbox"/>
Score 4 Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho e VEF1 < 50% pós BD	1) β_2 agonistas de longa ação 2) persistência da dispnéia: substituir β_2 de longa ação por tiotrópio 3) persistência da dispnéia: associar tiotrópio com β_2 de longa ação 4) persistência da dispnéia: associar teofilina de ação longa 5) persistência da dispnéia: iniciara prednisona 40 mg/dia por 15 dias e dependendo da resposta suspender (não resposta) ou diminuir gradualmente a dose até o mínimo eficaz	Salmeterol <input type="checkbox"/> Formoterol <input type="checkbox"/> Tiotrópio <input type="checkbox"/> Teofilina Longa Ação <input type="checkbox"/> Prednisona <input type="checkbox"/> Prednisolona <input type="checkbox"/>
Corticóide inalatório	acrescentar quando houver 2 ou mais exacerbações anuais importantes (tratadas com corticóides sistêmicos e/ou antibióticos)	Beclometasona <input type="checkbox"/> Fluticasona <input type="checkbox"/> Budesonida <input type="checkbox"/>

Data:	/ /	CNS / médico responsável:													
Carimbo:		CPF / médico responsável:													
		Assinatura:													

RECIBO

Data:	/ /	Assinatura do paciente / responsável:													
--------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

