



NOTA TÉCNICA Nº 016/2023/GEAF/SESA

GLAUCOMA: implantação do formulário para solicitação de medicamentos contemplados no PCDT- MS

Prezado usuário do SUS e médico assistente,

No âmbito do SUS, constam na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) para o tratamento do Glaucoma os colírios: Timolol, Dorzolamida, Brinzolamida, Brimonidina, Latanoprost, Travoprost, Bimatoprost e Pilocarpina, assim como a Acetazolamida comprimido. Os critérios de fornecimento destes estão normatizados em seu respectivo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde (PCDT-MS) vigente.*

Tem-se que, algumas informações, em geral relatadas em laudo do médico assistente, são imprescindíveis para que o paciente tenha acesso ao medicamento, e que este esteja em consonância com os critérios de uso previstos no PCDT-MS.

Visando garantir o acesso adequado dos pacientes aos medicamentos para o tratamento do Glaucoma nas farmácias cidadãs, foi elaborado um Formulário de solicitação de medicamentos para tratamento do glaucoma, em anexo, a ser preenchido pelo médico assistente com as informações necessárias e imprescindíveis para subsidiar a avaliação da solicitação pela SESA/GEAF.

Diante do exposto, para o acesso às alternativas terapêuticas acima relacionadas, o paciente ou seu representante legal deverá comparecer à farmácia cidadã estadual com:

- Prescrição médica, Termo de Esclarecimento e LME - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos contendo o medicamento solicitado;
- **Formulário de abertura preenchido e assinado pelo médico assistente;**
- Campimetria (validade de 12 meses);
- Avaliação de fundo de olho (mapeamento de retina) – validade de 12 meses; e
- Uma medida da PIO basal (validade de 90 dias).

Por fim, considerando a recente implantação do formulário, será concedido um período de transição para ampla divulgação deste documento, sendo obrigatória a sua apresentação num prazo de 180 dias. Ressaltamos que após este prazo, a farmácia cidadã não abrirá processo de solicitação de medicamentos para tratamento do glaucoma sem o referido formulário, devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente.

Esta orientação objetiva disponibilizar de forma transparente a melhor assistência aos usuários em consonância com as normatizações do Ministério da Saúde.

Qualquer dúvida entrar em contato com a nossa Central de telefonia nos números (27) 3636-8417 ou 3636-8418 ou ainda, se preferir, no e-mail <geaf.farmaciacidada@saude.es.gov.br>.

Vitória, 30 de outubro de 2023.

* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 02 DE ABRIL DE 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2018/glaucoma-pcdt.pdf>. Acesso em 26 out 2023.

ASSINATURAS (5)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

CINTIA RIBEIRO DA SILVA
FARMACÊUTICO
NUGEPAR - SESA - GOVES
assinado em 31/10/2023 15:57:37 -03:00

TAISLA SOPRANI
FARMACEUTICO - DT
NUGEPAR - SESA - GOVES
assinado em 31/10/2023 15:51:42 -03:00

SARAH CAMPO DALL ORTO MARTINS
FARMACEUTICO - DT
NUGEPAR - SESA - GOVES
assinado em 30/10/2023 21:16:33 -03:00

VINÍCIUS RAPHAEL DE ALMEIDA BORGES
ANALISTA DA CEFT ACEFT-01
GEAF - SESA - GOVES
assinado em 30/10/2023 18:10:11 -03:00

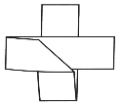
GRAZIELLE MASSARIOL MORI NASCIMENTO
CHEFE NUCLEO ESPECIAL FG-CNE
NUGEPAR - SESA - GOVES
assinado em 30/10/2023 16:41:49 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 31/10/2023 15:57:37 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CINTIA RIBEIRO DA SILVA (FARMACÊUTICO - NUGEPAR - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2023-PLBJJ5>

**SUS**

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE GLAUCOMA**

Paciente: _____ Idade: _____ anos Sexo: () M () F

- Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de Glaucoma, portaria SAS/ SCTIE/MS nº 11 de 02/04/2018;
- Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.

1. Diagnóstico (CID-10):

- () PIO média antes do início do tratamento acima de 21 mmHg; E
() Dano típico ao nervo óptico com perda da rima neuroretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5); **OU** () Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico.

2. Gravidade da doença:

- Valor de PIO na ausência de medicamento antiglaucomatoso: () 21-23 mmHg **ou** () acima de 26 mmHg
Quanto a alteração no campo visual compatível com glaucoma:
() sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos **ou**
() comprometimento em três ou mais quadrantes ou danos nos 10 graus centrais em um dos olhos.
Alargamento da escavação do disco óptico acima de 0,8: () Sim () Não
Cegueira por dano glaucomatoso em um olho: () Sim () Não

3. Paciente submetido a intervenção cirúrgica relacionado ao glaucoma: () Sim () Não**4. Paciente aguardando realização de aplicação de laser ou intervenção cirúrgica:** () Sim () Não

Se sim, favor informar a valor de PIO atual: _____

5. Medicamento(s) solicitado(s):

- () Timolol () Dorzolamida () Brinzolamida () Brimonidina () Latanoprost () Bimatoprost
() Travoprost () Acetazolamida () Pilocarpina

6. Paciente já fez tratamento medicamento para glaucoma? () Não () Sim

Se sim, apresentou falha terapêutica a:

- Monoterapia: () Timolol () Dorzolamida ou Brinzolamida ou Brimonidina () Prostaglandinas
Associação: () Timolol () Dorzolamida ou Brinzolamida ou Brimonidina () Prostaglandinas

7. Paciente apresenta contra-indicação a algum colírio disponível no SUS:

- () Não () Sim, informe qual (is): _____

8. Observações adicionais relevantes:

_____, ____/____/____
Local, data

Carimbo e Assinatura do Médico prescriptor