

Coord. de Farmácia e Bioquímica - Farmacêutica

Adriana Araújo dos Santos Barbosa

Farmacêutica

Fayga Joyce Evaristo

Farmacêutica

Isa Raquel Ribeiro Wernz

Farmacêutica

Jaiza Lima Leite Lira

Farmacêutica

Lidia Giselle Oliveira Travassos de Melo

Farmacêutica

VALIDAÇÃO

Joel Nicolau Nogueira Nunes Júnior

Secretário Municipal de Saúde

Publicado por: ANA PAULA MENDES TELES

Código identificador: 42dc780971deb7333450f300adedf01a

PORTARIA Nº 127/2024-GAB/SEMUS - NOTA TÉCNICA Nº 002/2024/SAS/SEMUS

O **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, nomeado por meio de Ato Municipal, datado de 19 de janeiro de 2021, publicado no Diário Oficial do Município, Edição nº12, do dia 19.01.2021, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO que a **Leishmaniose Visceral** é uma zoonose de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar a óbito até 90% dos casos. É transmitida ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotomíneo e conhecido popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. No Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a **Lutzomyia longipalpis**;

CONSIDERANDO que a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, sob a Coordenação de Farmácia/Bioquímica vem através desta nota técnica, criar o fluxo logístico acerca dos critérios para recebimento da medicação procedente do Ministério da Saúde (MS) para tratamento da Leishmaniose no município de São Luís/MA;

CONSIDERANDO o Ministério da Saúde (MS), considera que todas as doenças de perfil endêmico no país e que provocam impacto socioeconômico na população sejam alvos de políticas públicas específicas para seu controle, o que inclui a disponibilização gratuita de recursos diagnósticos e terapêuticos. Esses recursos são gerenciados e disponibilizados aos usuários por meio de Programas Estratégicos, que seguem protocolos e normas específicas;

CONSIDERANDO a presente nota técnica tem como objetivo organizar a Rede de Saúde para assistir aos pacientes e profissionais da saúde, através da definição do fluxo para obtenção do tratamento da Leishmaniose no município de São Luís/MA;

CONSIDERANDO por fim, os serviços de saúde público e privado devem conhecer o fluxo de distribuição e o local de dispensação do medicamento. Vale ressaltar que, a presente nota possui caráter informativo/normativo, não se constituindo em Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica. Essa estruturação e organização dos serviços, objetiva garantir a qualidade da assistência aos pacientes com o medicamento necessário ao tratamento.

RESOLVE:

- I. **APROVAR** a NOTA TÉCNICA Nº 002/2024/SAS/SEMUS, na forma de anexo a esta Portaria, tendo por finalidade a divulgação das orientações e sobre o fluxo logístico acerca dos critérios para recebimento da medicação para tratamento de Leishmaniose Visceral e Tegumentar.
- II. Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

Joel Nicolau Nogueira Nunes Júnior

Secretário Municipal de Saúde

ANEXOS

NOTA TÉCNICA 002/2024/SAS/SEMUS - Instrumento Nota Técnica Sobre o Processo de Acesso às Medicamentos para o Tratamento da Leishmaniose em Residentes de São Luís - MA

NOTA TÉCNICA 002/2024/SAS/SEMUS

Instrumento	Dispõe sobre o fluxo logístico acerca dos critérios para recebimento da medicação para tratamento de Leishmaniose Visceral e Tegumentar.
Público Alvo	Pacientes atendidos e notificados na rede pública ou privada diagnosticados com Leishmaniose no Município de São Luís - MA.
Potenciais Utilizadores	Médicos, Enfermeiros e Equipe de Enfermagem, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Administradores Hospitalares, Acadêmicos de Cursos da Área da Saúde e Comunidade.
Elaboração	Gizelli Santos Lourenço Coutinho; Adriana Araújo dos Santos Barbosa; Fayga Joyce Evaristo; Jaiza Lima Leite Lira; Leila de Cássia Moraes Cerqueira
Validação	Secretário Municipal de Saúde

1. ASSUNTO

A Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, sob a Coordenação de Farmácia/Bioquímica vem através desta nota técnica, criar o fluxo logístico acerca dos critérios para recebimento da medicação procedente do Ministério da Saúde (MS) para tratamento de Leishmaniose Visceral e Tegumentar no município de São Luís/MA.

2. OBJETIVO

• A presente Nota Técnica tem por Objetivo:

- Informar a toda rede de saúde acerca da disponibilização do tratamento aos pacientes diagnosticados com de Leishmaniose Visceral e Tegumentar no município de São Luís/MA;
- Informar acerca do abastecimento dos medicamentos para Leishmaniose Visceral e Tegumentar no município de São Luis/Ma (Antimoniato-n-metilglucamina (Glucantime®) 300mg/mL e anfotericina b lipossomal), disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), sendo a Central de Abastecimento Farmacêutico Estadual responsável pelo fornecimento dos medicamentos ao Município de São Luis - MA;
- Informar que a liberação dos medicamentos para a Rede de Saúde Pública e Privada é de responsabilidade da Farmácia de Medicamentos Estratégicos (FME).

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma zoonose de evolução crônica, com acometimento sistêmico e, se não tratada, pode levar a óbito até 90% dos casos. É transmitida ao homem pela picada de fêmeas do inseto vetor infectado, denominado flebotômio e conhecido popularmente como mosquito palha, asa-dura, tatuquiras, birigui, dentre outros. No Brasil, a principal espécie responsável pela transmissão é a *Lutzomyia longipalpis*. Os principais sintomas da doença são: febre de longa duração, aumento do fígado e baço, perda de peso, fraqueza, redução da força muscular e anemia. O diagnóstico da LV pode ser realizado por meio de técnicas imunológicas e parasitológicas.

Em relação a Leishmaniose Tegumentar (LT), ela é uma doença infecciosa, não contagiosa, que provoca úlceras na pele e mucosas. A doença é causada por protozoários do gênero *Leishmania*. No Brasil, há sete espécies de leishmanias envolvidas na ocorrência de casos de LT. As mais importantes são: *Leishmania (Leishmania) amazonensis*, *L. (Viannia) guyanensis* e *L. (Viannia) braziliensis*. Os sintomas da LT são lesões na pele e/ou mucosas. As lesões de pele podem ser únicas, múltiplas, disseminadas ou difusas, elas apresentam aspecto de úlceras, com bordas elevadas e fundo granuloso, geralmente indolor. As lesões mucosas são mais frequentes no nariz, boca e garganta. Quando atingem o nariz, podem ocorrer: entupimentos, sangramentos, coriza, aparecimento de crostas e feridas. Já na garganta, os sintomas são: dor ao engolir, rouquidão e tosse. O diagnóstico da LT é feito por métodos parasitológicos.

4. TRATAMENTO

Quadro 1: Indicação de esquema terapêutico para tratamento da Leishmaniose visceral (LV) e Leishmaniose tegumentar (LT) com Antimoniato-n-metilglucamina 300mg/mL.

INDICAÇÃO	TRATAMENTO
Leishmaniose visceral (LV)	20 mg/Kg/dia de antimônio pentavalente (Sb+5) durante 20 dias consecutivos.

<p><i>Leishmaniose tegumentar (LT)</i></p>	<p>Lesões Cutâneas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na forma cutânea localizada e disseminada, a dose recomendada varia entre 10 a 20 mg de Sb+5/Kg/dia. Sugere-se 15 mg de Sb+5/Kg/dia tanto para o adulto quanto para crianças durante 20 dias consecutivos; • Na forma difusa, a dose é de 20 mg de Sb+5/Kg/dia durante 20 dias consecutivos. <p>Lesões Mucosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 mg de Sb+5/Kg/dia durante 30 dias consecutivos.
--	---

OBS: A prescrição deve ser baseada na administração de **antimônio pentavalente**. Cada ampola de 5 mL corresponde a 405 mg de antimônio pentavalente. Cada mL contém 81 mg/mL de antimônio pentavalente. O cálculo de dosagem é realizado em mg/Kg/dia/Sb+5: Recomenda-se não ultrapassar 3 ampolas.

Quadro 2: Indicação de esquema terapêutico para tratamento da *Leishmaniose visceral (LV)* e *Leishmaniose tegumentar (LT)* com **Anfotericina B Lipossomal 50mg/mL**.

INDICAÇÃO	POSOLOGIA
<p>Para LV ela é considerada droga de primeira escolha no tratamento de pacientes com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade menor de 1 ano e maior ou igual a 50 anos; • Escore de gravidade: clínico (maior que 4) e clínico-laboratorial (maior que 6); • Insuficiência renal, hepática e cardíaca; transplantados renais, hepáticos e cardíacos; intervalo QT corrigido maior que 450ms; • Uso concomitante de medicamentos que alteram intervalo QT; • Hipersensibilidade aos outros medicamentos; • Infecção pelo vírus HJV (tratamento e profilaxia secundária); • Comorbidades que comprometem a imunidade; • Uso de medicação imunossupressora; • Falha terapêutica aos outros medicamentos e gestantes; 	<p>Pacientes com LV não infectados pelo vírus HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 mg/kg/dia por 7 dias; • 4 mg/kg/dia por 5 dias; <p>Pacientes com LV infectados pelo vírus HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 mg/kg/dia por 5 a 10 dias, até completar 25 a 40mg/kg de dose total
<p>Para LT, a Anfotericina B Lipossomal é indicada nos casos especiais a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal, hepática e cardíaca; • Transplantados renais, hepáticos e cardíacos; • Gestantes; • Idade menor de 1 ano e maior ou igual a 50 anos; • Hipersensibilidade e/ou falha terapêutica às outras drogas; 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 5 mg/kg/dia até atingir a dose total diária de 25 a 40mg/kg, dependendo da resposta clínica.

5. FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO

• A Farmácia de Medicamentos Estratégicos da Secretaria de Saúde do Município de São Luís solicita o pedido a Assistência Farmacêutica do Estado conforme necessidade;

• A assistência farmacêutica através da Farmácia de Medicamentos Estratégicos (FME) disponibilizar a distribuição dos medicamentos após análise e entrega dos documentos:

I. Para solicitação de Antimoniato-n-metilglucamina 300mg/mL

a) Prescrição médica com assinatura, data e CRM legíveis, conforme preconizado pela RDC no 20, de 05 de maio de 2011, com tratamento individualizado com a posologia de ampolas diárias e informando o tempo de tratamento;

b) Ficha de notificação individual do SINAN devidamente preenchida e legível;

c) Exame confirmatório para LV/LT;

II. Para solicitação de Anfotericina B Lipossomal

a) Prescrição médica com assinatura, data e CRM legíveis, conforme preconizado pela RDC no 20, de 05 de maio de 2011, com tratamento individualizado com a posologia de ampolas diárias e informando o tempo de tratamento;

b) Ficha de notificação individual do SINAN devidamente preenchida e legível;

c) Exame confirmatório para LV/LT;


d) Exame confirmatório de HIV;

e) Ficha de Solicitação de Anfotericina B Lipossomal (**ANEXO I**) devidamente preenchida com assinatura e carimbo do médico responsável pelo paciente portador LV/LT.

• Todos os documentos devem ser enviados à Farmácia de Medicamentos Estratégico através do e-mail dafestrategico.semus@gmail.com;

• Os medicamentos poderão ser retirados na Farmácia de Medicamentos Estratégicos (Ipase), localizada na Av. Manoel Bandeira, 23 - Ipase Alto - São Luís/MA com funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17h. Em caso de emergência aos fim de semana, feriados ou no horário da noite, a retirada dos medicamentos poderão ser realizados na Farmácia de Medicamentos Estratégicos (Polo Bequimão), localizada na Av. do Contorno S/N - Bequimão - Unidade Mista Bequimão - São Luís /MA que funciona todos os dias 24hs.

ANEXO I



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153
E-mail: leishmanioses@saude.gov.br

Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no Sinan: _____ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

Data da solicitação: ____/____/____

Forma clínica:

Leishmaniose visceral Leishmaniose tegumentar difusa

Leishmaniose tegumentar cutânea Leishmaniose tegumentar mucosa

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: _____

Médico solicitante: _____

CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino Peso: ____ kg

Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):

Início dos sinais e sintomas: ____/____/____

Exame Clínico:

<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca
<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Vômitos
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Edema localizado	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Desnutrição grave	<input type="checkbox"/> Edema generalizado	

Doenças associadas:

<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> Infecção bacteriana. Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	Outras: _____
<input type="checkbox"/> Doença hepática	

ELABORAÇÃO**Gizelli Santos Lourenço Coutinho**

Coord. de Farmácia e Bioquímica - Farmacêutica

Adriana Araújo dos Santos Barbosa

Farmacêutica

Fayga Joyce Evaristo

Farmacêutica

Jaiza Lima Leite Lira

Farmacêutica

Lidia Giselle Oliveira Travassos de Melo

Farmacêutica

VALIDAÇÃO**Joel Nicolau Nogueira Nunes Júnior**

Secretário Municipal de Saúde

Publicado por: ANA PAULA MENDES TELES
Código identificador: 8371ff6cef63c874fd02541573b549e8

ERRATA DO CONTRATO Nº 787/2023

Considerando o equívoco verificado na descrição/especificação/total/ na **CLÁUSULA QUINTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA** celebrado entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a empresa **MELLUZZI DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI**, originado do PROCESSO Nº 17307/2023, **RETIFICA-SE**, seus teores, nos seguintes termos:

ONDE SE LÊ:**CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**

A despesa orçamentária da execução deste contrato correrá conforme a seguinte classificação:

Unidade Orçamentária	15901
Projeto Atividade	1030202232.200
Natureza de Despesas	3.3.90.30
Fonte do Recurso	0114000001
Ficha	59
Nota de Empenho	2656/2023

LEIA-SE:**CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**

A despesa orçamentária da execução deste contrato correrá conforme a seguinte classificação:

Unidade Orçamentária	15901
Projeto Atividade	1030202232.200
Natureza de Despesas	3.3.90.30
Fonte do Recurso	0114000001
Ficha	59
Nota de Empenho	2657/2023

São Luís - MA, 05 de janeiro de 2023.

JOEL NICOLAU NOGUEIRA NUNES JÚNIOR

Secretário Municipal de Saúde de São Luís/MA

Publicado por: JOICY KAREN RODRIGUES SOUSA
Código identificador: 1ff5333dc5e41b3b353b6f93b9f235c9

Considerando o equívoco verificado na descrição/especificação/total/ na **CLÁUSULA QUINTA - DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA** celebrado entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a empresa **UNI HOSPITALAR LTDA**, originado do PROCESSO Nº 28412/2023, **RETIFICA-SE**, seus teores, nos seguintes termos:

ONDE SE LÊ:**CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**

A despesa orçamentária da execução deste contrato correrá conforme a seguinte classificação:

Unidade Orçamentária	15901
Projeto Atividade	1030202232.200
Natureza de Despesas	3.3.90.30
Fonte do Recurso	0114000001
Ficha	59
Nota de Empenho	2649/2023

LEIA-SE:**CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA**

A despesa orçamentária da execução deste contrato correrá conforme a seguinte classificação:

Unidade Orçamentária	15901
Projeto Atividade	1030202232.200
Natureza de Despesas	3.3.90.30
Fonte do Recurso	0114000001
Ficha	59
Nota de Empenho	2691/2023

São Luís - MA, 05 de janeiro de 2023.

JOEL NICOLAU NOGUEIRA NUNES JÚNIOR

Secretário Municipal de Saúde de São Luís/MA

Publicado por: JOICY KAREN RODRIGUES SOUSA
Código identificador: e9ba1ccc4195f10f8950585a46ac00a6

EXTRATO DO CONTRATO Nº 795/2023**ERRATA DO CONTRATO Nº 790/2023**