

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL

PORTARIA nº 151 de 17 de abril de 2020

Dispõe sobre as condições para dispensação em procedimento extraordinário do medicamento hidrócloroquina para pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico, lúpus cutâneo, artrite reumatoide, dermatomiosite e polimiosite e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB – no uso das atribuições que lhe confere o Decreto Simples, publicado no Diário Oficial do Estado em 08 de janeiro de 2015, e pelo artigo 109, incisos I e III, da Constituição do Estado da Bahia, e

Considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial da Saúde em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (COVID-19);

Considerando a Nota Informativa nº. 1/2020 da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, do Ministério da Saúde, que faz recomendações para reorganização dos processos de trabalho nas farmácias e para a dispensação de medicamentos em situação da epidemia de COVID-19 (doença provocada pelo novo coronavírus SARS- CoV-2);

Considerando a Portaria SESAB nº 84, de 19 de março de 2020, que regulamenta, no Estado da Bahia, as medidas nas Farmácias Estaduais para contenção de casos da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) – Medidas não Farmacológica;

Considerando a Resolução Colegiada da Anvisa nº. 357, de 24 de março de 2020, que estende, temporariamente, as quantidades máximas de medicamentos sujeitos a controle especial permitidas em Notificações de Receita e Receitas de Controle Especial e permite, temporariamente, a entrega remota definida por programa público específico e a entrega em domicílio de medicamentos sujeitos a controle especial, em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2);

Considerando o informe diário de evidências do DCIT/SCTIE/MS de 10 e 12 de abril de 2020,

que avaliou o estudo *Potencial Shortages of Hydroxychloroquine for Patients with Lúpus during the Coronavirus Disease 2019 pandemic*, a manutenção da remissão em pacientes com lúpus e outras doenças autoimunes é importante, dada a maior vulnerabilidade à COVID-19 e suas complicações mais graves;

Considerando que os pacientes não cadastrados no SUS não estão conseguindo acesso ao medicamento hidroxiclороquina 400mg/comprimido em farmácias do setor privado para manutenção de tratamento das doenças autoimunes e inflamatórias.

RESOLVE:

Art. 1º Disponibilizar o medicamento hidroxiclороquina 400 mg, através de procedimento administrativo extraordinário, para os pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico, lúpus cutâneo, artrite reumatoide, dermatomiosite e polimiosite que fazem uso contínuo e assistido do medicamento e, não estão cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para essa finalidade,

§ 1º É necessário que o paciente ou seu representante solicite o medicamento em uma das farmácias estaduais (Anexo V) apresentando os documentos descritos abaixo:

- I. Prescrição atualizada contendo CRM legível (com data de emissão não superior a 30 dias);
- II. Relatório médico atualizado com CID-10 (Anexo I e Anexo IV);
- III. Termo de esclarecimento e responsabilidade (Anexo II);
- IV. Cópia do RG, Cartão SUS, comprovante residência do paciente;
- V. Contato telefônico do paciente ou de seu responsável;
- VI. Caso paciente tenha representante, este deve apresentar declaração autorizadora (Anexo V) assinada pelo paciente autorizando a solicitação e recebimento do medicamento, documento identidade, endereço completo, número de telefone.

§ 2º A farmácia realizará o cadastro do paciente no sistema AFSESAB com todas as informações abaixo e anexando os documentos solicitados no parágrafo 1º deste artigo:

- I. Nome completo do paciente;
- II. Número do cartão SUS;
- III. Endereço do paciente;
- IV. Número de telefone do paciente /ou contato telefônico para prestar informações (de preferência com WhatsApp);
- V. Nome completo e CRM do médico que realizou a prescrição;

- VI. Data da prescrição e do relatório médico;
- VII. Número de comprimidos por dia (só poderão ser dispensados os quantitativos dentro da quantidade diária máxima descrita na bula);
- VIII. A Farmácia emitirá o recibo com as informações cadastradas e dispensará o medicamento mediante assinatura do recibo pelo paciente/ ou seu responsável;
- IX. A quantidade de medicamento dispensado será para até 02 meses de tratamento, de acordo com a disponibilidade de estoque da farmácia;
- X. Os representantes devidamente autorizados, deverão assinar um termo de responsabilidade (Anexo II) no momento da dispensação;

Art. 2º A dispensação do medicamento hidroxicloroquina nas farmácias deverá ser feita mediante apresentação de **receita em duas vias**, sendo que a primeira via ficará retida na farmácia e a segunda via com o paciente. O farmacêutico deverá registrar na receita a comprovação do atendimento;

Art. 3º Os documentos descritos no Art. 1º poderão ser entregues nas farmácias abaixo:

- a) Capital: FIMAE - End.: Praça Conselheiro João Alfredo, s/no - Pau Miúdo, Salvador – BA, 40320-350 Tel./Fax da farmácia: 3117-1645
- b) Interior: Farmácias dos Núcleos e Bases Regionais de Saúde. (Anexo VI)

Parágrafo Único. Os documentos descritos no Art. 1º poderão ser digitalizados e encaminhados através do e- mail hidroxi@saude.ba.gov.br.

Art. 4º. Os documentos serão avaliados com brevidade por profissional habilitado e, em caso de deferimento, o paciente será informado por e-mail e telefone sobre o dia agendado para recebimento do medicamento na Farmácia Estadual mais próxima de sua residência. O paciente receberá todas as informações necessárias no e-mail cadastrado e/ou telefone informado.

Art. 5º. A quantidade de medicamento autorizada e dispensada na farmácia será de até 02 caixas, conforme prescrição médica e disponibilidade em estoque.

Art. 6º. As farmácias deverão ajustar seu funcionamento de acordo com as recomendações da Nota Informativa de modo a evitar aglomerações de pessoas durante as dispensações conforme orientações anteriores da COE.

Art. 7º. Os pacientes/ representantes de pacientes que necessitarem de transporte para receber a hidroxicloroquina que residem em municípios distantes das farmácias Estaduais devem ter seu transporte garantido pelas Secretarias Municipais de Saúde para os dias agendados pela Unidade de Saúde que o assiste, de acordo com as recomendações da Nota Técnica COE - Saúde nº. 07, de

21 de março de 2020.

Art. 8º. As orientações acima, podem ser revistas ou revogadas a qualquer tempo.

Art. 9º. Os anexos aqui referidos, encontram-se disponíveis no site da Saúde, endereço eletrônico www.saude.ba.gov.br/hidroxicloroquina.

Art. 10. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Fábio Vilas-Boas Pinto

Secretário da Saúde

ANEXO II

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

HIDROXICLOROQUINA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de hidroxicloroquina, indicados para o tratamento de lúpus eritematoso sistêmico, lupus cutâneo, artrite reumatóide, dermatomiosite e polimiosite . Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis. Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- Melhora dos sintomas;
- Prevenção de complicações associadas com a doença.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

Hidroxicloroquina - medicamento classificado na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos).

Principais reações adversas são usualmente relacionadas com a dose e o tempo de tratamento; problemas nos olhos, como visão borrada, ou qualquer alteração na visão, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, alterações emocionais, problemas para escutar, convulsões, problemas no coração, problemas nos músculos dos cílios, causando dificuldade para ler, diarreia, perda de apetite, náusea, dor no estômago, vômito, dor de cabeça, coceira, descoloração e queda de cabelo, descoloração da pele, das unhas ou no interior na boca, tontura, nervosismo, inquietação, vermelhidão, problemas de pele;

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Local: _____ Data: _____

Nome do paciente: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Nome do responsável legal: _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Médico Responsável: CRM: UF: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Data: _____

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento do medicamento e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou ao seu representante.

ANEXO III

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____
declaro que me responsabilizo a transportar e irei encaminhar o medicamento
HIDROXICLOROQUINA para o paciente
_____,
CNS _____ que reside em
_____(CIDADE).

Declaro, ainda, estar plenamente esclarecido e consciente que o medicamento
HIDROXICLOROQUINA é um medicamento controlado e que responderei, em todas as
instâncias (responsabilidade penal e civil), pelas consequências das ações ou omissões de
minha parte, que possam pôr em risco o transporte até a entrega do medicamento ao paciente
_____.

Salvador, ____ de _____ de _____.

CPF/ou CNS: _____

Telefone _____

E-mail (opcional): _____

Assinatura por extenso _____

ANEXO IV

RELAÇÃO DE CID-10 APROVADOS PARA USO DE HIDROXICLOROQUINA

L930	Lúpus eritematoso discóide
L931	Lúpus eritematoso cutâneo subagudo
M050	Síndrome de Felty

M051	Doença reumatóide do pulmão
M052	Vasculite reumatoide
M053	Artrite reumatóide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M058	Outras artrites reumatóides soro-positivas
M060	Artrite reumatóide soro-negativa
M068	Outras artrites reumatóides especificadas
M080	Artrite reumatoide juvenil / Artrite idiopática juvenil
M081	Espondilite ancilosante juvenil / artrite relacionada à entesite
M082	Artrite juvenil com início sistêmico / artrite sistêmica
M083	Poliartrite juvenil (fator reumatoide negativo)
M084	Artrite juvenil pauciarticular / oligoartrite
M088	Outras artrites juvenis/artrite psoriásica /poliartrite com fator reumatoide positivo
M089	Artrite juvenil não especificada / artrite indiferenciada
M321	Lúpus eritematoso disseminado [sistêmico] com comprometimento de outros órgãos e sistemas
M328	Outras formas de lúpus eritematoso disseminado [sistêmico]
M330	Dermatomiosite juvenile
M331	Outras dermatomiosites

ANEXO V

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____,
RG nº _____, autorizo o preposto abaixo relacionado a me representar
na Farmácia Estadual _____ para formalização da solicitação
de e retirada do medicamento Hidroxicloroquina 400mg comprimido.

REPRESENTANTE

Nome Completo:

RG:

Endereço completo:

Tel.:

Data ____/____/____ Assinatura _____

ANEXO VI

FARMÁCIAS ESTADUAIS NUCLEOS E BASES REGIONAIS

Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – Feira de Santana

End: Av. Eduardo Fróes da Mota, S/NCEP:44.050.220

Tel/Fax da farmácia: (75)3626-6448/ 6447

Horário: 8h às 17h E-mail: sesab.af2dires@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Nordeste – Alagoinhas

End: Jardim Petrolar, Quadra 04 CEP:48.031-130

Tel/Fax da farmácia: (75)3422-3802

Horário:7h às 18h E-mail: sesab.af3dire@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Sul – Ilhéus

End: Av. Canavieiras, nº 253 CEP: 44.660-000

Tel/Fax da farmácia: (73)3231-6944

Horário:8h às 18h E-mail: sesab.af6dire@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul -Teixeira de Freitas

End: Av. Uirapuru, nº 2175 – Bela Vista CEP: 45.990-000

Tel/Fax da farmácia: (73)3292-5427/6970

Horário:8h às 18h E-mail: sesab.af9dire@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Norte-Juazeiro

End:Av. Antônio C. Magalhães, 12c - Country Club, Juazeiro - BA, 48902-300

Tel/Fax da farmácia: (74)3622- 2016

Horário: 7h às 17:30h E-mail: sesab.af15dire@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Centro Norte-Jacobina

End: Av. Centenário S/N – Nazaré CEP:44.700-000

Tel/Fax da farmácia: (74) 3621-3952 / 3744/3277/3779

Horário: 8h às 17h E-mail: sesab. af16dire@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – Vitória da Conquista

End: Rua João Pereira – São Vicente CEP:45.100-000

Tel/Fax da farmácia: (77) 3422-3434 /3424/1736

Horário: 7h às 17h E-mail: sesab.af20dire@saude.ba.gov.br

Núcleo Regional de Saúde Oeste – Barreiras

End: Rua Professor José Seabra, nº360 – Centro CEP: 47.805-100

Tel/Fax da farmácia: (77)3611-4081/4989

Horário: 8h às 17h E-mail: sesab.af25dire@saude.ba.gov.br



BASES OPERACIONAIS DE SAÚDE

Base Operacional de Saúde (BOS) - Santo Antônio de Jesus (antiga 4ª dires)

End: AV. Esperança, nº406 - Maria Preta

Tel/Fax da farmácia:(75)3631-6770

Horário:8h às 16h E-mail: sesab.af4dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Gandú (antiga 5ª dires)

End: Rua do Contorno nº176 – Independência CEP: 45000.450

Tel/Fax da farmácia:(73)3254-1555

Horário:8h às 18h E-mail: sesab.af5dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - de Itabuna (antiga 7ª dires)

End: Praça José Basto, S/N. CEP:45600.000

Tel/Fax da farmácia: (73)3613-3822/0849

Horário:8h às 18h E-mail: sesab.af7dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - de Eunápolis (antiga 8ª dires)

End: Rua da Oeste, nº 501. CEP: 45821260

Tel/Fax da farmácia: (73)3281-6373

Horário: 7h às 17h E-mail: sesab.af8dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Paulo Afonso (antiga 10ª dires)

End: Rua Floriano Peixoto, Nº 620. CEP:48601210

Tel/Fax da farmácia: (75)3282-1886

Horário: 8h às 18h E-mail: sesab.af10dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Cícero Dantas (antiga 11ª dires)

End: Praça Raimundo Borge de Santana, s/nº CEP: 48410000

Tel/Fax da farmácia: (75)3278-2129/2210

Horário: 8h às 17h E-mail: sesab.af11dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Serrinha (antiga 12ª dires)

End:Praça Estagio do Guimarães, s/nº-Ginásio Serrinha, CEP:48700000

Tel/Fax da farmácia:(75)3261-3509

Horário:8h às 18h E-mail: sesab.af12dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Jequié (antiga 13ª dires)

End: Av. Perimetral 2, nº 840 – Jequié CEP:45206100

Tel/Fax da farmácia: (73)3525-3801/3802

Horário:8h às 17h E-mail: sesab.af13dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Itapetinga (antiga 14ª dires)

End: Rua Potiraguá, 33 – Centro, Itapetinga – Bahia, CEP. 45.700-000

Tel/Fax da farmácia: (77)3261-3505/1665

Horário: 8h às 18h E-mail: sesab.af14dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Mundo Novo (antiga 17ª dires)

End: Rua Osvaldo Ribeiro, 43 – Centro, Mundo Novo – Bahia, CEP. 44.800-000

Tel/Fax da farmácia: (74)3626-2222/2372

Horário: 8h às 18h E-mail: sesab.af17dires@hotmail.com



Base Operacional de Saúde (BOS) - Itaberaba(antiga 18ª dires)

End: Av. Brigadeiro Eduardo, nº112 – Itaberaba-BA. CEP: 4688000

Tel/Fax da farmácia: (75)3251-2710

Horário: 8h às 17h E-mail: sesab.af18dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Brumado(antiga 19ª dires)

End: Rua Joana Angelica, nº 232 – Brumado CEP: 461000000

Tel/Fax da farmácia: (77)3441-3210

Horário: 8h às 17h E-mail: sesab.af19dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Irecê(antiga 21ª dires)

End: Rua Coronel Terêncio Dourado nº3, CEP: 449000000 Tel/Fax

da farmácia:(74)3641-3011/2650

Horário: 8h às 18h E-mail: sesab.af21dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Ibotirama (antiga 22ª dires)

End: Av. Jota K nº 1000, CEP: 47520000

Tel/Fax da farmácia:(77)3698-1510/2580

Horário:8h às 18h E-mail: sesab.af22dires@saude.ba.gov.br/dires22@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Boquira (antiga 23ª dires)

End: Rua Oliveira do Brejinho s/nº-Boquira-BA. CEP:46530000

Tel/Fax da farmácia:(77)3645-2225/2166/2393

Horário:8h às 17h E-mail: sesab.af23dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Caetité (antiga 24ª dires)

End: Rua Barbosa Centro – Caetité-BA CEP:46000400

Tel/Fax da farmácia: (77)3454-1816/1818/1842

Horário: 7h às 18h E-mail: sesab.af24dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Santa Maria da Vitória (antiga 26ª dires)

End: AV. Perimetral centro Planalto S/N CEP: 47640000

Tel/Fax da farmácia: (77)3483-4020/1915

Horário: 8h às 17:30h E-mail: sesab.af26dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Seabra (antiga 27ª dires)

End: Av. Paulo Sexto nº55, CEP:46900000

Tel/Fax da farmácia:(75)3331-1624/1623

Horário: 8h às 18h E-mail: sesab.af27dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Senhor do Bonfim (antiga 28ª dires)

End: Estrada Itagira s/n- Barbosa – Senhor do Bomfim-BA CEP:48000970

Tel/Fax da farmácia:(74)3541-4196/3393

Horário: 8h às 12h E-mail: sesab.af28dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) - Amargosa (antiga 29ª dires)

End:Rua Maria Rita Lopes Pontes, nº 31, Jardim Petrolar

Tel/Fax da farmácia:(75)3421-9349

Horário: 7:30 às 12 h e 13:00 as 17:00 E-mail: sesab.af29dires@saude.ba.gov.br



Base Operacional de Saúde (BOS) - Guanambi (antiga 30ª dires)

End: AV. Governado Iro Coelho nº315 - Belo Horizonte

Tel/Fax da farmácia:(77)3451-6103/6035/6028

Horário: 8h às 19h E-mail: sesab.af30dires@saude.ba.gov.br

Base Operacional de Saúde (BOS) -Cruz das Almas (antiga 31ª dires)

End: Rua 13 de maio s/n- Centro – Cruz das Almas-BA

Tel/Fax da farmácia:(75)3621-1107/1971

Horário: 8h às 18h E-mail: sesab.af31dires@saude.ba.gov.br