

Resolução n.221/CIB/SES

Campo Grande, 25 de outubro de 2023.

Homologar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

**O Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul**, no uso de suas atribuições legais e considerando as decisões da 363ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 20 de outubro de 2023, Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos no âmbito do SUS, publicado pela Portaria SCTIE/MS nº 52, de 17/12/2018; Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em crianças e adolescentes no âmbito do SUS, publicado pela Portaria SCTIE/MS nº 31, de 31/08/2018; Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pós -Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais no âmbito do SUS, publicado pela Portaria SCTIE/MS nº 54, de 24/08/2021; Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Profilaxia Pré -Exposição (PREP) de Risco à Infecção pelo HIV no âmbito do SUS, publicado pela Portaria SCTIE/MS nº 90, de 25/08/2022;

**RESOLVE:**

Art.1º Aprovar o Fluxo de Acesso aos Medicamentos para Tratamento de HIV/Aids no âmbito do SUS, no Estado de Mato Grosso do Sul conforme Anexos I, II, III, IV, V e VI desta Resolução.

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor na da sua publicação.

Art. 3º Ficam revogadas as disposições em contrário.

**Mauricio Simões Corrêa**  
Secretário de Estado de Saúde  
Mato Grosso do Sul

**Josiane de Oliveira Silva Correa**  
Presidente do COSEMS

**ANEXO I****FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DAS HIV/AIDS EM MATO GROSSO DO SUL****1. Disposições gerais**

1.1. Os controles exigidos para o acesso aos medicamentos de HIV serão os formulários de cadastro e de solicitação de medicamentos padronizados e disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), bem como receituário médico, todos de acordo com os critérios de elegibilidade definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) vigentes.

1.2 A capacitação, atualização e treinamento das equipes acerca dos PCDT de HIV bem como fluxos operacionais é responsabilidade tripartite e poderá ter iniciativas de todas as esferas de gestão.

1.4. Caberá ao Ministério da Saúde a atualização dos PCDTs de HIV, a aquisição centralizada dos medicamentos, programação de medicamentos junto à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e distribuição dos medicamentos para a SES/MS.

1.5. Caberá à SES/MS receber a programação dos medicamentos de HIV dos serviços de referência, enviar a programação compilada para o Ministério da Saúde, receber os medicamentos advindos do Ministério da Saúde e distribuir aos serviços de referência conforme solicitação e disponibilidade.

1.6 Caberá à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dispor de farmácia com profissional farmacêutico e com os elementos necessários para a dispensação dos medicamentos de HIV, fazer a programação mensal para a SES/MS (no caso dos Serviço de Assistência Especializada/SAE, Serviço de Assistência Municipal/SAM, Unidade Dispensadora de Medicamentos/UDM e serviços de referência da capital) ou solicitação mensal para os SAE ou serviços de referência da capital (no caso dos municípios das microrregiões de saúde), receber os medicamentos da Secretaria de Estado de Saúde/SAE/serviços de referência da capital e dispensar aos pacientes.

1.6.1 Os SAE farão a distribuição dos medicamentos às SMS da microrregião de saúde, além da dispensação a seus municípios.

1.6.2 Os SAM e UDM atenderão apenas seus municípios com a dispensação de medicamentos.

**2. Sistema de Informação**

2.1. Para o gerenciamento dos medicamentos de HIV, o Estado de Mato Grosso do Sul utiliza o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON), baseado nas considerações abaixo:

2.1.1.O SICLOM é automaticamente parametrizado pelo Ministério da Saúde segundo os critérios dos PCDTs extinguindo a obrigatoriedade de avaliação manual dos critérios por um profissional de saúde de nível superior designado pelo gestor;

2.1.2. Com a utilização do SICLOM não há necessidade de enviar as informações à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR), considerando que as informações desse sistema já são armazenadas no Ministério da Saúde;

2.1.3. O SICLOM antirretrovirais faz o gerenciamento logístico destes medicamentos, de forma a permitir que a gestão estadual disponha de informações atualizadas sobre o número de usuários tratados e em tratamento para HIV/Aids, os esquemas de tratamento utilizados, o consumo de cada antiviral e os estoques disponíveis em cada ponto da cadeia logística de distribuição;

2.1.4 O SICLOM permite que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em tratamento antirretroviral (TARV), nas várias regiões do país. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clinico-laboratoriais dos pacientes de Aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos;

2.2. Todos os SAE que são referência no atendimento aos pacientes com HIV no Estado de Mato Grosso do Sul devem obrigatoriamente utilizar o sistema SICLOM para gerenciamento dos dados de estoque e de pacientes de toda a microrregião. São exceções as SMS de Campo Grande, Bataguassu, Bela Vista, Maracaju, Costa Rica e Ribas do Rio Pardo, que atendem apenas os pacientes de seu próprio município, entretanto, também deverão utilizar obrigatoriamente o sistema SICLOM.

2.3 As farmácias do SAE, SAM, UDM devem atualizar o SICLOM diariamente com a finalidade de refletir o estoque real no serviço e também o consumo médio mensal (CMM) dos antirretrovirais dispensados. Para que isso aconteça devem realizar inventários para verificação de divergências entre o estoque físico e o estoque no sistema.

### **3. Estrutura, organização e funcionamento das farmácias municipais**

3.1 - As farmácias municipais que realizarão a dispensação dos medicamentos para tratamento de HIV devem integrar o SUS.

3.2. As farmácias devem ter infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas e dispor de computador com acesso à internet para atendimento e acesso ao sistema de informação que fará o registro das dispensações.

3.3. As farmácias para dispensar medicamentos e insumos termolábeis devem dispor de cadeia de frio para o adequado armazenamento do medicamento.

3.4. Preferencialmente, devem contar com área destinada ao atendimento individual para dispensação orientada.

3.5 A farmácia onde ocorrerá a dispensação dos medicamentos deve contar com farmacêutico responsável, bem como equipe de apoio, devidamente treinada e capacitada, de acordo com a necessidade de cada farmácia.

### **4. Cadastro do paciente para acesso aos medicamentos de HIV**

4.1 O cadastro dos pacientes deverá ser único e feito por meio do Formulário de Cadastro de Usuário SUS – HIV padronizado e disponibilizado pela SES/MS, conforme Anexo II.

4.2 O cadastro poderá ser realizado pelo paciente, por seu responsável legal, ou por representante designado por estes mediante uma autorização simples (digitada ou redigida de próprio punho, com assinatura do paciente ou seu responsável legal).

4.3 Poderão ser autorizados representantes para fazer a retirada dos medicamentos mediante o preenchimento de campo específico no "formulário de cadastro". Apenas formulários que contenham autorizações de representantes para retirada de medicamentos precisam ser arquivados pela farmácia.

### **5. Solicitação dos medicamentos de HIV**

5.1. As farmácias dos SAE, SAM, UDM e as de referência na capital terão um estoque para atender a demanda, e, uma vez ao mês, sempre no início do mês (até o dia 05 de cada mês) irão realizar o pedido à área técnica de Assistência Farmacêutica Estratégica da SES/MS pelo SICLOM.

5.1.1. Em caso de pedido emergencial, em que já foi realizado o pedido mensal, as farmácias do SAE, SAM, UDM deverão solicitar através do link de formulário google: <https://forms.gle/JrXPrmFSp9XiX68a6>

5.2. As farmácias municipais das microrregiões, que não possuem um SAE/SAM/UDM, irão solicitar a estes os medicamentos para atender seus pacientes através de lista enviada via e-mail ou outro meio eletrônico disponível. Todos os coordenadores das SMS deverão acompanhar o andamento do estoque, as notificações e avaliar o acompanhamento dos pacientes em tratamento dentro dos seus estabelecimentos e realizar a dispensação do medicamento enviado pelo serviço de referência.

5.3. Para acesso aos medicamentos de HIV, além do formulário de cadastro, serão disponibilizados os formulários padronizados pela SES: Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescentes (>12 anos), Gestante e Adulto, Formulário de Solicitação de Medicamentos –Criança e Formulário de Solicitação de Medicamentos –

Profilaxia, conforme Anexos III, IV e V.

5.4. Os medicamentos deverão ser solicitados por prescrições conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB), oriundas tanto de serviços públicos quanto de serviços privados de saúde.

5.5. As prescrições e a situação clínica do paciente devem estar em consonância com os critérios de elegibilidade estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e demais documentos técnicos norteadores, publicados pelo Ministério da Saúde.

5.6. A necessidade de apresentação de exame será especificada no próprio formulário de solicitação de medicamentos, não necessitando o exame permanecer arquivado.

5.7. O formulário de solicitação de medicamentos terá validade de até 180 dias, após sua emissão, dependendo da prescrição médica.

## 6. Dispensação dos medicamentos de HIV

6.1. Na oportunidade da primeira dispensação, ou sempre que houver a necessidade de renovação do formulário de solicitação de medicamentos e do receituário médico, o paciente ou seu representante deverá apresentar:

- 1.1.1. Documento de identificação;
- 1.1.2. Cópia do documento do usuário do medicamento;
- 1.1.3. Formulário de solicitação de medicamento;
- 1.1.4. Receituário médico;

6.2. Para as demais dispensações o paciente, ou seu responsável legal, ou pessoa devidamente autorizada, apresentará junto à farmácia um documento de identificação próprio e também cópia do documento do usuário do medicamento.

6.3. A farmácia poderá arquivar, fisicamente ou de maneira digitalizada, uma cópia simples do Formulário de Solicitação de Medicamentos. O documento original poderá ser devolvido ao paciente após a inserção de todas as variáveis no sistema de informação utilizado.

6.4. A dispensação de medicamentos deverá ser pautada nos critérios de elegibilidade definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

6.5. O tempo de dispensação com um mesmo "formulário de solicitação de medicamentos" terá limite máximo de 180 dias (6 meses), passíveis de renovação em conformidade com o tempo de tratamento estabelecido nos PCDT.

6.6. É permitida a entrega antecipada de quantitativo necessário para até 90 dias de tratamento, por dispensação. Casos excepcionais, que exijam dispensações por tempo superior a 90 dias devem ser avaliados pelo responsável pela farmácia, com limite o quantitativo máximo para o tempo estabelecido no formulário de solicitação, observando também o prazo de validade dos medicamentos.

6.7. A quantidade dispensada será definida pela farmácia, considerando o estoque disponível ao atendimento de todos os pacientes.

6.8. A equipe técnica deve avaliar a capacidade do paciente quanto à compreensão em relação aos esquemas terapêuticos, posologias e demais informações, de maneira a garantir a correta adesão ao tratamento e a segurança dos pacientes.

6.9. Os registros das dispensações deverão ocorrer da seguinte forma:

6.9.1. As farmácias dos SAE deverão registrar a dispensação de medicamentos no SICLOM, gerando recibo de dispensação. Quando se tratar de pacientes das farmácias municipais das microrregiões de saúde vinculados ao SAE ou serviços de referência da capital, estas deverão encaminhar os recibos aos municípios juntamente com os medicamentos

6.9.2. As farmácias municipais das microrregiões receberão os medicamentos com os recibos de dispensação do SICLOM pelo SAE de referência ou serviços de referência da capital, devendo captar a assinatura do paciente no recibo de dispensação, a cada retirada. O recibo de dispensação será encaminhado ao SAE, devidamente assinado. Para os pacientes em descontinuidade de tratamento, a farmácia municipal deverá encaminhar ao SAE o recibo sem assinatura, com a justificativa do estabelecimento no próprio documento juntamente com os medicamentos não dispensados.

6.9.3. A movimentação de estoque da farmácia municipal (entrada e saída) deverá ser realizada no sistema de controle de estoque utilizado pela Assistência Farmacêutica Municipal;

6.9.4. Dessa forma, fica proibido armazenar estoque de medicamentos dos pacientes em descontinuidade de tratamento nos municípios, sendo assim é obrigatória a devolução dos mesmos ao serviço de referência.

## 7. Disposições finais

7.1 Sempre que houver necessidade, este Fluxo de Acesso aos Medicamentos para Tratamento de HIV, bem como os formulários de cadastro e solicitação de medicamentos e a lista contendo os serviços de referência em tratamento de HIV/Aids, dispostos no Anexo VI, serão atualizados.

**ANEXO II  
FORMULÁRIO DE CADASTRO DE USUÁRIO DO SUS – HIV**

Formulário de Cadastro de Usuário SUS			
CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário
Nome Completo do Usuário - Civil*			Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
Nome Social			Data de Nascimento*
Nome Completo da Mãe*			Sexo* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*	País de Nascimento*		Raça/cor* <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada
Nacionalidade*	Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente		
Escolaridade* <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> Ignorado	<input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos	<input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos	Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
Permite Contato* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Tipo de Contato* <input type="radio"/> Telefone <input type="radio"/> Correio <input type="radio"/> E-mail <input type="radio"/> Visita Domiciliar <input type="radio"/> Contato com terceiros <input type="radio"/> Outros _____	
Assinatura		Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.	
Endereço:			
Bairro			CEP
Cidade de Residência(Cidade/UF)*		E-mail	
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	Telefone para contato (DDD+Número)		Observações:
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	Telefone para contato (DDD+Número)		
Acompanhamento médico no momento: * <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado			
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento			
Nome Completo da pessoa autorizada 1			
Nome Completo da pessoa autorizada 2			
Nome Completo da pessoa autorizada 3			
Responsável pelo Preenchimento* Data: ___/___/___		Usuário SUS* Data: ___/___/___	
(carimbo e assinatura)		(assinatura)	

**ANEXO III  
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – ADOLESCENTES (>12 ANOS), GESTANTE E ADULTO**

**Formulário de Solicitação de Medicamentos – Adolescente (>12 anos), Gestante e Adulto**

1 - CPF*	2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde	3 - SINAN	4 - Prontuário
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*			7 - Categoria de usuário <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adulto <input type="radio"/> HIV/AIDS - Adolescente <input type="radio"/> HIV/AIDS - Gestante IG: _____ Semanas
6 - Nome Social			
8 - Este formulário tem a validade de: <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 180 dias	9 - Início de tratamento? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	10 - Peso: _____ Kg	11 - Paciente coinfecado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C
12 - Manter o esquema ARV anterior: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			
13 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="radio"/> Falha virológica <input type="radio"/> Resistência a inibidor de integrase <input type="radio"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV <input type="radio"/> Gestação <input type="radio"/> Falta de medicamento <input type="radio"/> Coinfecção com tuberculose <input type="radio"/> Outro – especificar: _____			
14 - ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela Câmara Técnica	15 - Situação Especial <input type="radio"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo: _____	16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL 17 - Exame realizado na rede: <input type="radio"/> < 50 <input type="radio"/> 50 - 1000 <input type="radio"/> > 1000 Data do exame ____/____/____ <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	
18 - Contraindicação do uso de esquema com Dolutegravir? <input type="radio"/> uso de oxcarbamazepina <input type="radio"/> uso de dofetilida <input type="radio"/> uso de pilscaínida <input type="radio"/> toxicidade			
19 - Contraindicação de dose fixa combinada "2 em 1" e "3 em 1" por necessidade de ajuste de dose do TDF devido à alteração na função renal? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			
20 - Contraindicação ao <b>Atazanavir (ATV)</b> ? <input type="radio"/> Nefropatia <input type="radio"/> Interação Medicamentosa <input type="radio"/> Toxicidade			
21 - Indicação de esquema com Dolutegravir dose dobrada: <input type="radio"/> uso de rifampicina <input type="radio"/> uso de carbamazepina <input type="radio"/> uso de fenitoína <input type="radio"/> uso de fenobarbital <input type="radio"/> Etravirina sem IP			22 - Data do desfecho da gestação: ____/____/____

**23 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)**

**Esquema inicial preferencial (1ª linha adulto)  Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) "2 em 1" + Dolutegravir 50mg (DTG)**

<b>DFC "3 em 1" Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz</b>	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/ Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)</b>	Tenofovir + Lamivudina	comp. de 300mg + 300mg/dia	
	Zidovudina + Lamivudina	comp. de 300mg + 150mg/dia	
	Abacavir - ABC	comp. de 300mg/dia	mL de sol. oral 20mg/mL/dia
	Lamivudina - 3TC	comp. de 150mg/dia	mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	comp. de 300mg/dia	
	Zidovudina - AZT	caps. de 100mg/dia	solução injetável 10 mg/mL/dia
<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)</b>	Efavirenz - EFZ	comp. de 600mg/dia	comp. de 200mg/dia
	Nevirapina - NVP	comp. de 200mg/dia	mL de susp. oral 10mg/mL/dia
<b>Inibidores de Protease (IP)</b>	Atazanavir - ATV	caps. de 300mg/dia	
	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia
	Lopinavir + ritonavir - LPV/r		comp. de 100mg + 25mg/dia
	Ritonavir - RTV	comp. de 100mg/dia	mg de pó/dia
<b>Inibidores de integrase</b>	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia
<b>Medicamentos de uso restrito</b>	Darunavir - DRV	comp. de 600mg/dia	comp. de 150mg/dia
	Dolutegravir - DTG	comp. de 50mg/dia	
	Enfuvirtida - T-20	Frasco-amp. de 90mg/mL/dia	
	Etravirina - ETR	comp. de 100mg/dia	comp. de 200mg/dia
	Maraviroque - MVQ	comp. de 150mg/dia	
	Raltegravir - RAL	comp. de 400mg/dia	comp. de 100mg/dia
	Tipranavir - TPV	caps. de 250mg/dia	

24 - Prescritor CRM: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RMS: \_\_\_\_\_  
(Carimbo e assinatura)

**25 - Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)**

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="float:right;">(Assinatura do usuário)</span>	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="float:right;">(Assinatura do usuário)</span>
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="float:right;">(Assinatura do usuário)</span>	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="float:right;">(Assinatura do usuário)</span>
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="float:right;">(Assinatura do usuário)</span>	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <span style="float:right;">(Assinatura do usuário)</span>





**ANEXO IV  
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – CRIANÇA**

**Formulário de Solicitação de Medicamentos - Tratamento - Criança**

1. CPF*	2. CNS – Cartão Nacional de Saúde	3. SINAN	4. Prontuário
5. Nome Completo do Usuário - Civil*			7. Categoria de usuário <input type="radio"/> HIV/AIDS - Criança <input type="radio"/> Tratamento para crianças sem definição diagnóstica
6. Nome Social			
8 - Este formulário tem a validade de: <input type="radio"/> 30 dias <input type="radio"/> 60 dias <input type="radio"/> 90 dias <input type="radio"/> 120 dias <input type="radio"/> 150 dias <input type="radio"/> 180 dias	9 - Início de tratamento? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	10 - Peso: _____ Kg	11 - Paciente coinfestado? <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Hepatite C
12 - Manter o esquema ARV anterior: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			
13 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="radio"/> Falha virológica <input type="radio"/> Resistência a inibidor de integrase <input type="radio"/> Reação(ões) adversa(s) a(os) ARV <input type="radio"/> Adequação à faixa etária <input type="radio"/> Falta de medicamento <input type="radio"/> Coinfecção com tuberculose <input type="radio"/> Outro – especificar: _____			
14. ARV de uso restrito <input type="radio"/> Autorizado pela câmara técnica	15 - Situação Especial <input type="radio"/> Paciente em Protocolo de Pesquisa Nº Protocolo: _____	16 - Último exame de Carga Viral em cópias/mL <input type="radio"/> < 50 <input type="radio"/> 50 - 1000 <input type="radio"/> > 1000 Data do exame ____/____/____	17 - Exame realizado na rede: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada
18. Contagem de linfócitos T CD4+ Data do exame ____/____/____ Valor absoluto: _____ Valor em %: _____	19. Exame realizado na rede <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	20. Contraindicação ao esquema preferencial, justificativa:	

**21. Esquema preferencial conforme faixa etária**

Idade	Terapia Antirretroviral			
14 dias a 3 meses	<b>Zidovudina (AZT)</b> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	<b>Lamivudina (3TC)</b> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	<b>Raltegravir (RAL)</b> mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
3 meses a 2 anos	<b>Abacavir (ABC)</b> mL de sol. Oral 20mg/mL/dia	<b>Lamivudina (3TC)</b> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	<b>Raltegravir (RAL)</b> mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
2 a 6 anos	<b>Abacavir (ABC)</b> mL de sol. Oral 20mg/mL/dia	<b>Lamivudina (3TC)</b> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	<b>Raltegravir (RAL)</b> comp. de 100mg/dia	OU <b>Raltegravir (RAL)</b> comp. de 400mg/dia
6 a 12 anos	<b>Abacavir (ABC)</b> mL de sol. Oral 20mg/mL/dia (AZT)	<b>Lamivudina (3TC)</b> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia	<b>Raltegravir (RAL)</b> comp. de 100mg/dia	OU <b>Raltegravir (RAL)</b> comp. de 400mg/dia

**22. Dosagem diária prescrita por ARV**

<b>Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz(TLE)</b>	comp. de 300mg + 300mg + 600mg/dia		
<b>Tenofovir + Lamivudina (TL)</b>	comp. de 300mg + 300mg/dia		
<b>Zidovudina + Lamivudina (AZL)</b>	comp. de 300mg + 150mg/dia		
<b>Abacavir(ABC)</b>	comp. de 300mg/dia		mL de sol. Oral 20mg/mL/dia
<b>Atazanavir (ATV)</b>	caps. de 300mg/dia		
<b>Darunavir (DRV)</b>	comp. de 75mg/dia	comp. de 150mg/dia	comp. de 600mg/dia
<b>Dolutegravir(DTG)</b>	comp. de 50mg/dia		
<b>Efavirenz(EFZ)</b>	comp. de 200mg/dia	comp. de 600mg/dia	mL de sol. Oral 30mg/mL/dia
<b>Enfurvitida(T20)</b>	frasco-amp. de 90mg/mL/dia		
<b>Etravirina(ETR)</b>	comp. de 100mg/dia		
<b>Lamivudina(3TC)</b>	comp. de 150mg/dia		mL de sol. Oral 10mg/mL/dia
<b>Lopinavir+Ritonavir(LPV)</b>	comp. de 100+25mg/dia		
<b>Maraviroque(MVQ)</b>	comp. de 150mg/dia		
<b>Nevirapina(NVP)</b>	comp. de 200mg/dia		mL de susp. oral 10mg/mL/dia
<b>Raltegravir(RAL)</b>	comp. de 100mg/dia	comp. de 400mg/dia	mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)
<b>Ritonavir(RTV)</b>	comp. de 100mg/dia	mgr pó suspensão Oral 100mg/mL/dia	
<b>Tenofovir(TDF)</b>	comp. de 300mg/dia		
<b>Tipranavir(TPV)</b>	caps. de 250mg/dia		
<b>Zidovudina(AZT)</b>	caps. de 100mg/dia	mL de sol. injetável 10mg/mL/dia	mL de sol. Oral 10mg/mL/dia

23 - Prescritor  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 RMS: \_\_\_\_\_  
(Carimbo e assinatura)

**24. Recibo (para preenchimento exclusivo da UDM)**

1ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	4ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
2ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	5ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>
3ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>	6ª dispensação Data: ____/____/____ Dispensação para ____ dias _____ <small>(Assinatura do usuário)</small>

**ANEXO V  
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – PROFILAXIA**

<b>Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia</b>		
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*		
6 - Nome Social		
1 - CPF*	8 - Data de Nascimento*	16 - Órgão Genital de Nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e pênis
18 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual	19 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Não binário	22 - Circunstância da Exposição: <input type="radio"/> Acidente com Material Biológico    Transmissão Vertical: <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Parturiente <input type="radio"/> Violência Sexual <input type="radio"/> RN de mãe infectada pelo HIV
21 - Pessoa fonte multiexperimentada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	21 - Gestante <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	21 - Contraindicação ao esquema preferencial: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
21 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	21 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>15 – Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais</b> <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina <sub>(TDF/3TC)</sub> 300mg/300mg + Dolutegravir <sub>(DTG)</sub> 50mg (1 comp. coformulado/dia)    (1 comp./dia)		
<b>16 – Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes</b> <input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina <sub>(TDF/3TC)</sub> 300mg/300mg + Dolutegravir <sub>(DTG)</sub> 50mg (1 comp. coformulado/dia)    (1 comp./dia)		
<b>17 – Esquemas Preferencial para menores de 12 anos</b> A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. <input type="checkbox"/> 0 – 14 dias - Zidovudina <sub>(AZT)</sub> Sol. Oral + Lamivudina <sub>(3TC)</sub> Sol. Oral + Raltegravir <sub>(RAL)</sub> Granulado <input type="checkbox"/> 14 dias – 2 anos - Zidovudina <sub>(AZT)</sub> Sol. Oral + Lamivudina <sub>(3TC)</sub> Sol. Oral + Raltegravir <sub>(RAL)</sub> Granulado <input type="checkbox"/> 2 anos – 12 anos - Zidovudina <sub>(AZT)</sub> + Lamivudina <sub>(3TC)</sub> + Raltegravir <sub>(RAL)</sub>		
<b>18 – Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)</b>		
<b>ANTIRRETROVIRAL</b>	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)</b>	
	Tenofovir / Lamivudina	<input type="text"/> comp. de 300mg / 300mg/dia
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="text"/> comp. de 300mg / 150mg/dia
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/> comp. de 150mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/> comp. de 300 mg/dia
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/> caps. de 100mg/dia <input type="text"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia <input type="text"/> mL de Xarope 10mg/mL/dia
	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)</b>	
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia
	<b>Inibidores de Protease (IP)</b>	
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/> caps. de 200mg/dia <input type="text"/> caps. de 300 mg /dia
	Darunavir - DRV	<input type="text"/> comp. de 150mg /dia <input type="text"/> comp. de 75mg /dia <input type="text"/> comp. de 600mg /dia
	Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/> comp. de 100mg / 25mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL /dia
	Ritonavir - RTV	<input type="text"/> comp. de 100mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL/dia
	<b>Inibidores da Integrase (INI)</b>	
	Raltegravir - RAL	<input type="text"/> comp. de 400 mg/dia <input type="text"/> comp. de 100 mg/dia
Dolutegravir - DTG	<input type="text"/> comp. de 50 mg/dia	
<b>ARV de Uso Restrito</b>		
Darunavir - DRV	<input type="text"/> comp. de 150mg /dia <input type="text"/> comp. de 75mg /dia <input type="text"/> comp. de 600mg /dia	
Dolutegravir - DTG	<input type="text"/> comp. de 50 mg/dia	
Enfuvirtida - T-20	<input type="text"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia	
Etravirina - ETR	<input type="text"/> comp. de 100mg/dia <input type="text"/> comp. de 200mg/dia	
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/> comp. de 150mg/dia	
Raltegravir - RAL	<input type="text"/> comp. de 400 mg/dia <input type="text"/> comp. de 100 mg/dia <input type="text"/> mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado)	
Tipranavir - TPV	<input type="text"/> caps. de 250mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
19 - Médico Data ____/____/____ CRM : _____  (carimbo e assinatura)	20 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF : _____  (carimbo e assinatura)	21 - Recebi em ____/____/____  (assinatura do usuário)

Janeiro/2021

**ANEXO VI**  
**LISTA DAS FARMÁCIAS DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE HIV/AIDS**

<b>Farmácia do Serviço de Referência</b>	<b>Endereço</b>	<b>Telefone</b>
SAE de Anastácio	Avenida Manoel Murtinho 1692, Centro CEP:79.210-000 Anastácio/MS	(67) 3245-0634
SAM de Bataguassu	Rua 13 de Outubro 450, Jardim Santa Maria CEP:79.780-000 Bataguassu/MS	(67) 3541-1378
SAE de Corumbá	Rua Tiradentes 901, Centro CEP:79.032-051 Corumbá/MS	(67) 3907-5379
SAE de Coxim	Rua Barão do Rio Branco SN, Vila Santana CEP:79.400-000 Coxim/MS	(67) 3291-2729
SAE de Dourados	Rua dos Missionários 420, Jardim Caramuru CEP:79.806-080 Dourados/MS	(67) 3423-9150
SAE de Jardim	Rua Antônio Pinto Pereira 519, Vila Angélica 1 CEP:79.240-000 Jardim/MS	(67) 3251-4667
SAE de Naviraí	Rua Niterói 338, Centro CEP:79.950-000 Naviraí/MS	(67) 3461-4593
SAE de Nova Andradina	Rua Artur Costa e Silva 871, Capilé CEP: 79.750-000 Nova Andradina/MS	(67) 3441-1561
SAE de Paranaíba	Travessa Ceres Garcia Gomes ,80 CEP:79.500-000 Paranaíba/MS	(67) 3669-0084
SAE de Ponta Porã	Avenida Brasil 4346, Centro CEP:79.900-000 Ponta Porã/MS	(67) 3431-7925
SAE de Três Lagoas	Rua 13 de Junho 233, Nossa Senhora Aparecida CEP:79.600-010 Três Lagoas/MS	(67) 3929-9893
UDM de Bela Vista	Rua Voluntários da Pátria 370, Centro Cep:79.260-000 Bela Vista/MS	(67) 3423-1031
UDM de Costa Rica	Rua Josina Garcia de Melo, 261, Centro CEP: 79.550-000 Costa Rica/MS	(67) 3247-7180
UDM de Maracaju	Avenida Marechal Floriano Peixoto 881, bairro Paraguai CEP: 79.150-000 Maracaju/MS	(67) 3454-3197
UDM de Ribas do Rio Pardo	Rua Conceição do Rio Pardo, 1872, Centro CEP: 79.180-000 Ribas do Rio Pardo/MS	(67) 3238-1716
Hospital Dia de Campo Grande/CEDIP	Avenida Coronel Antonino esq. Com Sr. do Bonfim S/N, Conjunto Nova Bahia CEP:78.034-180 Campo Grande/MS	(67) 2020-1891
Hospital Universitário da UFMS - Hospital Dia Profª Esterina Corsini	Avenida Senador Filinto Muller 355, Vila Ipiranga CEP:79.080-190 Campo Grande/MS	(67) 3345-3218
SMS Campo Grande	Unidades de Saúde do município	(67) 2020-1592 (Serviço de IST da SESAU)

**Resolução n.222/CIB/SES**

**Campo Grande, 25 de outubro de 2023.**

Homologar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

**O Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul**, no uso de suas atribuições legais e considerando as decisões da 363ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 20 de outubro de 2023, Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite Viral B e Coinfecções no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde;  
Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Hepatite C e Coinfecções (HCV) no âmbito do SUS, publicado pelo Ministério da Saúde;  
Considerando a Portaria nº 1.537 de 12/06/2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, para dispor sobre o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, para incluir os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;  
Considerando a Nota Técnica nº 319/2020- CGAHV/DCCI/SVS/MS de 01/10/2020, que trata de normativas referentes ao processo de transferência entre componentes da assistência farmacêutica e ao modelo de acesso aos medicamentos de hepatites virais;  
Considerando que a migração dos medicamentos para tratamento das hepatites virais, do Componente