

Art. 4º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 5º Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

MAURICIO SIMÕES CORRÊA

Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

JOSIANE DE OLIVEIRA SILVA CORREA

Presidente do COSEMS

ANEXO I

Elenco de MEDICAMENTOS da Assistência Básica na PNAISP

nº	Medicamento	Concentração e Forma Farmacêutica
1	Dipirona	500 mg/ml solução oral
2	Amoxicilina	500 mg cápsula/comprimido
3	Ibuprofeno	600 mg comprimido
4	Maleato de dexclorfenirmina	0,4 mg/ml xarope
5	Cloridrato de Fluoxetina	20 mg cápsula/comprimido
6	Ivermectina	6 mg comprimido
7	Omeprazol	20 mg cápsula
8	Fluconazol	150 mg cápsula
9	Permetrina	5% loção cremosa
10	Sulfametoxazol +Trimetoprima	400 mg+80 mg comprimido

RESOLUÇÃO CIB/SES Nº 539, 18 DE NOVEMBRO DE 2024.

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 378ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 07 de novembro de 2024;

Considerando a Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde);

Considerando a Resolução nº 11, de 22 de março de 2011, que dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha (Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde);

Considerando a Resolução nº 50/SES/MS de 21 de maio de 2012, que estabelece o Sistema Estadual de Controle da Talidomida e define fluxos do medicamento, do credenciamento da unidade dispensadora, do cadastro do prescritor, da entrega do receituário e cadastro de pacientes usuários;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 de 11 de novembro de 2015, que dispõe sobre a atualização do Anexo III, Indicações previstas para tratamento com a Talidomida, da RDC nº 11, de 22 de março de 2011;

Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase no âmbito do SUS, instituído por meio da Portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022;

Considerando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), publicada em 2022 (Ministério da Saúde – Brasília/DF).

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o fluxo de acesso aos medicamentos para tratamento de Hanseníase, no Estado de Mato Grosso do Sul, conforme os Anexos I, II e III desta Resolução.

Art. 2º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação.

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 DE HANSENÍASE EM MATO GROSSO DO SUL****1. Disposições gerais**

1.1 Os medicamentos para tratamento de Hanseníase fazem parte do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.

1.2 O Ministério da Saúde fará a atualização dos Manuais, Guias de Vigilância Epidemiológica, Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento (PCDTs) e demais documentos norteadores para o tratamento de Hanseníase, bem como a aquisição centralizada dos medicamentos, a programação dos medicamentos junto à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) e a distribuição dos medicamentos para a SES.

1.3 A SES/MS enviará a programação para o Ministério da Saúde, receberá os medicamentos advindos do Ministério da Saúde, receberá as solicitações dos medicamentos para tratamento de Hanseníase das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), distribuindo conforme solicitação/demanda e disponibilidade.

1.4. As SMS realizarão a solicitação de medicamentos prescritos à SES, receberão os medicamentos da SES e irão dispor de farmácia com profissional farmacêutico e com os elementos necessários para a dispensação dos medicamentos para tratamento de Hanseníase aos pacientes.

2. Estrutura, organização e funcionamento das farmácias

2.1. As farmácias que realizam a dispensação dos medicamentos para tratamento de Hanseníase devem integrar o SUS.

2.2. 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 faz o registro das dispensações.

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

2.4 A farmácia deve contar com farmacêutico responsável técnico, bem como equipe de apoio, devidamente treinada e capacitada, de acordo com a necessidade de cada farmácia.

3. Solicitação dos medicamentos para tratamento de Hanseníase

3.1. Os medicamentos para tratamento de Hanseníase que compõem o elenco disponível para solicitação à SES/MS são: Clofazimina de 50 e 100mg, Minociclina 100mg, Ofloxacino 400mg, Pentoxifilina 400mg, Poliquimioterapia Adulto (PQT-U Adulto- rifampicina 300 + 300mg + clofazimina 100mg + dapsona 100mg + clofazimina 50mg), PQT-U Infantil (rifampicina 300 + 150mg + clofazimina 50mg + dapsona 50mg), Prednisona de 5 e 20mg, Rifampicina 300mg cápsulas, Rifampicina 2% suspensão oral e Talidomida 100mg.

3.2 As solicitações regulares dos medicamentos para tratamento de Hanseníase, com exceção da Talidomida 100mg, devem ocorrer mensalmente, entre os dias 20 e dia 30 de cada mês, através de formulário eletrônico, pelo link: <https://forms.gle/CLhwXwLtJfta13N2A>. Os pedidos serão atendidos no mês subsequente e enviados seguindo o cronograma mensal de entregas.

3.2.1 Deverá ser anexada ao fim do preenchimento do formulário eletrônico de solicitação a planilha padronizada denominada "Relação Nominal de Pacientes em Tratamento de Hanseníase", disponível para download no site da Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica da SES de Mato Grosso do Sul (SES/MS), no endereço: <https://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmaceutica-basica/assistencia-farmaceutica-basica-e-estrategica-solicitacao-de-medicamentos/>.

3.3 No caso de pedidos extras, fora do período estipulado para as requisições mensais, as solicitações ocorrerão pelo link: <https://forms.gle/8nhpDY1NzN2zE7G39>.

3.4 Se o medicamento prescrito for a Talidomida 100mg, a solicitação deve ser realizada através do link de formulário eletrônico: <https://forms.gle/eKjkDKRR1zqVrk2N9>.

3.4.1 Deverão ser anexados ao formulário eletrônico de solicitação de Talidomida, os seguintes documentos: Formulário para Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida (RDC Nº 11/2011) (Anexo II), Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida (RDC Nº 11/2011) (Anexo III) e a planilha "Cadastro Nacional de Usuários de Talidomida", disponível no site da SES – Assistência Farmacêutica, no endereço: <https://www.as.saude.ms.gov.br/assistencia-farmaceutica-basica/assistencia-farmaceutica-basica-e-estrategica-solicitacao-de-medicamentos/>.

3.4.2. Para a prescrição de Talidomida, por se tratar de Substância Imunossupressora (lista C3), o profissional prescritor deverá seguir o disposto nas Portaria Nº 344/98 (SVS/MS), Resolução Nº 11/2011 (ANVISA/MS) e Resolução Nº 50/SES/MS.

3.4.3 As indicações previstas para o tratamento com a Talidomida são: Hanseníase: reação hansênica tipo eritema nodoso ou tipo II (CID 10- A 30), úlceras aftóides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/AIDS (CID 10- B 23.8), Lúpus eritematoso sistêmico (CID 10- M 32), Lúpus eritematoso discoide (CID 10- 93.0), Lúpus eritematoso cutâneo subagudo (CID 10- 93.1), Doença enxerto contra hospedeiro (CID 10- 86.0), Mieloma Múltiplo (CID 10- 90.0) e Síndrome Mielodisplásica: para pacientes refratários a eritropoietina (CID 10 -D 46.0, D 46.1, D46.4).

3.5 A Rifampicina 300mg cápsulas, a Rifampicina 2% suspensão oral e a Pentoxifilina 400mg também são utilizadas no tratamento de infecções/doenças de outros Programas de Saúde no Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica (CESAF). Seu fornecimento se dará mediante solicitação ao Programa Estadual de Saúde específico, a depender da patologia do paciente.

3.6 A prednisona de 5 e 20 mg (comprimidos) está incluída nos Componentes Básico e Estratégico de Assistência Farmacêutica (RENAME, 2022). No caso da Hanseníase, a prednisona é o medicamento de escolha para o tratamento farmacológico da reação hansênica tipo 1, sendo também utilizada em situações específicas de pacientes que apresentarem reação hansênica tipo 2.

3.6.1. Quando este medicamento for solicitado para indicações não contempladas pelo PCDT da Hanseníase vigente, o mesmo não será fornecido pelo Programa de Saúde Estadual.

3.7. As prescrições devem seguir a Denominação Comum Brasileira (DCB) e serem oriundas de serviços públicos de saúde.

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

4. Liberação e distribuição dos medicamentos para tratamento de Hanseníase

4.1 A liberação dos medicamentos solicitados para tratamento da Hanseníase ocorrerá conforme avaliação e autorização da área técnica de Assistência Farmacêutica Estratégica Estadual.

4.2. Os pedidos regulares serão aprovados e distribuídos conforme cronograma mensal.

4.3. Após a aprovação dos pedidos regulares, a área técnica de Assistência Farmacêutica Estratégica Estadual compartilhará com as SMS solicitantes as considerações da área técnica, o quantitativo autorizado dos medicamentos e o número da solicitação inserida no sistema de logística.

4.4. No caso de pedidos extras, a SMS solicitante receberá por e-mail o número da requisição, que deverá ser apresentado após o prazo de 48 horas úteis na Logística Farmacêutica Estadual para a retirada do medicamento solicitado.

4.5 Caso não seja autorizada a liberação dos medicamentos solicitados, será enviado um e-mail ao requisitante com as justificativas e solicitações de correções, se necessário.

5. Dispensação dos medicamentos para tratamento de Hanseníase

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

5.2. As dispensações deverão ser registradas nos sistemas de gestão municipais.

5.3. As dispensações deverão ser registradas em sistema próprio de controle de estoque informatizado, com envio dos dados de movimentação (entrada, saída, estoque e dispensação) para a BNAFAR - Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, ou utilização do sistema próprio de gestão da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (neste caso não é necessário envio de dados).

5.4 A dispensação de medicamentos deve ser pautada nos critérios de elegibilidade definidos pelos manuais e guias do Ministério da Saúde.

6. Disposições finais

6.1 Sempre que houver necessidade, este Fluxo de acesso aos medicamentos para tratamento de Hanseníase, bem como os formulários de solicitação de medicamentos, serão atualizados.

ANEXO II

Formulário para Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras

Nº credenciamento:			
Informações da Unidade Pública Dispensadora:			
Nome da Unidade:			
Nome do Diretor Responsável:			
Endereço completo:			
Rua/Av: _____ nº: _____			
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____			
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____			
E-mails	Unidade: _____ Diretor: _____		
Nome do Farmacêutico Responsável: nº CRF: _____			
Nome do Farmacêutico Substituto: nº CRF: _____			
Critérios para credenciamento:			
A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:			
• Deve possuir todos os documentos necessários ao seu funcionamento. • Deve possuir licença sanitária atualizada. • Deve possuir Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida. • Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida. • As instalações devem atender às legislações sanitárias vigentes.			
Credenciada?	<table border="1"><tr><td>Sim</td><td>Não</td></tr></table>	Sim	Não
Sim	Não		
Observações:			
Autoridade Sanitária Competente:			
Nome do responsável pelo credenciamento:			
Nº do registro funcional:			
Local e data:			
_____ Carimbo e Assinatura do responsável pelo credenciamento			

ANEXO III

Formulário para Cadastramento dos Prescritores de Talidomida

Nº cadastro:	
Informações do médico prescriptor:	
Nome:	
Especialidade:	Nº CRM:
E-mail:	
Endereço residencial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____	Estado: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____	Fax: (____) _____
Endereço comercial:	
Rua/Av: _____ nº: _____	
Cidade: _____	Estado: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____	Fax: (____) _____
Dedaro conhecer os riscos e as normas que envolvem a prescrição do medicamento Talidomida.	
Local e data:	
_____ Carimbo e Assinatura do médico	
Autoridade Sanitária competente:	
Nome do responsável pelo cadastramento:	
Nº do registro funcional:	
_____ Carimbo e assinatura do responsável pelo cadastramento	

RESOLUÇÃO CIB/SES Nº 540, 18 DE NOVEMBRO DE 2024.

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 378ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite, realizada no dia 07 de novembro de 2024; e

Considerando o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2ª edição atualizada, publicada em 2019 (Ministério da Saúde- Brasília/DF);

Considerando o Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil, 2ª edição, publicada em 2022 (Ministério da Saúde- Brasília/DF);

Considerando a Nota Informativa nº 1/2023-CGDR/DCCI/SVS/MS que trata das recomendações para o rastreio da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e utilização do escore clínico pediátrico para o diagnóstico da tuberculose, com o Derivado Proteico Purificado (PPD)- o uso racional do PPD de maneira transitória e excepcional.