



## GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

PCDT / CID 10: I 27.0 / I 27.2 / I 27.8

### 1. Medicamentos

Citrato de Sildenafil 20 mg, comprimido; Ambrisentana 5 mg e 10 mg, comprimido;  
Iloprost 10 mcg, ampola com 1 ml de solução para nebulização; Bosentana 62,5 mg e 125 mg, comprimido.  
Selexipague: comprimidos de 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, 1.000 mcg, 1.200 mcg, 1.400 mcg ou 1.600 mcg.

### 2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

#### 2.1. Documentos pessoais

#### Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência);
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos.

#### 2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

#### Solicitação inicial

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico PADRONIZADO**, descrevendo evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

#### Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo evolução clínica do paciente; classificação clínica da hipertensão pulmonar de Nice (2013); descrição da classe funcional da HAP segundo a OMS e medicamentos em uso e os já utilizados;

#### 2.3. Exames

#### Solicitação inicial

##### Para todos os medicamentos:

- Cópia de laudo de cateterismo cardíaco direito;
- Cópia do exame de anti-HCV;
- Cópia do exame de anti-HIV;
- Cópia do exame de Fator Reumatóide;
- Cópia do exame de gasometria arterial ( )
- Cópia do exame de HbsAg;
- Cópia do exame do Fator anti-nuclear (FAN)
- Cópia do exame parasitológico de fezes;
- Cópia do laudo de cintilografia de inalação/perfusão;
- Cópia do laudo de Ecocardiograma;
- Cópia do laudo de prova função pulmonar;
- Cópia do laudo de Tomografia Computadorizada do tórax;
- Cópia do exame de Hemograma completo;
- Cópia do exame Aspartato aminotransferase – AST/TGO;
- Cópia do exame Aspartato aminotransferase – AST/TGO;
- Cópia do laudo do teste de estratificação de risco, conforme classificação funcional da HAP da OMS; **(ANEXO)**
- Laudo do teste de caminhada de 6 minutos;
- Cópia do laudo do teste de oximetria;
- Cópia do laudo de Ultrassonografia de abdômen **(exceto para bonsenta)**;
- Cópia do teste de anticorpos anti-DNA **(exceto para bonsenta)**;
- Cópia do teste de anti-HBC (IgG) **(exceto para bonsenta)**;

##### Para Iloprost, Bosentana, Selexipague e Ambrisentana também:

- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias);

#### Renovação a cada 6 (seis) meses

##### Para todos os medicamentos:

- Laudo do Ecocardiograma;
- Laudo do teste de caminhada de 6 minutos;
- Hemograma completo;
- Cópia do exame Aspartato aminotransferase – AST/TGO;
- Cópia do exame Aspartato aminotransferase – AST/TGO;

##### Para Iloprost, Bosentana, Selexipague e Ambrisentana também:

- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias);

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

### 3. Observações:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);



**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE**  
**GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**



- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia, PNEUMOLOGIA, REUMATOLOGIA E CARDIOLOGIA;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS Portaria nº. 10, de 18 de Julho de 2023 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Hipertensão Arterial Pulmonar;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

<b>HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO</b>	<b>CENTRAL TELEFÔNICA</b>	<b>PORTAL SESAU/LINK CEAF</b>
07:30 h às 16:30 h	3315-6109 e 3315-6110	<a href="https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/">https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/</a>
Segunda à sexta		(todas as letras devem ser minúsculas)
(fechado no último dia útil do mês)		



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
SILDENAFILA, ILOPROSTA, AMBRISENTANA E BOSENTANA**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **sildenafil, iloprosta, ambrisentana, Selexipague e bosentana**, indicados para o tratamento da **Hipertensão Arterial Pulmonar**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora na capacidade de exercício;
- diminuição da pressão da artéria do pulmão;
- melhora da qualidade de vida.

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

- não se sabe ao certo os riscos do uso de anlodipino, sildenafil, iloprosta, ambrisentana, bosentana e selexipague na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico; o nifedipino é contraindicado antes da 20ª semana de gravidez e lactante.
- eventos adversos mais comuns da sildenafil: vermelhidão, dores de cabeça, dificuldade de digestão, diarreia e dor em braços e pernas, gripe, febre, tosse, visão turva e dificuldade para dormir;
- eventos adversos mais comuns da iloprosta: vasodilatação, dores de cabeça, tosse e insônia; eventos adversos sérios: dor no peito (uma taxa de menos de 3%), aumento dos batimentos cardíacos, falta de ar, inchaço em braços e pernas e problemas nos rins;
- eventos adversos mais comuns da ambrisentana: anemia (diminuição de hemoglobina ou do hematócrito), cefaleia, palpitações, rubor, congestão nasal, sinusite, nasofaringite (a incidência de congestão nasal foi relacionada à dose durante o tratamento), dor abdominal, constipação, retenção hídrica e edema periférico;
- eventos adversos mais comuns da bosentana: alteração da função hepática, nasofaringite, rubor, edema de membros inferiores, hipotensão, palpitação, dispepsia, fadiga e prurido;
- riscos de eventos adversos potencialmente graves com o uso de combinação de medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial pulmonar ainda não foram adequadamente avaliados

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 fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) Sildenafil ( ) Bosentana ( ) Iloprost ( ) Ambrisentana ( ) Selexipague

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico	_____ Data	

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.



## RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

### Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Hipertensão Arterial Pulmonar

Paciente: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) F ( ) M

Paciente diagnosticado com Hipertensão Arterial Pulmonar? ( ) Sim ( ) Não

#### Classificação Clínica da Hipertensão Pulmonar:

- ( ) Grupo 1. Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP):
- ( ) Idiopática (HAPI);
  - ( ) Hereditária;
    - ( ) BMPR2;
    - ( ) ALK-1, ENG, SMAD9, CAV1, KCNK3;
    - ( ) Desconhecida;
  - ( ) Associada a: \_\_\_\_\_
  - ( ) Induzida por drogas e toxinas;
  - ( ) Doença veno-oclusiva pulmonar ou hemangiomatose capilar pulmonar;
  - ( ) Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido (HTPRN);
- ( ) Grupo 2. Hipertensão Pulmonar por Doença Cardíaca Esquerda:
- ( ) Disfunção sistólica do ventrículo esquerdo;
  - ( ) Disfunção diastólica do ventrículo esquerdo;
  - ( ) Doença valvular;
  - ( ) Obstrução congênita/adquirida da via de saída do ventrículo esquerdo e miocardiopatias congênitas;
- ( ) Grupo 3. Hipertensão Pulmonar a Doença Pulmonar ou Hipoxemia:
- ( ) Doença pulmonar obstrutiva crônica;
  - ( ) Doença intersticial pulmonar;
  - ( ) Outras doenças pulmonares com padrão misto obstrutivo e restritivo;
  - ( ) Doença respiratória do sono;
  - ( ) Hipoventilação alveolar;
  - ( ) Exposição crônica a alta altitude;
  - ( ) Anomalias do desenvolvimento;
- ( ) Grupo 4. Hipertensão Pulmonar por Doença Tromboembólica Crônica (HPTEC);
- ( ) Grupo 5. Hipertensão Pulmonar por Mecanismo Multifatorial Desconhecido:
- ( ) Doenças hematológicas: anemia hemolítica crônica, síndromes mieloproliferativas, Esplenectomia;
  - ( ) Doenças sistêmicas, sarcoidose, histiocitose pulmonar de células de Langherans, Linfangioleiomiomatose;
  - ( ) Doenças metabólicas: doença do armazenamento do glicogênio, doença de Gaucher, Tireoidopatias;
  - ( ) Outras: obstrução tumoral, mediastinite fibrosante, insuficiência renal crônica, hipertensão pulmonar segmentar;



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Paciente realizou cateterismo cardíaco? ( ) Sim ( ) Não

Resultado do teste de Cateterismo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resultado do teste de caminhada de 6 minutos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resultado do teste de ecocardiograma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente atendido em serviço especializado ou centro de referência que contem equipe multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não

**Classificação Funcional da HAP (NYHA/OMS):**

( ) CLASSE I - Pacientes com HAP, mas sem limitação das atividades físicas. Atividades físicas habituais não causam dispneia ou fadiga excessiva, dor torácica ou pré-síncope;

( ) CLASSE II - Pacientes com HAP que resulta em discreta limitação das atividades físicas. Esses pacientes estão confortáveis ao repouso, mas atividades físicas habituais causam dispneia ou fadiga excessiva, dor torácica ou pré-síncope;

( ) CLASSE III - Pacientes com HAP que resulta em relevante limitação das atividades físicas. Esses pacientes estão confortáveis ao repouso, mas esforços menores do que os despendidos nas atividades físicas habituais causam dispneia ou fadiga excessiva, dor torácica ou pré-síncope;

( ) CLASSE IV - Pacientes com HAP que resulta em incapacidade para realizar qualquer atividade física, sem sintomas. Esses pacientes manifestam sinais de falência ventricular direita. Dispneia ou fadiga podem estar presentes ao repouso, e o desconforto aumenta com qualquer esforço feito;

Paciente com HAP idiopática com teste de reatividade vascular: ( ) Negativo ( ) Positivo

Pressão média da arterial pulmonar: \_\_\_\_\_

Pressão de oclusão da artéria pulmonar: \_\_\_\_\_

Resistência vascular pulmonar: \_\_\_\_\_

Paciente está sendo Coadministrado com nitratos? ( ) Sim ( ) Não

Paciente está sendo Coadministrado com alfabloqueadores? ( ) Sim ( ) Não

Paciente possui outras doenças diagnosticadas? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

O paciente possui alguma complicação clínica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Paciente está em início de tratamento? ( ) Sim ( ) Não

O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Tempo: \_\_\_\_\_

O paciente faz uso de outros medicamentos?

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Outros dados clínicos relevantes:

---

---

---

---

---

O diagnóstico de entrada é compatível com Hipertensão Arterial Pulmonar CID 10: \_\_\_\_\_  
necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o  
Protocolo Padronizado de Medicamentos para Hipertensão Arterial Pulmonar necessitando fazer  
uso de \_\_\_\_\_ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Data \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES\* \_\_\_\_\_ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3- Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* \_\_\_\_\_ 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

**13- Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento \_\_\_\_\_

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\* \_\_\_\_\_ 20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de \_\_\_\_\_, Nome do paciente  
portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_ e do  
Nº identidade Órgão emissor/UF  
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº \_\_\_\_\_ **AUTORIZO**  
Nº CNS  
\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade  
Nome completo do representante  
nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_, domiciliado no endereço  
Nº identidade Órgão emissor/UF  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, no município  
Nome do logradouro  
de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ como meu  
Município/UF CEP da residência Telefone de contato  
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência  
Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: \_\_\_\_\_
- Motivo da necessidade de representante:
  - Impossibilidade física
  - Município de residência diverso ao da farmácia
  - Incompatibilidade de horário
  - Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido instituído como REPRESENTANTE  
Nome do representante  
do paciente \_\_\_\_\_, conforme descrição acima referida,  
Nome do paciente  
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão,  
nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar  
todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante