



DOENÇA DE ALZHEIMER: ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS

SABRINA DE SOUZA RIBEIRO

Farmacêutica e Bioquímica. Especialista em Análises Clínicas. Subcoordenadora da Farmácia Especializada do CREASI.



CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO



FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE ALZHEIMER



PORTARIA Nº 13, DE 06 DE JANEIRO DE 2020



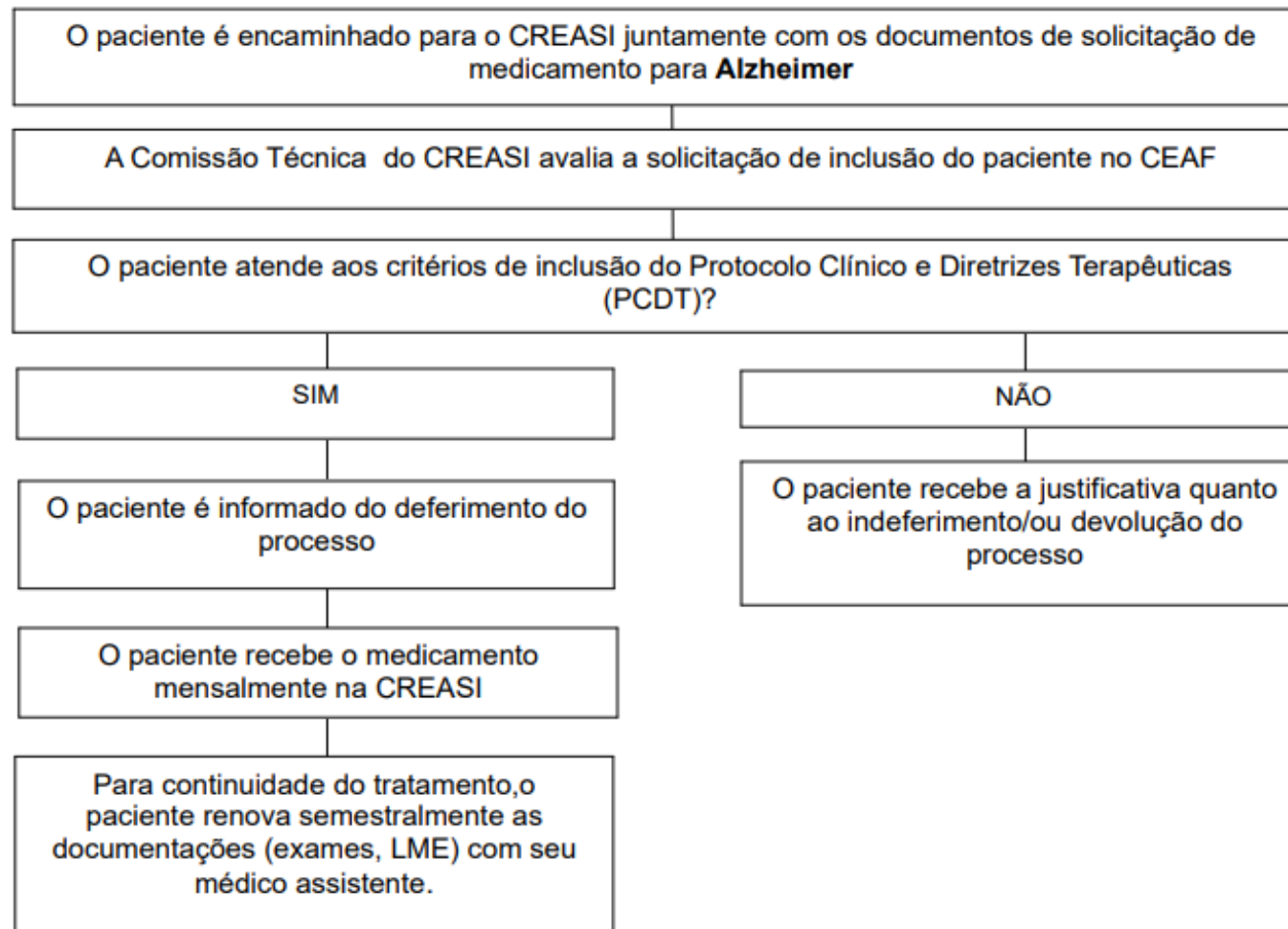
Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do CEAF
(Componente Especializado da Assistência Farmacêutica)

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE
2017 (PCDT DA DOENÇA DE ALZHEIMER)



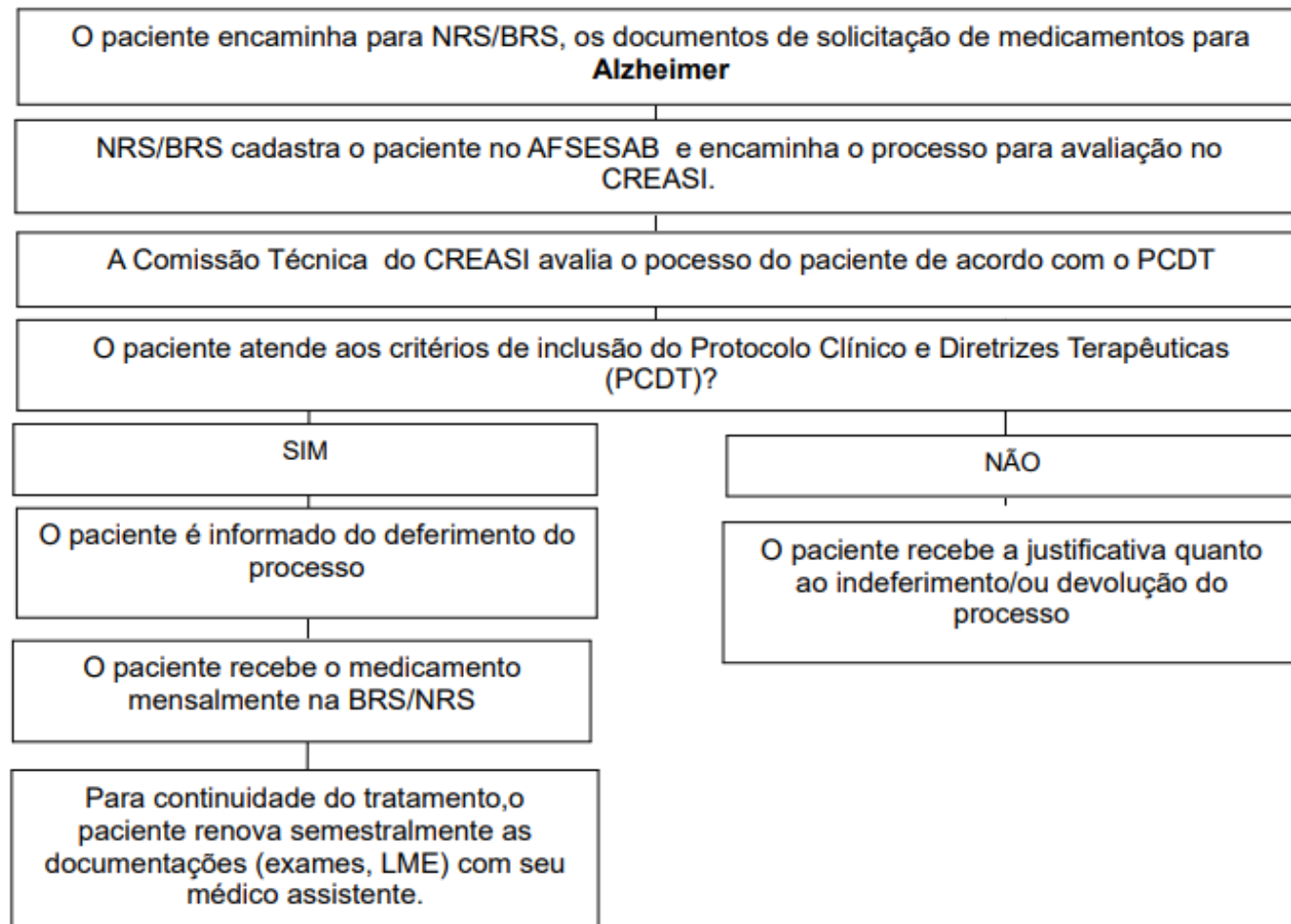
Dispõe sobre critérios de inclusão

FLUXO DE ACESSO PARA SALVADOR



FLUXO DE ACESSO PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS) E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE (BRS) - ANTIGAS DIRES

web
PALES
TRA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO (LME)



Modelo atualizado no programa "Atualizar Formulário B" no endereço: www.telessaude.ba.gov.br. Clique aqui para fazer o download.

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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* 4. Nome da Mãe do Paciente* 5. Peso do paciente* kg 6. Altura do paciente* cm

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

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

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*
☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda

20. Telefone(s) para contato do paciente

21. Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS

22. Correo eletrônico do paciente

23. Assinatura do responsável pelo preenchimento*

*** CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- ☐ G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce
- ☐ G30.1 Doença de Alzheimer de início tardio
- ☐ G30.8 Outras formas de doença de Alzheimer
- ☐ F00.0 Demência na doença de Alzheimer de início precoce
- ☐ F00.1 Demência na doença de Alzheimer de início tardio
- ☐ F00.2 Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista



MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) E ESCALA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA (CDR)



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde.
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

ESCALA CDR (CLÍNICA
DEMENTIA RATHW)

Nome do paciente: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Escore final categórico: _____

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0.5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente.	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno".	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia.	Perda de memória grave: apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos.	Perda de memória grave; permanecem apenas fragmentos.
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado.	Plenamente orientado.	Dificuldade moderada com relações temporais; orientado no espaço durante o exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais.	Geralmente desorientado.	Orientação pessoal apenas.
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado.	Leve comprometimento da solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada da solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido.	Solução de problemas, semelhanças e diferenças gravemente comprometidas. Juízo social geralmente comprometido.	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico.
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Atuação independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais.	Leve dificuldade nessas atividades.	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial.	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa.	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.

LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos.	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados.	Comprometimento leve nas atividades em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados.	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa.
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz.	Plenamente capaz.	Necessita assistência ocasional.	Requer assistência no vestir e na higiene.	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente.

Assinatura e carimbo do médico: _____

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Nome do paciente: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Escolaridade (nº de anos completos de estudo): _____

Ex: levou 10 anos para concluir a 4ª série, considera-se escolaridade de 4 anos.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	5	
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local ¹) (nº ou andar ²).	5	
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . (Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até 5 vezes, para que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____)	3	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo ³ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	5	
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	3	
LINGUAGEM		
* Identificar lápis e relógio de pulso (sem estar no pulso).	2	
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	1	
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão". (Falar essa frase de forma inteira e apenas uma vez).	3	
* Ler ("só com os olhos") e executar: FECHE OS OLHOS	1	
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	1	
* Copiar o desenho: 	1	
TOTAL:	30	

¹ Rua é usado para visitas domiciliares. Local para consultas no hospital ou outra instituição.
² Nº é usado para visitas domiciliares. Andar para consultas no hospital ou outra instituição.
³ Alternativo é usado quando o entrevistado erra JÁ na primeira tentativa, OU acerta na primeira e erra na segunda. SEMPRE que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação!
Obs.: na forma alternativa a pontuação máxima também é de 5 pontos.
A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação.

Assinatura e carimbo do médico: _____



PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017 (PCDT DA DOENÇA DE ALZHEIMER)



MEDICAMENTOS

- ☐ DONEPEZILA 5 MG (POR COMPRIMIDO)
- ☐ DONEPEZILA 10 MG (POR COMPRIMIDO)
- ☐ GALANTAMINA 8 MG (POR CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)
- ☐ GALANTAMINA 16 MG (POR CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)
- ☐ GALANTAMINA 24 MG (POR CÁPSULA DE LIBERAÇÃO PROLONGADA)
- ☐ RIVASTIGMINA 3 MG (POR CÁPSULA)
- ☐ RIVASTIGMINA 4,5 MG (POR CÁPSULA)
- ☐ RIVASTIGMINA 6 MG (POR CÁPSULA)
- ☐ RIVASTIGMINA 9 MG OU 4,6 MG/24H OU 5 CM² (ADESIVO TRANSDÉRMICO)
- ☐ RIVASTIGMINA 18 MG OU 9,5 MG/24H OU 10 CM² (ADESIVO TRANSDÉRMICO)
- ☐ CLORIDRATO DE MEMANTINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017

(PCDT DA DOENÇA DE ALZHEIMER)



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

INIBIDORES DA ACETILCOLINESTERASE
(DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA)

- ☐ Escolaridade até 4 anos: 8 MEEM 21
- ☐ Escolaridade maior 4 anos: 12 MEEM 24
- ☐ Escala CDR = 1 ou 2 (demência leve ou moderada)

MEMANTINA COMBINADA AOS INIBIDORES DA
ACETILCOLINESTERASE

- ☐ Escolaridade até 4 anos: 8 MEEM 15
- ☐ Escolaridade maior 4 anos: 12 MEEM 19
- ☐ Escala CDR = 2 (demência moderada)

MEMANTINA EM MONOTERAPIA

- ☐ Escolaridade até 4 anos: 3 MEEM 7
- ☐ Escolaridade maior 4 anos: 5 MEEM 11
- ☐ Escala CDR = 3 (demência grave)



PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017 (PCDT DA DOENÇA DE ALZHEIMER)



MONITORIZAÇÃO

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM),
ESCALA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA (CDR)**

- ☐ **Periodicidade:** ao final de 3 meses do início do tratamento e, após, a cada 6 meses

**GALANTAMINA
(CREATININA, TGO E TGP)**

- ☐ **Periodicidade:** a critério médico.



PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017 (PCDT DA DOENÇA DE ALZHEIMER) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: < <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/09/PROTOCOLO-CL%C3%8DNICO-E-DIRETRIZES-TERAP%C3%8AUTICAS-DA-DOEN%C3%87A-DE-ALZHEIMER.pdf> >. Acesso em: 30, AGOSTO e 2024.

PORTARIA Nº 13, DE 06 DE JANEIRO DE 2020. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0013_08_01_2020.html >. Acesso em: 30, AGOSTO e 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Disponível em: < <https://www.saude.ba.gov.br/patologia/alzheimer/> >. Acesso em: 30, AGOSTO e 2024.

“QUE POSSAMOS CUIDAR DE QUEM CUIDOU DE NÓS COM AMOR E PACIÊNCIA”

AUTOR DESCONHECIDO





NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

