



Fluxo de Acesso aos medicamentos de Asma
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 43, DE 24 DE MARÇO DE 2026.

MEDICAMENTOS

- BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)
- FORMOTEROL 6MCG + BUDESONIDA 200 MCG (POR CAPSULA INALANTE)
- FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)
- FORMOTEROL 12 MCG (POR CAPSULA INALANTE)
- FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG (POR CAPSULA INALANTE)
- FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)
- FORMOTEROL 12 MCG PO INALANTE (POR FRASCO DE 60 DOSES)
- MEPOLIZUMABE 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
- OMALIZUMABE PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 150 MG + 1 AMPOLA DILUENTE COM 2ML

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência; (em nome do paciente ou responsável pelo paciente)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), preenchido adequadamente. (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica preenchida adequadamente. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. ([LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018](#); PORTARIA 344, de 1998; RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros).
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; preenchido adequadamente.
- Formulário de Acesso aos Medicamentos para Asma, preenchido adequadamente.



EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO

Para Todos Medicamentos:

- Hemograma (para excluir anemia como causa ou fator agravante de dispneia, bem como para auxiliar na identificação do fenótipo eosinofílico e identificar eventuais anormalidades da série branca). (validade 3 meses)
- Espirometria (a partir dos 5 anos de idade) (validade 12 meses)
- Teste de Controle de Asma – ACT

Para Tratamento com Omalizumabe, também:

- Dosagem de IGE Sérica (validade 3 meses)
- IgE específica positiva ou teste cutâneo de leitura imediata positivo (sem validade);

Para Tratamento com Mepolizumabe (Anti-IL-5) também:

Pacientes com idade ≥ 6 anos com asma eosinofílica grave refratária ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 150 células/ μ L (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral) ou maior ou igual a a 300 células/ μ L (adultos);

EXAMES DE MONITORAMENTO

1) Espirometria anual para todos os pacientes **OU** Espirometria semestral para pacientes mais graves (em caso de dificuldade no acesso ao exame pelo paciente, o médico deve fazer um relatório constando as informações para subsidiar a substituição da espirometria por outro exame de função pulmonar, como o PICO de Fluxo Expiratório – PFE);

2) Questionário (GINA) ou teste de controle da Asma (ACT).

Para os Medicamentos Imunobiológicos:

1) Espirometria anual para todos os pacientes **OU** Espirometria semestral para pacientes mais graves (em caso de dificuldade no acesso ao exame pelo paciente, o médico deve fazer um relatório constando as informações para subsidiar a substituição da espirometria por outro exame de função pulmonar, como o PICO de Fluxo Expiratório – PFE);

2) Questionário (GINA) ou teste de controle da Asma (ACT) **OU** relatório médico demonstrando redução da dose de corticoide oral diário, em pelo menos, 50%.

Observações para Omalizumabe:

As doses devem ser ajustadas quando houver mudanças significativas no peso corpóreo.



UNIDADES DE REFERÊNCIA

Capital e Região Metropolitana

FAMAR – Farmácia Ambulatorial de Medicamentos do Aparelho Respiratório

End: Praça Conselheiro João Alfredo, s/nº - Pau Miúdo, Salvador – BA, 40320-350

Tel: da Farmácia: 3117-1711 / whatsapp: (71) 98218-3280

Horário: 7h às 18h

E-mail: famar@saude.ba.gov.br

Interior

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

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

J45.0 Asma predominante alérgica

J45.1 Asma não alérgica

J45.8 Asma mista

Atenção: Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

OBSERVAÇÕES

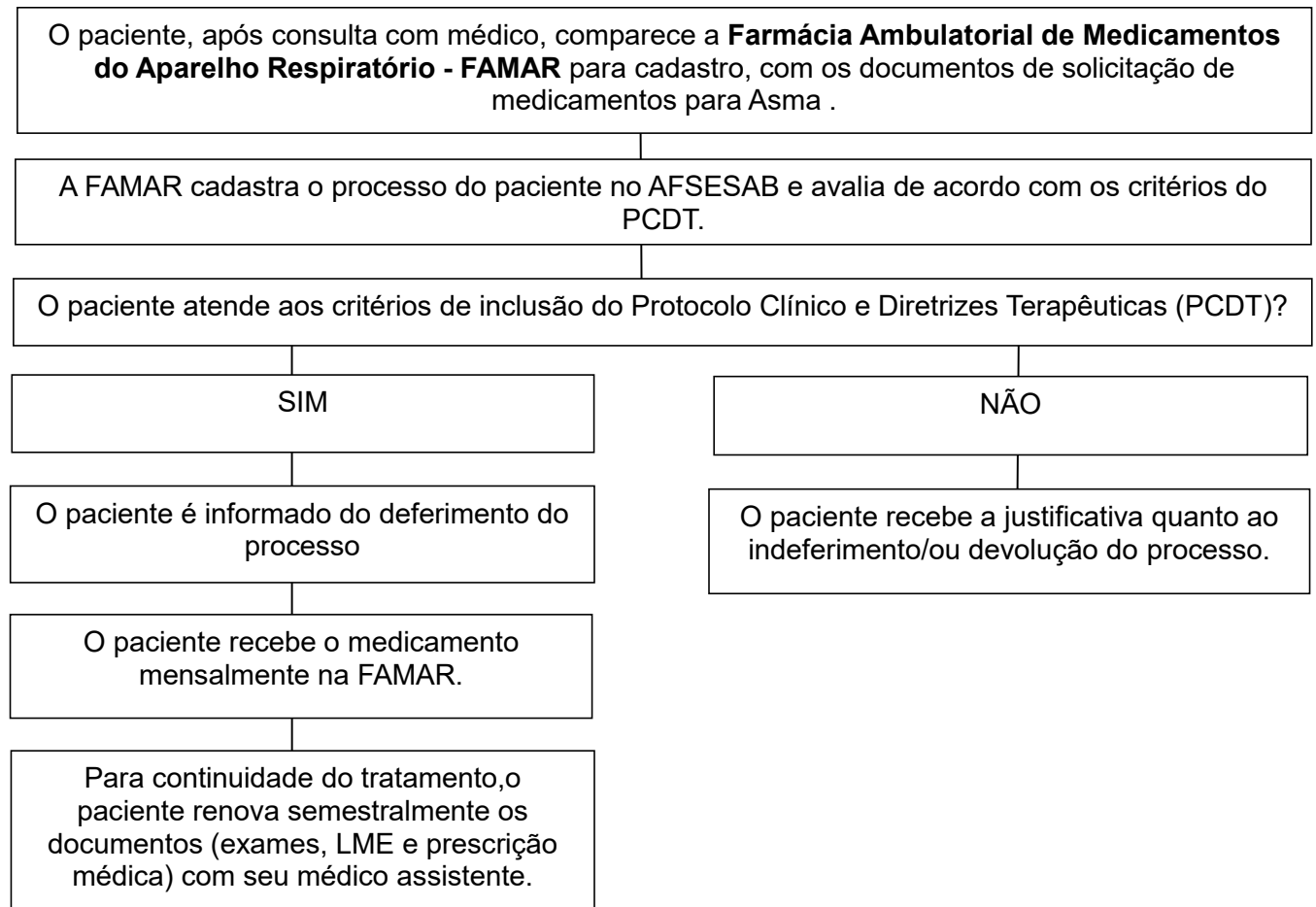
- **Pacientes com asma parcialmente controlada, não controlada ou exacerbada devem ser consultados por pneumologista e, especialmente nas duas últimas condições, atendidos em serviços especializados em Pneumologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.**
- **O uso do Omalizumabe (Anti-IgE): Pacientes com idade > 6 anos, peso entre 20 e 150 kg, IgE total sérica entre 30 e 1.500 UI/mL e com asma alérgica grave não controlada apesar do uso de corticoide inalatório em dose alta associado a um LABA, de acordo com as tabelas de dose para a faixa etária aplicável;**
- **O uso do Mepolizumabe (Anti-IL-5): pacientes com idade ≥ 6 anos com asma eosinofílica grave refratária ao tratamento com corticoide inalatório em dose alta + LABA e com contagem de eosinófilos no sangue periférico maior ou igual a 150 células/µL (crianças, adolescentes ou adultos em uso contínuo de corticoide oral) ou maior ou igual a 300 células/µL (adultos);**

Especialidades: Pneumologista, Alergologista, Pediatra



DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

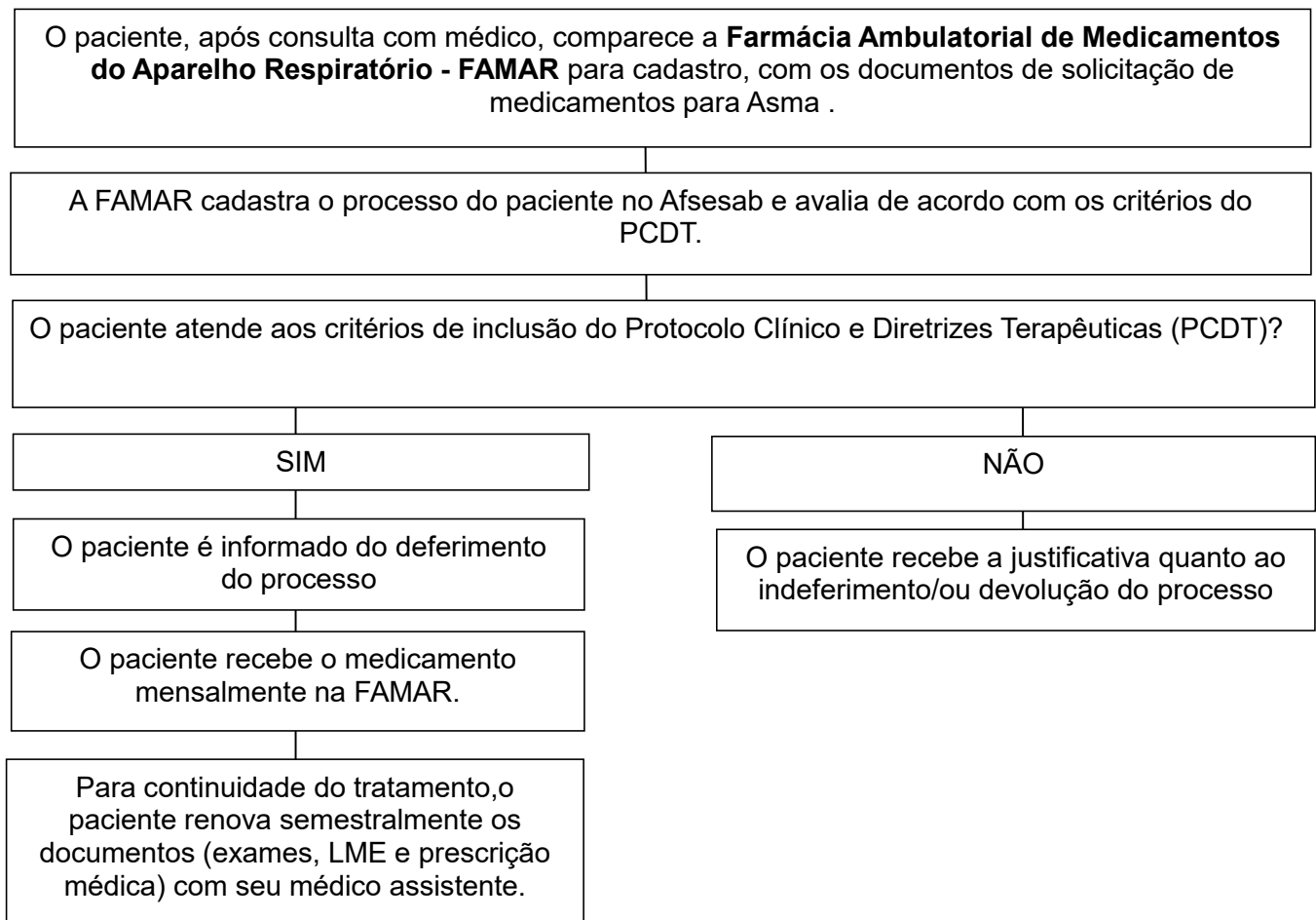
Budesonida e Formoterol+Budesonida





DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR

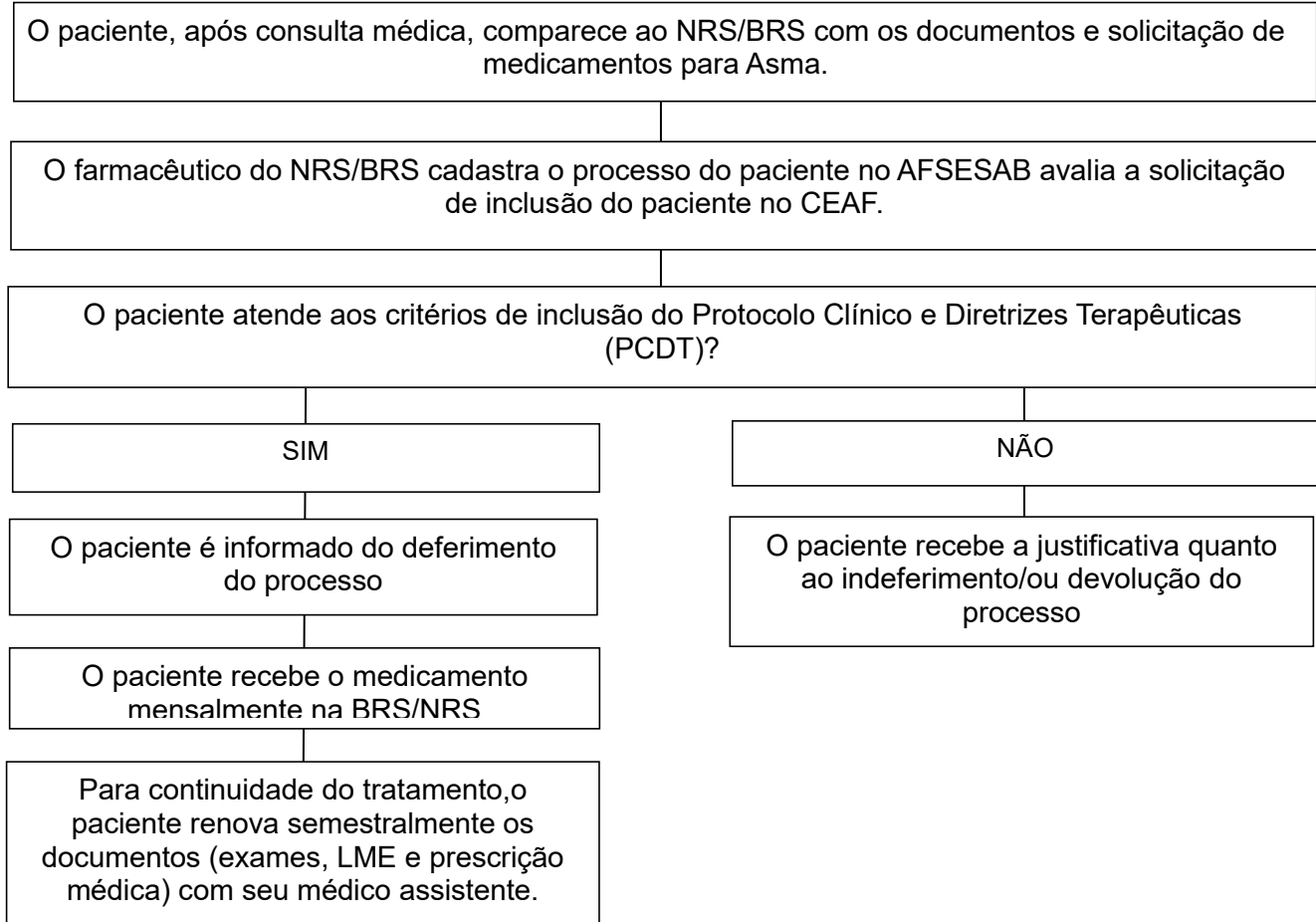
Mepolizumabe e Omalizumabe





**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES
REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

Budesonida e Formoterol+Budesonida





FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)

Mepolizumabe

O paciente, após consulta médica, encaminha para o NRS/BRS os documentos de solicitação de medicamentos para Asma

O farmacêutico do NRS/BRS cadastra o processo do paciente no Afsesab e encaminha para ser avaliado na **Farmácia Ambulatorial de Medicamentos do Aparelho Respiratório - FAMAR**.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

SIM

O paciente é informado do deferimento do processo;

Para primeira aplicação o NRS/BRS envia processo SEI à mesa da COAFE com o Termo de Responsabilidade para Aplicação de Subcutâneo adequadamente preenchido.

Para a continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME e prescrição médica) com seu médico assistente.

NÃO

O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo.



FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES).

Omalizumabe

