



RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.479, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

Dispõe sobre as regras de custeio complementar, por meio de ressarcimento de antifúngicos, aos estabelecimentos de saúde do Estado de Minas Gerais, habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), e aos serviços transplantadores, e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 39, da Lei Estadual nº 22.257, de 27 de julho de 2016 e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

e



- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.809, de 13 de novembro de 2018, que aprova as regras de custeio complementar, por meio de ressarcimento de antifúngicos, aos estabelecimentos de saúde do Estado de Minas Gerais, habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), e aos serviços transplantadores, e dá outras providências.

RESOLVE:

Art. 1º – Dispor sobre as regras de custeio complementar, por meio de ressarcimento de antifúngicos, aos estabelecimentos de saúde do Estado de Minas Gerais, habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), e aos serviços transplantadores.

Parágrafo único – O ressarcimento de que trata o *caput* refere-se aos antifúngicos destinados aos usuários do SUS em tratamento em onco-hematologia e de intercorrência clínica pós-transplante de medula óssea e órgãos sólidos.

Art. 2º – Fica instituído Grupo de Trabalho para revisão periódica do Protocolo para Utilização e Ressarcimento de Antifúngicos Sistêmicos para Tratamento Onco-Hematológico e Pós-Transplante de Medula Óssea e Órgãos Sólidos, divulgado por meio do Anexo Único desta Resolução.

Art. 3º – O Grupo de Trabalho de que trata o artigo anterior será constituído por membros indicados pelos órgãos e entidades abaixo elencados, sob a organização da Coordenação Estadual de Alta Complexidade da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (CAC/SRAS/SUBPAS):

I – da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG):

a) oito representantes da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS), sendo quatro membros titulares e seus respectivos suplentes:

1 – dois representantes titulares da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) e seus respectivos suplentes; e



2 – dois representantes da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS) e seus respectivos suplentes.

II – dois representantes de entidades hospitalares públicas ou privadas sem fins lucrativos, habilitadas como UNACON ou CACON, sendo um membro titular e seu suplente;

III – dois representantes de entidade hospitalar pública ou privada sem fins lucrativos, vinculada contratualmente ao SUS, autorizada a realizar transplante de órgãos e tecidos, sendo um titular e seu suplente; e

IV – dois representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais/COSEMS, sendo um titular e seu suplente.

Parágrafo único – A designação dos membros do Grupo de Trabalho será realizada por meio de ato normativo específico.

Art. 4º – O ressarcimento de que trata esta Resolução observará o disposto no Protocolo para Utilização e Ressarcimento de Antifúngicos Sistêmicos para Tratamento Onco-Hematológico e Pós-Transplante de Medula Óssea e Órgãos Sólidos, constante no Anexo Único desta Resolução.

Parágrafo único – O prazo máximo para a solicitação de ressarcimento de antifúngicos sistêmicos à SES-MG será de 120 (cento e vinte) dias corridos, a contar do início do tratamento com a utilização de antifúngicos.

Art. 5º – O valor de ressarcimento apurado será publicado em Resolução específica e, no exercício de 2018, correrá por conta da Ação nº 4490 – Implementação e Apoio à Atenção Especializada, cujo repasse será realizado do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, no caso de Município com gestão de seus prestadores, e diretamente ao prestador de serviços, no caso de estabelecimento sob gestão estadual, por meio da formalização de instrumento contratual adequado.

Art. 6º – As ações referentes ao custeio complementar de que trata esta Resolução submetem-se às atividades de auditoria e fiscalização da SES-MG e do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do SUS, ficando os estabelecimentos beneficiários obrigados a disponibilizar, tempestivamente e na íntegra, as informações e documentação previstas no Anexo



Único desta Resolução, facultada aos órgãos fiscalizadores a solicitação de outros documentos quando da realização das referidas ações.

Art. 7º – Os processos de ressarcimento já em tramitação, cuja instrução foi considerada insuficiente, de acordo com o previsto no Regulamento então em vigor, poderão ser regidos pelo disposto nesta Resolução, mediante a apresentação, no prazo assinalado pela SES-MG, da documentação relacionada no Anexo Único desta Resolução.

Parágrafo único – Na hipótese do *caput* deste artigo, os estabelecimentos ficarão dispensados da inserção da documentação no FormSUS.

Art. 8º – As solicitações de ressarcimento que forem enviadas por meio físico, após trinta dias da data da publicação desta Resolução, serão devolvidas ao requerente para inserção dos documentos previstos no Anexo Único desta Resolução no FormSUS.

Parágrafo único – Serão aceitas as solicitações de ressarcimento das competências anteriores, enviadas fora do prazo estabelecido no parágrafo único do artigo 4º desta Resolução, em até 30 dias após a publicação dessa Resolução, não fazendo jus ao ressarcimento aqueles que não cumprirem esse prazo.

Art. 9º – Ficam revogadas: a Resolução SES/MG nº 2.023, de 16 de setembro de 2009; a Resolução SES/MG nº 2.317, de 19 de maio de 2010; a Resolução SES/MG nº 2.389, de 30 de junho de 2010; e a Resolução SES/MG nº 5.215, de 6 de abril de 2016.

Art. 10 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2018.

NALTON SEBASTIÃO MOREIRA DA CRUZ
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.479, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018
(disponível no sítio eletrônico www.saude.mg.gov.br).



ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.479, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2018.

**PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO E RESSARCIMENTO DE ANTIFÚNGICOS
SISTÊMICOS PARA TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO E PÓS-
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E ÓRGÃOS SÓLIDOS***

1- INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas verificou-se aumento na incidência das infecções fúngicas sistêmicas que possuem significativa mortalidade associada.

Tal tendência epidemiológica é consequência do maior número de imunossuprimidos em contexto de quimioterapias antineoplásicas, transplantes de órgãos sólidos e medula óssea, além da maior sobrevivência de pacientes criticamente enfermos, em decorrência dos avanços na terapia intensiva.

As maiores dificuldades associadas ao manejo dessas infecções são o diagnóstico precoce e o elevado custo associado ao tratamento com os novos antifúngicos, além de escassez de evidências robustas sobre os melhores esquemas e tempo de tratamento.

Do ponto de vista etiológico, dois importantes grupos de fungos causam infecções em pacientes hospitalizados: leveduras (principalmente a *Candida spp.*) e os fungos filamentosos (e.g. *Aspergillus*, *Fusarium* e *Zigomicetos*).

Na prática clínica, em especial nos pacientes neutropênicos, é muito frequente a suspeição de infecção fúngica sistêmica sem sua confirmação etiológica o que implica em uma abordagem sindrômica da entidade “neutropenia febril” com uso de antifúngicos em momento oportuno.

2- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID-10

Serão contemplados neste Protocolo o tratamento com antifúngicos sistêmicos para os seguintes diagnósticos:

- a) C81 - Doença de Hodgkin;
- b) C82 - Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular);



- c) C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso;
- d) C84 - Linfomas de células T cutâneas e periféricas;
- e) C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado;
- f) C88 - Doenças imunoproliferativas malignas;
- g) C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos;
- h) C91 - Leucemia linfoide;
- i) C92 - Leucemia mieloide;
- j) C93 - Leucemia monocítica;
- k) C94 - Outras leucemias de células de tipo especificado;
- l) C95 - Leucemia de tipo celular não especificado;
- m) C96 - Outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos;
- n) D46 - Síndromes mielodisplásicas;
- o) D47 - Outras neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos;
- p) D60 - Aplasia pura da série vermelha, adquirida (eritroblastopenia);
- q) D61 - Outras anemias aplásticas;
- r) D70 – Agranulocitose;
- s) D71 - Transtornos funcionais dos neutrófilos polimorfonucleares;
- t) D 76.0 – Histiocitose;
- u) D76.3 - Outras síndromes histiocíticas;
- v) D 76.2 - Síndrome hematofagocítica associada a infecção;
- w) Z94.0 - Rim transplantado;
- x) Z94.1 - Coração transplantado;
- y) Z94.2 - Pulmão transplantado;
- z) Z94.3 - Coração e pulmões transplantados;
- aa) Z94.4 - Fígado transplantado;
- bb) Z94.7 - Córnea transplantada;
- cc) Z94.8 - Outros órgãos e tecidos transplantados (intestino, medula óssea e pâncreas).

3- DIAGNÓSTICO



3.1 Para comprovação da doença hematológica será necessária a apresentação de pelo menos um dos laudos dos seguintes exames:

- Mielograma, ou
- Biópsia de medula óssea ou
- Biópsia de linfonodo.

3.2 Para comprovação do transplante de medula óssea ou órgãos sólidos será necessária a apresentação de:

- Relatório médico contendo data, identificação do médico e do paciente, diagnóstico (data do transplante), características clínicas e evolução da doença, e outras informações pertinentes.

3.3 Serão necessários os seguintes documentos que atestam a infecção fúngica invasiva (para todos os pacientes):

3.3.1 Nos casos de doença fúngica invasiva **comprovada**, apresentação de pelo menos um dos exames abaixo descritos:

- Exame histopatológico ou citopatológico mostrando hifas a partir de amostra de biópsia ou aspiração por agulha com evidência de dano tecidual associado;
- Resultado da cultura positivo para amostra obtida por procedimento estéril de sítio normalmente estéril e com anormalidades clínicas ou radiológicas consistentes com infecção;
- Cultura, citologia, ou microscopia direta positiva no escarro, lavado broncoalveolar ou aspirado de seio da face indicando elementos sugestivos de fungo filamentoso ou identificação de uma espécie compatível (*e.g. Aspergillus, Fusarium, Zygomycetes e Scedosporium*) em paciente com anormalidades clínicas.

3.3.2 Nos casos de doença fúngica invasiva **provável/possível**, apresentação de pelo menos um dos seguintes critérios clínico-laboratoriais e radiológicos:



- No paciente “Neutropênico Febril” deve-se apresentar relatório médico documentando persistência ou recorrência da febre entre 4º e 7º dias de uso dos antibióticos de amplo espectro;
- Laudo de tomografia computadorizada (TC) de pulmão, indicando doença fúngica por pelo menos um dos seguintes sinais: lesões densas, bem circunscritas (nódulos), com ou sem sinal do halo; sinal do ar crescente; cavitação; ou imagem em “*vidro fosco*”;
- Laudo de broncoscopia documentando ulceração/escara ou nódulo ou pseudomembrana ou placa em trato traqueobrônquico;
- Laudo de tomografia indicando provável infecção de seios paranasais associado a ≥ 1 dos seguintes sinais/sintomas documentados por relatório médico: a) dor aguda localizada, incluindo irradiação para olho; b) extensão da lesão de seios paranasais através das barreiras ósseas, inclusive para órbita; c) ulceração escurecida nasal ou no palato;
- Laudo de ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) indicando infecção do sistema nervoso central sugerida por lesões focais ou realce meníngeo;
- Resultado positivo para o antígeno galactomanana de *Aspergillus spp* no soro, em secreção de lavado broncoalveolar, ou em fluido cerebrospinal;
- Resultado positivo para antígeno 1,3-beta-D-glucano sérico (para qualquer micose profunda exceto criptococose e zygomycose).

4- MEDICAMENTOS

Serão ressarcidos os antifúngicos sistêmicos abaixo relacionados:

Fármaco	Forma Farmacêutica	Dosagem
Voriconazol	Comprimido revestido	50 mg
Voriconazol	Comprimido revestido	200 mg
Voriconazol	Pó liófilo para solução injetável	200 mg
Anfotericina B (complexo lipídico)	Suspensão injetável	5 mg/ml
Anfotericina B (lipossomal)	Pó liófilo para solução injetável	50 mg



Fármaco	Forma Farmacêutica	Dosagem
Micafungina sódica	Pó liófilo para solução injetável	50 mg
Micafungina sódica	Pó liófilo para solução injetável	100 mg
Anidulafungina	Pó liófilo para solução injetável	100 mg

*As solicitações de ressarcimento para apresentações de medicamentos que não constam nesta Resolução serão indeferidas.

5- TRATAMENTO

De maneira geral, na escolha do antifúngico sistêmico, considera-se que as equinocandinas (micafungina e anidulafungina) estão recomendadas preferencialmente para infecções por *Candida* e terapia empírica de neutropenia febril. O voriconazol está indicado especialmente para aspergilose provável ou confirmada e fusariose. Já as formulações lipídicas de anfotericina B poderão ser utilizadas na cobertura inicial empírica, especialmente no neutropênico febril, e sobretudo naqueles pacientes de elevado risco para infecções por fungos filamentosos, a exemplo de zigomicetos.

6- ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

6.1 Voriconazol

Pacientes adultos:

- Terapia intravenosa: 6mg/kg/dose a cada 12h no 1º dia e depois 4mg/kg/dose a cada 12h, por no máximo 14 dias, devendo-se assim que possível (estabilidade clínica-hemodinâmica) e em pacientes sem comprometimento do trato gastrointestinal, fazer transição para via oral.
- Via oral: 200mg/dose ou 4mg/kg/dose de 12/12h até resolução total do quadro clínico e ausência de progressão radiológica. Período máximo de ressarcimento: 90 dias.

Pacientes pediátricos:

- Terapia intravenosa: 9mg/kg/dose de 12/12h no 1º dia seguido de 8mg/kg/dose de 12/12h; por no máximo 14 dias. Para pacientes entre 12 e 14 anos, deve-se considerar o peso e, se inferior a 50kg, seguir dose pediátrica, por no máximo 14 dias. Quando possível deve-se monitorizar o nível sérico do voriconazol.



- Via oral: 9mg/kg/dose de 12/12h até 200 mg/dose. Quando possível deve-se monitorizar o nível sérico do voriconazol.

6.2 *Anfotericina B*

As posologias previstas para as formulações lipídicas de Anfotericina B são:

- ***Anfotericina B Lipossomal: 3-5mg/kg/dia endovenoso***
- ***Anfotericina B Complexo Lipídico: 5mg/kg/dia endovenoso***

A duração do tratamento com formulações lipídicas de anfotericina B é de 06 semanas, em média, dependendo da resposta clínica, radiológica e recuperação de neutrófilos.

Para o ressarcimento da Anfotericina B utilizada, deverá o estabelecimento comprovar através de prescrição e relatório médico detalhado pelo menos uma das seguintes condições:

- Insuficiência renal no início do tratamento antifúngico, definido por Clearance de creatinina < 60 ml/min e/ou Creatinina sérica >1,5 mg/dl.
- Elevação do nível sérico de Creatinina > 2 vezes do seu valor pré- tratamento com Anfotericina B deoxicolato (valor basal), independentemente do intervalo de tempo de uso;
- Uso de 02 (dois) ou mais medicamentos nefrotóxicos de maior risco (e.g. aminoglicosídeos, vancomicina, polimixinas B ou E / colistimetato de sódio, contraste venoso iodado nos últimos 7 dias, ciclosporina);
- Histórico de reações infusionais graves com uso prévio de Anfotericina B convencional e refratárias ao preparo com pré- medicações (antitérmicos e anti-histamínicos), que deverá ser comprovado por relatório médico descrevendo sinais e sintomas relacionados às reações infusionais graves ou cópia de notificação na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Extremos de idade (i.e. > 60 anos e < 2 anos de idade).

6.3 *Anidulafungina:*

Candidemia - Terapia intravenosa para paciente adulto:



- Dose: 200 mg no 1º dia e 100 mg/dia nos dias subsequentes, até negatificação da hemocultura por, no máximo, 14 dias.

6.4 *Micafungina*:

Candidemia - Terapia intravenosa para paciente adulto:

- Dose: 100 mg a cada 24 horas, até negatificação da hemocultura por no máximo, 14 dias.

- Terapia intravenosa para paciente pediátrico:

- Dose: 2 a 4 mg/kg 24 horas (máximo 100mg), até negatificação da hemocultura por no máximo, 14 dias.

7- RESSARCIMENTO DE ANTIFÚNGICOS SISTÊMICOS

7.1 O ressarcimento destina-se exclusivamente aos estabelecimentos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS-MG) que preencherem os seguintes critérios:

- a) Possuir habilitação pelo SUS-MG como Unidades de Assistência de Alta Complexidade e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON/CACON) ou possuir vínculo jurídico ao SUS para realizar transplantes; e
- b) UNACON/CACON que estiverem atualizados com o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) devidamente comprovado pelo protocolo eletrônico de envio. Considerando as datas de solicitação de ressarcimento, devem ser consideradas as seguintes datas do envio da base anual do RHC:

1. Até 31 de julho: RHC com defasagem de 2 (dois) anos do ano vigente.
2. A partir de 1º de agosto: RHC com defasagem de 1 (um) ano do ano vigente.

- c) Hospitais autorizados a realizar transplante de órgãos e tecidos: que apresentarem cópia do relatório mensal das atividades da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos



para transplantes - CIHDOTT (Formulário III do Anexo V da Port. nº 2.600, de 21/10/2009), enviado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO do Estado de Minas Gerais (MG Transplantes), assinada pelo presidente da CIHDOTT, referente ao mês anterior a solicitação do ressarcimento de medicamentos antifúngicos.

7.2 Serão ressarcidos os antifúngicos sistêmicos utilizados no tratamento de pacientes que:

- a) Preencherem os critérios de elegibilidade de infecção fúngica invasiva (IFI) definidos neste Protocolo, e
- b) **Para pacientes onco-hematológicos:** que tenham sido regulados em data anterior ao tratamento oncológico e de acordo com sistema de regulação municipal, estadual ou Federal, na dependência de comprovação, por meio de cópia do relatório do sistema; ou
- c) Para pacientes transplantados: que comprovem vínculo ao SUS pelo Registro Geral da Central de Transplantes (RGCT) do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).
- d) Para ressarcimento deverá ser apresentado cópia do “*Laudo de Autorização de Internação Hospitalar*” (AIH) autorizada. O campo “*Procedimento Autorizado*” deverá conter um dos seguintes códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP):

Código	Procedimento
03.03.02.003-2	Tratamento de anemia aplástica e outras anemias
03.04.08.003-9	Internação para quimioterapia de leucemias agudas / crônicas agudizadas
03.04.10.001-3	Tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico
05.06.02.004-5	Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos / células-tronco hematopoéticas
05.06.02.010-0	Tratamento de intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas - pós-transplante crítico
05.06.02.011-8	Tratamento de intercorrência pós-transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas - pós-transplante crítico
03.04.10.002-1	Tratamento clínico de paciente oncológico
03.04.06.007-0	Quimioterapia de leucemia aguda / mielodisplasia / linfoma linfoblástico / linfoma de Burkitt - 1ª linha
03.04.06.008-9	Quimioterapia de leucemia aguda / mielodisplasia / linfoma



Código	Procedimento
	linfoblástico / linfoma de Burkitt - 2ª linha
03.04.06.009-7	Quimioterapia de leucemia aguda / mielodisplasia / linfoma linfoblástico / linfoma de Burkitt - 3ª linha
03.04.06.010-0	Quimioterapia de leucemia aguda / mielodisplasia / linfoma linfoblástico / linfoma de Burkitt - 4ª linha
05.05.02.004-1	Transplante de coração
05.06.02.006-1	Tratamento de intercorrência pós-transplante de coração - pós-transplante crítico
05.05.02.005-0	Transplante de fígado (órgão de doador falecido)
05.05.02.006-8	Transplante de fígado (órgão de doador vivo)
05.06.02.009-6	Tratamento de intercorrência pós-transplante de fígado - pós-transplante crítico
05.05.02.009-2	Transplante de rim (órgão de doador falecido)
05.05.02.010-6	Transplante de rim (órgão de doador vivo)
05.06.02.005-3	Tratamento de intercorrência pós-transplante de rim - pós-transplante crítico
05.05.02.007-6	Transplante de pâncreas
05.05.02.008-4	Transplante de pulmão unilateral
05.05.02.012-2	Transplante de pulmão bilateral
05.06.02.007-0	Tratamento de intercorrência pós-transplante de pulmão uni / bilateral - pós-transplante crítico
05.05.01.001-1	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea - aparentado
05.05.01.002-0	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea - não aparentado
05.05.01.003-8	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de aparentado
05.05.01.004-6	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de não aparentado
05.05.01.005-4	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico - aparentado
05.05.01.006-2	Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico - não aparentado
05.05.01.007-0	Transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea -
05.05.01.008-9	Transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico -
05.05.01.010-0	Transplante de córnea (em cirurgias combinadas)
05.05.01.009-7	Transplante de córnea

e) Para fins de ressarcimento, o solicitante deverá comprovar com relatório médico,



relatando diagnóstico, justificativa para indicação de uso de antifúngicos, duração do tratamento E cópia da prescrição do antifúngico pelo médico assistente, utilizando o FORMULÁRIO DE RELATÓRIO MÉDICO/PRESCRIÇÃO MÉDICA/ (Anexo I), assinado pelo médico assistente.

f) Para fins de ressarcimento, o solicitante deverá comprovar a efetiva dispensação dos medicamentos prescritos pelo médico assistente por meio de Relatório de Dispensação ou correlato, extraído do sistema informatizado da unidade, devidamente assinado e carimbado pelo farmacêutico responsável ou o FORMULÁRIO DE EXECUÇÃO DE PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO HOSPITALAR (Anexo II), assinado pelo farmacêutico do hospital que irá atestar a efetiva dose dispensada do medicamento.

g) Nos casos de voriconazol oral dispensado pelo hospital, além de cumprir esse protocolo, o solicitante deverá comprovar a entrega através do recibo de dispensação assinado pelo paciente, conforme FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE VORICONAZOL ORAL (Anexo III).

A SES-MG realizará o ressarcimento de antifúngicos sistêmicos para custeio complementar conforme valores fixos constantes no Anexo IV que foram baseados no levantamento de preços dos antifúngicos sistêmicos nas Atas de Registro de Preços pesquisadas do estado (ARP), no Banco de Preços em Saúde (BPS) e no Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) constantes na Lista de Preços de Medicamentos para Compras Públicas da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) e serão observados os critérios descritos no quadro abaixo:

Medicamento	Unidade de ressarcimento	Duração do tratamento (período máximo de ressarcimento)
Voriconazol 50 mg* (comprimido revestido)	Comprimido	90 dias
Voriconazol 200 mg* (comprimido revestido)	Comprimido	90 dias
Voriconazol 200 mg (pó liófilo para solução injetável)	Frasco	14 dias
Anfotericina B 5 mg/ml (complexo lipídico; suspensão injetável)	Frasco	40 dias



Anfotericina B 50 mg (lipossomal; pó liófilo para solução injetável)	Frasco	40 dias
Micafungina sódica 50 mg (pó liófilo para solução injetável)	Frasco	14 dias
Micafungina sódica 100 mg (pó liófilo para solução injetável)	Frasco	14 dias
Anidulafungina 100 mg (pó liófilo para solução injetável)	Frasco	14 dias

*Esse medicamento deverá ser dispensado pelo UNACON/CACON responsável pelo cuidado do paciente.

Caso haja incorporação ou alteração dos valores do SIGTAP que cubra os valores desses medicamentos no SUS em âmbito federal, por políticas ou programas ministeriais, prevalecerá o fluxo definido pelo Ministério da Saúde.

7.3 Fluxo para ressarcimento:

Para fins de ressarcimento, os estabelecimentos solicitantes deverão preencher o formulário “*Registro de solicitação para ressarcimento de antifúngicos*” disponível no FormSUS, acessando o sítio:

<http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=33440>.

Deverá ser preenchido um formulário para cada paciente. Todos os documentos solicitados devem ser devidamente anexados, conforme orientações do formulário.

Após o preenchimento do formulário no FormSUS, encaminhar e-mail para: dmac@saude.mg.gov.br e ac.sas@saude.mg.gov.br, notificando o preenchimento de um novo formulário.

As solicitações serão cadastradas no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) pela Diretoria de Medicamentos de Alto Custo (DMAC) da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) da SES-MG.

As solicitações serão avaliadas por profissional médico designado pela DMAC/SAF, que deverá fazer o registro do parecer no SIGAF. A DMAC/SAF dará retorno ao solicitante por meio do endereço eletrônico cadastrado no FormSUS. Em caso de deferimento, a DMAC/SAF irá



apurar os valores a serem ressarcidos e informá-los, por meio de memorando, à Diretoria de Ações Especializadas (DAE) da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS).

A DAE/SRAS procederá às etapas necessárias ao ressarcimento às instituições, obedecendo a periodicidade quadrimestral para publicação das resoluções de restituição financeira às unidades.

Os documentos utilizados para a solicitação do ressarcimento de antifúngicos sistêmicos ficarão armazenados na DAE/SRAS e na DMAC/SAF, em sua forma digital, para fins de auditoria.

*Este Protocolo foi elaborado com colaboração técnica da comissão de infecção hospitalar do Hospital das Clínicas da UFMG.



FORMULÁRIO DE RELATÓRIO MÉDICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO MÉDICO

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Fármaco prescrito/apresentação:

- () Voriconazol - Comprimido revestido - 50 mg
- () Voriconazol - Comprimido revestido - 200 mg
- () Voriconazol - Pó liófilo para solução injetável - 200 mg
- () Anfotericina B (complexo lipídico) - Suspensão injetável - 5 mg/ml
- () Anfotericina B (lipossomal) - Pó liófilo para solução injetável - 50 mg
- () Micafungina sódica - Pó liófilo para solução injetável - 50 mg
- () Micafungina sódica - Pó liófilo para solução injetável - 100 mg
- () Anidulafungina - Pó liófilo para solução injetável – 100 mg

Posologia e duração do tratamento:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____



**ANEXO II DO PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO E RESSARCIMENTO DE
ANTIFÚNGICOS SISTÊMICOS PARA TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO E
PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E ÓRGÃOS SÓLIDOS**

FORMULÁRIO DE EXECUÇÃO DE PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO HOSPITALAR

Preencher um formulário para cada fármaco/apresentação

EXECUÇÃO DE PRESCRIÇÃO/DISPENSAÇÃO HOSPITALAR

Nome do paciente: _____

Período de Internação: De: ____/____/____ a ____/____/____

Fármaco prescrito/apresentação:

- () Voriconazol - Comprimido revestido - 50 mg
- () Voriconazol - Comprimido revestido - 200 mg
- () Voriconazol - Pó liófilo para solução injetável - 200 mg
- () Anfotericina B (complexo lipídico) - Suspensão injetável - 5 mg/ml
- () Anfotericina B (lipossomal) - Pó liófilo para solução injetável - 50 mg
- () Micafungina sódica - Pó liófilo para solução injetável - 50 mg
- () Micafungina sódica - Pó liófilo para solução injetável - 100 mg
- () Anidulafungina - Pó liófilo para solução injetável – 100 mg

Posologia: _____

Tratamento prescrito foi concluído?

- () SIM
- () NÃO – Especificar motivo:

RELATÓRIO DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS

Data início (dia/mês)	Data término (dia/mês)	Quantidade/Dose

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do farmacêutico responsável:_____



**ANEXO III DO PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO E RESSARCIMENTO DE
ANTIFÚNGICOS SISTÊMICOS PARA TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO E
PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E ÓRGÃOS SÓLIDOS**

FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE VORICONAZOL ORAL

Nome da Instituição: _____

Nome do paciente: _____

Período de Internação: De: ____/____/____ a ____/____/____

Posologia: _____

Peso: _____

Data nascimento: _____

Medicamento	() Voriconazol - Comprimido revestido - 50 mg () Voriconazol - Comprimido revestido - 200 mg
Quantidade/Dose prescrita	
Quantidade/Dose dispensada ao paciente	
Nome do médico e CRM (carimbo e assinatura)	

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do responsável pela dispensação: _____

Nome do paciente ou responsável: _____

RG do paciente ou responsável: _____

Endereço: _____ n° _____

Bairro _____ Cidade _____

Telefone para contato: _____

Assinatura do paciente ou responsável: _____



**ANEXO IV DO PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO E RESSARCIMENTO DE
ANTIFÚNGICOS SISTÊMICOS PARA TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO E
PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E ÓRGÃOS SÓLIDOS**

VALORES PARA O CUSTEIO COMPLEMENTAR ATRAVÉS DE RESSARCIMENTO

Valores para o custeio complementar através de ressarcimento			
Fármaco	Forma Farmacêutica	Dosagem	Valores* (por unidade)
Voriconazol	comprimido revestido	50mg	R\$ 38,75
Voriconazol	comprimido revestido	200mg	R\$ 16,50
Voriconazol	pó liófilo para solução injetável	200mg	R\$ 1.004,63
Anfotericina B (lipossomal)	pó liófilo para solução injetável	50mg	R\$ 1.460,00
Anfotericina B (complexo lipídico)	Suspensão injetável	5mg/ml	R\$ 1.460,00
Micafungina Sódica	pó liófilo para solução injetável	50mg	R\$ 122,72
Micafungina Sódica	pó liófilo para solução injetável	100mg	R\$ 246,49
Anidulafungina	pó liófilo para solução injetável	100mg	R\$ 198,65

*Posteriormente, os valores poderão ser revistos se forem identificadas mudanças significativas nos bancos de dados utilizados.



**ANEXO V DO PROTOCOLO PARA UTILIZAÇÃO E RESSARCIMENTO DE
ANTIFÚNGICOS SISTÊMICOS PARA TRATAMENTO ONCO-HEMATOLÓGICO E
PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E ÓRGÃOS SÓLIDOS**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bitar D, Lortholary O, Le Strat Y, Nicolau J, Coignard B, Tattévin P, et al. Population-based analysis of invasive fungal infections, France, 2001-2010. *Emerg Infect Dis*. 2014 Jul;20(7):1149–55.
- Campion EW, Kullberg BJ, Arendrup MC. Invasive Candidiasis. *N Engl J Med*. 2015;373(15):1445–56.
- Clancy CJ, Nguyen MH. Finding the “missing 50%” of invasive candidiasis: how nonculture diagnostics will improve understanding of disease spectrum and transform patient care. *Clin Infect Dis*. 2013 May;56(9):1284–92.
- Colombo AL *et al*. Brazilian guidelines for Management of Candidiasis – a Join Meeting Report of Three Medical Societies; Sociedade Brasileira de Infectologia, Sociedade Paulista de Infectologia and Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. *Braz J Infect Dis*. 2013; 17(3): 283-312.
- Cornely OA *et al*. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for diagnosis and management of mucormycosis 2013. *Clin Microbiol Infect* 2014, 20 (3): 5-26.
- Cornely OA, Bassetti M, Calandra T, Garbino J, Kullberg BJ, Lortholary O, et al. ESCMID* *This guideline was presented in part at ECCMID 2011. European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. guideline for the diagnosis and management of Candida diseases 2012: non-neutropenic adult patients. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18:19–37.
- Cuervo G, Puig-Asensio M, Garcia-Vidal C, Fernández-Ruiz M, Pemán J, Nucci M, et al. A simple prediction score for estimating the risk of candidaemia caused by fluconazole non-susceptible strains. *Clin Microbiol Infect*. 2015 Jul;21(7):684.e1–9.
- De Pawl B *et al*. Revised Definitions of Invasive Fungal Disease from the European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive. *Clin Infect Dis*. 2008 June 15; 46(12): 1813–1821
- Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Tansarli GS. Continuous versus Conventional Infusion of Amphotericin B Deoxycholate: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2013;8(10):1–7.
- Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2011;52(4):e56–93.
- Hamill RJ. Amphotericin B formulations: a comparative review of efficacy and toxicity. *Drugs*. 2013 Jun;73(9):919–34.



Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Protocolo de uso de antifúngicos em pacientes imunossuprimidos e/ou criticamente enfermos. Belo Horizonte, 2017. 19p.

Johansen HK, Gøtzsche PC. Amphotericin B lipid soluble formulations versus amphotericin B in cancer patients with neutropenia. *Cochrane database Syst Rev*. 2014;9:CD000969.

Kubiak DW, Bryar JM, McDonnell AM, Delgado-Flores JO, Mui E, Baden LR, et al. Evaluation of caspofungin or micafungin as empiric antifungal therapy in adult patients with persistent febrile neutropenia: a retrospective, observational, sequential cohort analysis. *Clin Ther*. 2010 Apr;32(4):637–48.

Limper AH, Knox KS, Sarosi GA, Ampel NM, Bennett JE, Catanzaro A, et al. An official American Thoracic Society statement: Treatment of fungal infections in adult pulmonary and critical care patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Jan 1;183(1):96–128.

Pappas PG *et al*. Clinical Practice Guidelines for Management of Candidiasis: 2016 Update by Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* Dec 2015, 1-48.

Patterson T *et al*. Practice Guidelines for Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. Jun 2016, 1-60.

Pauw B De, Thomas J, Walsh, Donnelly JP, Stevens D a., Edwards JE, Calandra T, et al. Revised Definitions of Invasive Fungal Disease from the European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive. *Clin Infect Dis*. 2008;46(12):1813–21.

Shorr AF, Tabak YP, Johannes RS, Sun X, Spalding J, Kollef MH. Candidemia on presentation to the hospital: development and validation of a risk score. *Crit Care*. 2009;13(5):R156.

Van Burik JA *et al*. Posaconazole is effective as salvage therapy in zycomycosis: a restrospective summary of 91 cases. *Clin Infect Dis* 2006; 42: e61-e65.

Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, Herbrecht R, Kontoyiannis DP, Marr KA, et al. Treatment of aspergillosis: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2008 Feb 1;46(3):327–60.

Walsh TJ, Teppler H, Donowitz GR, Maertens JA, Baden LR, Dmoszynska A, et al. Caspofungin versus liposomal amphotericin B for empirical antifungal therapy in patients with persistent fever and neutropenia. *N Engl J Med*. 2004 Sep 30;351(14):1391–402.