



# **CEARÁ**

## **GOVERNO DO ESTADO**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

**Nota  
Informativa**

**Orientações para dispensação de  
medicamentos do CEF no âmbito da Saúde  
Mental.**

---

**10 de novembro de 2022**

**Nº 35**

# Nota Informativa

## Orientações para dispensação de medicamentos do CEAF no âmbito da Saúde Mental.



10 de novembro de 2022 | Nº 35

### APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), através da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS), por meio da Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologia em Saúde (COPAF) em parceria com a Coordenadoria de Logística de Produtos Biológicos (COLOB), Coordenadoria de Políticas em Saúde Mental (COPOM), e Coordenação de Assistência Farmacêutica de Fortaleza (COAF), vêm orientar acerca da dispensação de medicamentos do CEAF (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) no âmbito da saúde mental destinados aos pacientes com alta hospitalar oriundos de internações psiquiátricas.

### CONSIDERAÇÕES

Considerando a PORTARIA Nº 1.554, DE 30 DE JULHO DE 2013 que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Considerando Art. 28 do Decreto nº 7508, 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.

Orientamos sobre a documentação necessária para cadastro de pacientes no âmbito do CEAF, especificando CID, medicamentos, exames e documentos de natureza obrigatória.



10 de novembro de 2022 | Nº 35

## **1) Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo**

CID: F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8

Medicamentos: RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 1 MG/ML SOL ORAL (FR) 30 ML GRUPO 1.B, RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B.

### **Documentos obrigatórios:**

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- Prescrição médica devidamente preenchida;
- Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;
- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente; dos tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente e; da história do paciente e de sua família sobre a obesidade, diabete melito, dislipidemia, hipertensão arterial e doença cardiovascular, bem como a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia ou discinesia, tentativa ou risco de suicídio e outras comorbidades.

### **Exames Obrigatórios (com validade de 3 meses)**

- Cópia da avaliação antropométrica (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
- Cópia da avaliação da pressão arterial (resultado de três aferições em datas diferentes)
- Cópia do resultado da glicemia em jejum
- Cópia do resultado do lipidograma (dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos)

# Nota Informativa

## Orientações para dispensação de medicamentos do CEAF no âmbito da Saúde Mental.



10 de novembro de 2022 | Nº 35

### 2) Epilepsia

CID: G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8

Medicamentos: CLOBAZAM 10 MG COMP GRUPO 2, CLOBAZAM 20 MG COMP GRUPO 2, ETOSSUXIMIDA 50 MG/ML XPE (FR) 120 ML GRUPO 2, GABAPENTINA 400 MG CAP GRUPO 2, TOPIRAMATO 100 MG COMP GRUPO 2, TOPIRAMATO 25 MG COMP GRUPO 2, TOPIRAMATO 50 MG COMP GRUPO 2, VIGABATRINA 500 MG COMP GRUPO 2, LEVETIRACETAM 100 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 100 ML GRUPO 1.A, LEVETIRACETAM 250 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A, LEVETIRACETAM 750 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.A, LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2, LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2, LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2.

#### Documentos obrigatórios:

Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas: histórico clínico, exame físico geral e relato da frequência das crises epilépticas;

Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;

Prescrição médica devidamente preenchida;

Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;

Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade

### 3) Esquizofrenia

CID: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8

Medicamentos: CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A, RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B, ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A, ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A.

#### Documentos obrigatórios:

- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER (disponível no SISACIP);**
- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- Prescrição médica devidamente preenchida;
- Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou pessoa.



#### **4) Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo I**

CID: F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7

Medicamentos: CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, LAMOTRIGINA 100 MG COMP GRUPO 2, LAMOTRIGINA 25 MG COMP GRUPO 2, LAMOTRIGINA 50 MG COMP GRUPO 2, OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A, RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B.

#### **Documentos obrigatórios:**

- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios realizados;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- Prescrição médica devidamente preenchida;
- Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade.

## **5) Transtorno Esquizoafetivo**

CID: F25.0, F25.1, F25.2

Medicamentos: CLOZAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, CLOZAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 10 MG COMP GRUPO 1.A, OLANZAPINA 5 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 100 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 200 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 25 MG COMP GRUPO 1.A, QUETIAPINA 300 MG COMP GRUPO 1.A, RISPERIDONA 1 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 2 MG COMP GRUPO 1.B, RISPERIDONA 3 MG COMP GRUPO 1.B, ZIPRASIDONA 40 MG CAP GRUPO 1.A, ZIPRASIDONA 80 MG CAP GRUPO 1.A.

### **Documentos obrigatórios:**

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;
- Prescrição médica devidamente preenchida;
- Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou pessoa privada de liberdade;
- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas. Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS;
- Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos;
- Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril);
- Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes.

# Nota Informativa

## Orientações para dispensação de medicamentos do CEAF no âmbito da Saúde Mental.



10 de novembro de 2022 | Nº 35

### Exames obrigatórios\* (com validade de 3 meses):

- Cópia do exame de dosagem de Colesterol Total e Frações;
- Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico;
- Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico;
- Cópia do exame de dosagem de Triglicerídeos;
- Glicemia de jejum;
- Hemograma completo com contagem de plaquetas.

Para a execução deste fluxo é imprescindível a observância e atendimento das regras necessárias para dispensação dos medicamentos utilizados no âmbito da saúde mental.

Esta Coordenação encontra-se à disposição para informações adicionais, por meio do seguintes endereços eletrônicos [copaf.sesa@gmail.com](mailto:copaf.sesa@gmail.com)

### ELABORAÇÃO

Fernanda França Cabral – Farmacêutica – Coordenadora COPAF/SEPOS/SESA

Pedro Satiro Carvalho Junior - Farmacêutico - Orientador CEATS/COPAF/SEPOS/SESA

Mariana Maia Martins Evangelista – Farmacêutica – Coordenadora COLOB/SEAFI

Daniel Herbster Lucas – Farmacêutico - COLOB/SEAFI

Carla Renata Pinheiro Lima de Sabóia Oliveira – Enfermeira – Coordenadora COPOM/SEPOS

Nívia Tavares Pessoa de Souza – Farmacêutica – Coordenadora Assistência Farmacêutica SMS Fortaleza





# CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

[www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)

    /saudeceara