

**Secretaria da Saúde - SES**

Portaria 415/2018 -SES

Retifica a Portaria nº 333-SES e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e tendo em vista o que consta do Processo nº 201800010008408-SEI, RESOLVE:

Art. 1º. RETIFICAR o preâmbulo da Portaria nº 333/2018-SES, publicada no Diário Oficial/GO nº 22.808, de 15 de maio de 2018, somente quanto ao número de processo:

I - Onde se lê:

"Processo nº 201700010023756 - SEI"

II - Leia-se:

"Processo nº. 201800010008408 - SEI"

PUBLIQUE-SE, DÊ CIÊNCIA E CUMpra-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, aos 17 dias do mês de maio de 2018.

LEONARDO MOURA VILELA

Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76660

Portaria PAD nº 81/2018 -SES

Instaura Processo Administrativo Disciplinar e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas, e com fulcro no art. 328 da Lei Estadual nº 10.460/88 - Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado de Goiás e suas Autarquias, RESOLVE:

RESOLVE:

Art. 1º. INSTAURAR Processo Administrativo Disciplinar, para apurar possível transgressão disciplinar imputada a servidora Gelse Gonzalez da Silva, CPF nº 012.108.768-92, estatutária, ocupante do

cargo de Técnico em Enfermagem, lotada no Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos - Leide das Neves Ferreira.

A abertura do presente procedimento faz-se necessária face a informação e a documentação juntadas por parte da Coordenação da Folha de Pagamento, bem como a sugestão da Gerência de Correições, através do Despacho nº 63/2018 SEI-GECOR, ambas desta Secretaria, inclusas nos autos de nº 201700010019158 SEI, as quais demonstram que a supracitada servidora supostamente faltou, sem justa causa, ao serviço por 66 (sessenta e seis) dias intercalados, durante o período de 12 (doze) meses, entre outubro de 2016 a outubro de 2017.

Portanto, pela conduta retromencionada, a servidora transgrediu, em tese, o artigo 303, inciso LXI - *faltar, sem justa causa, ao serviço por 45 (quarenta e cinco) dias interpolados, durante o período de 365 (trezentos e cinquenta e cinco) dias*, da Lei Estadual nº 10.460/88.

Art. 2º. DETERMINAR, por parte da Gerência da Secretaria-Geral do Gabinete, a publicação desta portaria e o envio simultâneo, via SEI, à **Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças - SGPF**, para as devidas anotações no assentamento da servidora e à **Gerência de Correições**, para distribuição.

Art. 3º. DETERMINAR que os membros da competente Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, cientifiquem a interessada e a Controladoria-Geral do Estado, quanto a instauração do presente procedimento, bem como dê início aos seus trabalhos, em cumprimento ao disposto no art. 1º, com dedicação à tarefa que ora lhes é deferida, podendo reportar-se diretamente aos demais órgãos da Administração Pública, em diligências necessárias à instrução processual.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, Goiânia, aos 23 dias do mês de abril de 2018.

LEONARDO MOURA VILELA

Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76667

Portaria nº 217/2018-GAB/SES-GO

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Complementares para o Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Grave a Muito Grave no Estado de Goiás.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, usando de suas atribuições legais, e considerando:

- a necessidade de atualizar a terapêutica farmacológica utilizada no tratamento de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC no Estado de Goiás;
- as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;
- que os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem, conforme Art. 28, § 1º do Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011;
- a Portaria Ministerial nº 609, de 06 de junho de 2013, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC no âmbito do SUS;
- a necessidade de garantir a prescrição segura e racional dos medicamentos para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC grave ou muito grave, por meio de um instrumento que traz orientações quanto às indicações, para a solicitação e os critérios de tratamento;
- as Portarias nº 285/2013-GAB-SES/SES-GO, publicada no Diário Oficial nº 21.743 de 02 de janeiro de 2014 e Portaria 199/2018 - SES, publicada no Diário Oficial nº 22.762 de 06 de março de 2018, que aprovaram a incorporação dos medicamentos brometo de tiotrópio, salmeterol + fluticasona e brometo de glicopirrônio ao elenco padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC em Goiás;

RESOLVE:

Art. 1º- Fica aprovado, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Complementares, para tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC grave ou muito grave, no Estado de Goiás.

Parágrafo único. O Protocolo, objeto desta Portaria, que contém o conceito geral da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter estadual e deve ser utilizado na regulação do acesso assistencial, autorização e registro dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º- É obrigatória a cientificação ao paciente, ou a seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento preconizado para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica grave ou muito grave, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, conforme o modelo integrante do Protocolo.

Art. 3º- O Estado e os municípios, conforme sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com a doença, em todas as etapas descritas no Protocolo anexo a esta Portaria.

Art. 4º-Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º- Fica revogada a Portaria nº 114/2014-GAB/SES-GO, publicada no Diário Oficial/GO nº 21.801, de 27 de março de 2014.

CUMpra-SE E PUBLIQUE-SE.

Gabinete da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 16 dias do mês de março de 2018.

Leonardo Moura Vilela

Secretário de Estado da Saúde de Goiás

ANEXO DA PORTARIA 217/2018

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS COMPLEMENTARES PARA TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA GRAVE OU MUITO GRAVE, NO ESTADO DE GOIÁS.

1 - INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), segundo as definições da *American Thoracic Society*, da *European Respiratory Society*, GOLD e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, é uma doença prevenível e tratável, caracterizada por obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo fumo. A DPOC, além de comprometer os pulmões, provoca consequências sistêmicas significativas. Embora a DPOC não tenha cura, atualmente já se conhece muito da sua fisiopatologia e acometimento sistêmico, para concluir que o tratamento adequado pode diminuir a taxa de declínio da função pulmonar e melhorar vários dos sintomas gerais da doença.

Nos últimos anos, a DPOC tem sido a quinta causa de morte no Brasil, sendo que o número de óbitos variou em torno de 35 mil anuais de 2007 a 2010. Em média, 130 mil internações anuais ocorreram no SUS de 2007 a 2012. A doença representa a quinta causa de internação em maiores de 40 anos. Estima-se a existência de, aproximadamente, 7,5 milhões de pacientes com DPOC, no Brasil. Há relatos que mostram que o governo gastou no tratamento de DPOC 20% mais do que com todos os pacientes com tumores malignos juntos e que o número de internação foi 10% superior às internações por neoplasia, em 2004. Os estudos mostram que, nos próximos quinze anos, a DPOC deverá ser a terceira causa mais frequente de morte no mundo, atrás apenas do infarto e da doença vascular cerebral. Assim, controlar a DPOC poderá ter um impacto importante na redução dos gastos públicos, com a diminuição do número de idas a pronto atendimento, das internações e do absentismo no trabalho.

Assim sendo, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), por meio deste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Complementares, amplia a linha de cuidado para tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), padronizando os medicamentos incorporados ao elenco estadual pela Portaria GAB/SES-GO n.º 285/2013. Tais medicamentos são complementares aos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE - CID-10

- J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior;
- J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada;
- J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica.

3 - DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de DPOC deve basear-se nos seguintes critérios:

- I - Idade igual ou superior a 40 anos, com história de exposição a fatores de risco como: tabagismo e/ou exposição à combustão de lenhas, poeiras ou fumaças ocupacionais;
- II - Sintomas respiratórios crônicos como: tosse e dispneia progressiva aos esforços físicos;
- III - Espirometria, realizada em situação clínica estável, com obstrução do fluxo aéreo, determinada por relação VEF1/CVF (volume expiratório forçado no primeiro segundo/Capacidade vital forçada), pós broncodilatador, menor ou igual 070, não totalmente reversível à espirometria é de grande utilidade não somente para o diagnóstico, mas também para o acompanhamento clínico, ajustes terapêuticos e orientação quanto ao prognóstico;
- IV - A gasometria arterial pode mostrar hipoxemia e hipercapnia nos pacientes em estágio mais avançado da doença e orientar terapêuticas adicionais como a oxigenoterapia domiciliar contínua e, para casos ainda mais avançados, o suporte ventilatório mecânico.

A tosse é o sintoma mais encontrado, pode ser diária ou intermitente e pode preceder a dispneia ou aparecer simultaneamente a ela.

A falta de ar para realização de esforços físicos é o sintoma mais associado à incapacidade, redução da qualidade de vida e pior prognóstico, e é geralmente progressiva com a evolução da doença. Muitos pacientes só referem falta de ar numa fase mais avançada da doença, pois atribuem parte da incapacidade física ao envelhecimento e à falta de condicionamento físico. A escala de dispneia do MRC (Medical Research Council) nos permite quantificar mais objetivamente o grau de dispneia e tem boa correlação com o prognóstico da DPOC.

Quadro I - Escala de dispneia do MRC modificada

| |
|---|
| 0 - Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso. |
| 1 - Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira. |
| 2 - Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade. |
| 3 - Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano. |
| 4 - Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho. |

(Modificado de: Ferrer M, Alonso J, Morera J, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1997;127:1072-9)

Na avaliação complementar diagnóstica inicial, outros exames podem ser de grande utilidade para fazer diagnóstico diferencial, identificar comorbidades relacionadas e estabelecer o perfil de risco cardiovascular.

Destes destacam-se: RX de tórax, hemograma, eletrocardiograma de repouso e ecocardiografia.

A dosagem de alfa 1 antitripsina está indicada apenas para os casos de enfisema pulmonar de início precoce, especialmente em não fumantes.

4 - CLASSIFICAÇÃO

A DPOC se subdivide em estádios, de acordo com a classificação clinicofuncional, descrita a seguir:

Quadro II - Classificação da gravidade da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

| ESTÁDIO | DEFINIÇÃO |
|----------------------|---|
| • I (DPOC leve) | • VEF1/CVF < 0,7 ou • VEF1 pós BD ≥ 80% do normal previsto ou • Com sintomas respiratórios crônicos |
| • II (DPOC moderada) | • VEF1/CVF < 0,7 ou • VEF1 pós BD ≥ 50% e < 80% do normal previsto ou • Com sintomas respiratórios crônicos |

| ESTÁDIO | DEFINIÇÃO |
|--------------------|---|
| • III (DPOC grave) | • VEF1/CVF < 0,7 ou • VEF1 pós BD ≥ 30% e < 50% do normal previsto ou • Com dispneia MRC grau 2 ou 3 ou • Hipoxemia (PaO2 < 60 mmHg) sem hipercapnia |



| ESTÁDIO | DEFINIÇÃO |
|-------------------------|--|
| • IV (DPOC muito grave) | <ul style="list-style-type: none"> • VEF₁/CVF < 0,7 ou • VEF₁ pós BD < 30% do normal previsto ou • Dispneia MRC grau 4 ou • Hipoxemia (PaO₂ < 60 mmHg) ou • Hipercapnia (PaCO₂ > 50 mmHg) ou • Sinais clínicos de insuficiência cardíaca |

VEF₁: volume expiratório forçado no primeiro segundo.

CVF: capacidade vital forçada.

BD: broncodilatador.

PaO₂: pressão parcial de oxigênio no sangue arterial.

PaCO₂: pressão parcial de gás carbônico no sangue arterial.

5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos os pacientes que preencherem os dois critérios:

I - Diagnóstico clínico e espirométrico de DPOC grave (estádio III) ou muito grave (estádio IV), descritos no quadro II;

II - Apresentação dos documentos emitidos por médico especialista em Pneumologia, conforme Anexo 1.

6 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes que preencherem pelo menos um dos critérios:

I - Discordância com os termos expostos no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;

II - Diagnóstico de outras doenças respiratórias que não DPOC;

III - DPOC leve (estádio I) e moderada (estádio II), conforme Quadro II;

IV - Com contraindicação ou hipersensibilidade para uso dos medicamentos descritos, sendo que:

- O tiotrópio é contraindicado para pacientes com história de alergia à atropina ou a seus derivados, por exemplo, ipratrópio ou oxitrópio, ou a qualquer componente que faça parte da sua fórmula;

- A associação salmeterol + fluticasona é contraindicada para pacientes com alergia conhecida a qualquer componente da fórmula;

- O glicopirrônio é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade ao glicopirrônio ou a qualquer um dos excipientes das preparações;

V - Tabagismo atual, exceto para os impossibilitados de abandonar o fumo por retardo mental ou doença psiquiátrica grave (comprovada mediante laudo médico). Os demais devem apresentar declaração de que estão frequentando programa antitabagismo na rede pública do seu município ou declaração do Programa de que estão aguardando vaga no mesmo.

7 - CASOS ESPECIAIS

Pacientes com sintomas respiratórios crônicos, fatores de risco para a doença e relação VEF₁/CVF superior a 0,70, mas abaixo do limite inferior do previsto para a idade e altura, poderão ser diagnosticados com DPOC. Nesses casos especiais, recomenda-se avaliação para a elucidação diagnóstica e a apresentação em relatório médico de critérios de diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares (asma, bronquiectasias e outras). Indivíduos sintomáticos respiratórios com fator de risco para DPOC e com espirometria com relação VEF₁/CVF dentro dos valores previstos devem ser reavaliados anualmente, por meio de anamnese e espirometria. O aconselhamento antitabagismo deve ser realizado em todos os casos de tabagismo ativo, independentemente do resultado da espirometria.

8- TRATAMENTO

O tratamento da DPOC está intimamente ligado a avaliação do paciente, portanto, uma vez diagnosticada a doença, o efetivo gerenciamento do tratamento deverá ser baseado na avaliação individualizada se pautando na ocorrência dos sintomas e no risco de futuras complicações. É consenso que o tratamento poderá seguir de forma medicamentosa, possuir outras formas de manejo não medicamentoso ou a união destes.

A *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) tem proposto em seu último guia para o diagnóstico, manejo e prevenção (2017) que a avaliação do impacto do tratamento deve ser baseado em uma combinação que leva em consideração os sintomas e os exames, para que sejam alcançadas linhas de tratamento. Neste sentido ocorreu o refinamento da ferramenta intitulada de "ABCD" a qual separa os pacientes em grupos de tratamento baseados no conjunto dos resultados dos exames (espirometria), os sintomas do paciente e o histórico de exacerbações. Tal avaliação permanece vital para o diagnóstico, prognóstico e consideração de outras abordagens terapêuticas importantes.

No tratamento farmacológico dos pacientes com DPOC se encontram diversos grupos farmacológicos como os broncodilatadores beta-2 agonistas de curta duração (B2CA ou SABA) e de longa duração (B2LA ou LABA); broncodilatadores anticolinérgicos (muscarínico) de curta duração (SAMA) e longa duração (LAMA) e Corticosteroides inalatórios e não inalatórios (sistêmicos). Existe ainda a recomendação nos Consensos citados de que a depender do nível e frequência das exacerbações a associação entre os grupos farmacológicos é uma alternativa terapêutica, como por exemplo, LAMA+LABA ou LABA+IC.

Um dos grupos farmacológicos que fazem parte das estratégias de tratamento dos pacientes com DPOC são os antagonistas anticolinérgicos de ação longa, também chamados de LAMAs. O uso desta classe de medicamentos está preconizada, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia em seu II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC - 2004 e do GOLD 2017 em pacientes que apresentem estadiamento da DPOC superiores a doença moderada (estádios II, III e IV).

Atualmente os representantes desta classe farmacológico, os LAMAs, com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) são:

-Brometo de tiotrópio: é um agente antimuscarínico específico, de longa duração, comumente denominado de anticolinérgico. O brometo de tiotrópio apresenta afinidade similar aos subtipos de receptores muscarínicos M1 ao M5. Nas vias aéreas, a inibição de receptores M3 promove relaxamento da musculatura lisa. A natureza competitiva e reversível desse antagonismo foi demonstrada em estudos com receptores de origem humana e animal e em preparações de órgãos isolados. Nos estudos não clínicos *in vitro* e *in vivo*, os efeitos broncoprotetores foram dose-dependentes e duraram por mais de 24 horas. A longa duração do efeito é provavelmente devido à sua dissociação muito lenta dos receptores M3, apresentando uma meia-vida de dissociação significativamente maior que a observada com o ipratrópio. Por ser um anticolinérgico Nquaternário, o tiotrópio é topicamente broncoseletivo, quando administrado por inalação, demonstrando uma margem terapêutica aceitável antes de apresentar efeitos anticolinérgicos sistêmicos. A dissociação dos receptores M2 é mais rápida que dos receptores M3; o que, em estudos funcionais, *in vitro*, levou à seletividade (controlada cineticamente) ao subtipo de receptor M3 em relação ao M2. A elevada potência e lenta dissociação do receptor promovem broncodilatação importante e de longa duração nos pacientes com DPOC.

A broncodilatação observada após a inalação de tiotrópio é fundamentalmente um efeito local (nas vias aéreas) e não um efeito



sistêmico.

- **Brometo de glicopirrônio:** funciona através do bloqueio da ação broncoconstritora da acetilcolina nas células do músculo liso das vias aéreas, dilatando assim as vias aéreas. Dos cinco subtipos conhecidos de receptores muscarínicos (M1-5), apenas os subtipos M1-3 tem uma função fisiológica conhecida no pulmão humano. O brometo de glicopirrônio é um antagonista do receptor muscarínico de alta afinidade destes 3 subtipos de receptor. Foi demonstrada uma seletividade 4 a 5 vezes maior aos receptores humanos M3 e M1 em comparação com o receptor humano M2 em estudos de competição de ligação. Teve um rápido início de ação conforme evidenciado pela associação/dissociação dos parâmetros cinéticos do receptor observado e pelo início de ação após a inalação nos estudos clínicos. Após a inalação oral utilizando o inalador específico, o glicopirrônio foi rapidamente absorvido e alcançou o pico nos níveis plasmáticos 5 minutos após a inalação da dose, tendo ação esperada de no mínimo 24 horas.

- **Brometo de umeclidínio:** é um antagonista de receptor muscarínico de ação prolongada (também chamado de anticolinérgico). Deriva da quinuclidina, um antagonista do receptor muscarínico com atividade em vários subtipos de receptores colinérgicos. O Umeclidínio exerce sua atividade broncodilatadora inibindo competitivamente a ligação da acetilcolina com os receptores muscarínicos no músculo liso das vias aéreas. Demonstrou reversibilidade lenta *in vitro* no subtipo de receptor muscarínico humano M3 e ação prolongada *in vivo* quando administrado diretamente nos pulmões em modelos pré-clínicos. Depois da administração inalatória de umeclidínio em voluntários saudáveis, a C_{máx} ocorreu em 5 a 15 minutos com duração da ação de 24 horas.

A reunião de evidência sumarizada com precisão e poder de análise tem sido recurso cada vez mais importante no setor de saúde. Neste sentido, revisões sistemáticas e meta-análises tem sido ferramentas importantes para a prevenção e tratamento de patologias diversas. Levando-se em consideração estes valores, cabe aqui ressaltar a publicação de uma revisão sistemática e meta-análise publicada no ano de 2015 que inclui 24 estudos abrangendo 21.311 pacientes o qual comparou a eficácia de quatro LAMAs (Tiotrópio, Glicopirrônio, Umeclidínio e Aclidínio) utilizados como monoterapia na DPOC, onde foi concluído que o perfil de eficácia entre os LAMAs citados no estudo é, pelo menos, igual ao do tiotrópio e que há poucas evidências para sugerir qualquer um dos LAMAs seria mais eficaz do que os demais.²⁷

Os LAMAs padronizados neste protocolo (brometo de tiotrópio e brometo de glicopirrônio) serão dispensados de acordo com os critérios de inclusão/exclusão e adicionalmente para os seguintes casos:

a) para aqueles pacientes que não apresentam melhora clínica apenas com broncodilatador de longa duração isoladamente **ou** que estejam apresentando perda significativa da função pulmonar (VEF₁) no decorrer do acompanhamento de sua doença (mediante a apresentação dos exames comprobatórios);

b) para aqueles pacientes que apresentam exacerbações frequentes (≥ 2 exacerbações ao ano) **ou** ainda com hiperinsuflação pulmonar importante (VR ≥ 150%).

Atualmente o uso prolongado de corticoides inalatórios (CI) não se encontra recomendado, sendo o uso dos CI associados a um LABA uma das opções terapêuticas com o objetivo de reduzir o número de exacerbações da DPOC e de melhorar a qualidade de vida e a função pulmonar.

Salmeterol + fluticasona é uma associação de dois medicamentos, um broncodilatador de longa duração (salmeterol xinafoato) com um anti-inflamatório (propionato de fluticasona). O **salmeterol** é um broncodilatador de longa duração que atua de forma seletiva nos receptores beta-2, provocando broncodilatação que dura por até 12 horas. A **fluticasona** é um anti-inflamatório corticosteroide. Esta associação atua nos brônquios, como dilatador de longa duração e como anti-inflamatório no tratamento de manutenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Seus efeitos duram, aproximadamente, 12 horas.

8.1 - FÁRMACO

- **Brometo de tiotrópio:** solução para inalação de 2,5 mcg de tiotrópio por jato inalado (*puff*).

- **Brometo de glicopirrônio** : pó para inalação (cápsulas) contendo 63 mcg de brometo de glicopirrônio (equivalente a 50 mcg de glicopirrônio).

- **Salmeterol + fluticasona:** pó inalante de 50 mcg + 250 mcg e suspensão propelente de 25 mcg + 125 mcg.

8.2 - ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

- **Brometo de tiotrópio 2,5 mcg (solução para inalação):** dose diária de 02 (dois) puffs ou jatos, administrada por via inalatória uma vez ao dia. Quantidade máxima de 60 (sessenta) puffs ou jatos por mês.

- **Brometo de glicopirrônio** pó para inalação (cápsulas) contendo 50 mcg de glicopirrônio: dose diária de 50 mcg utilizando-se o inalador, administrada por via inalatória, uma vez ao dia. Quantidade máxima de 30 (trinta) aplicações por mês.

- **Salmeterol 50 mcg + fluticasona 250 mcg (pó inalante):** dose diária de uma inalação de 50 mcg/250 mcg, administrada duas vezes ao dia. Quantidade máxima de 60 (sessenta) doses por mês.

- **Salmeterol 25 mcg + fluticasona 125 mcg (suspensão propelente):** dose diária de duas inalações de 25 mcg/125mcg, administrada duas vezes ao dia. Quantidade máxima de 120 (cento e vinte) doses por mês.

9 - MONITORIZAÇÃO

Regularmente, os pacientes incluídos nesta linha de cuidado para DPOC deverão ser acompanhados, pelos seus respectivos médicos assistentes especialistas em Pneumologia, quanto aos sintomas e a frequência das exacerbações, à adesão ao tratamento e à tolerabilidade aos efeitos adversos.

Para a continuidade da dispensação dos medicamentos, os pacientes deverão, ainda, apresentar os exames conforme descrito no Anexo 3.

10 - REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

As solicitações dos medicamentos serão protocolizadas na Central **Estadual** de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC) e/ou nas Regionais de Saúde integradas, onde serão avaliadas e autorizadas conforme normas e critérios estabelecidos neste Protocolo e seus Anexos.

Na solicitação inicial, bem como na solicitação referente à monitorização, o médico solicitante (assistente) deverá ser especialista em Pneumologia.

11 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Portaria SAS/MS nº 609, de 06/06/2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC.

2. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC - 2004 - Jornal Brasileiro de Pneumologia - Volume 30 - Suplemento 5 - Novembro de 2004 - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

3. Sítio eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária: www.anvisa.gov.br.

4. Site eletrônico do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.
5. Site eletrônico DATASUS: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
6. Site eletrônico do Laboratório Boehringer Ingelheim do Brasil: www.boehringer-ingelheim.com.br.
7. Site eletrônico do Laboratório GlaxoSmithKline Brasil Ltda: www.gsk.com.br.
8. Platino: A population based study on the prevalence of COPD in São Paulo, Brazil. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004; 169 (7): A 222
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. <http://datasus.gov.br>.
10. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013 Feb 15; 187 (4): 347-65.
11. Portaria SAS/MS nº 442, de 13/08/2014. Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS. DOU 2014; 158
12. Scellì BR, MacNee W. Standards for Diagnosis and treatment of patients with COPD; a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J.* 2004 Jun; 23(6):932-46.
13. Salpeter SR. Bronchodilators in COPD: impact of beta-agonists and anticholinergics on severe exacerbations and mortality. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2007; 2(1):11-8.
14. Vogelmeier C, Hederer B, Glaab T, Schmidt H, Rutten-van Molken MP et al. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. *N Engl J Med.* 2011 Mar 24; 364 (12):1093-103.
15. Welsh EJ, Cates CJ, Poole P. Combination inhaled steroid and long-acting beta 2 -agonist versus tiotropium for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5): CD007891.
16. Wedzicha JA, Calverley PM, Seemungal TA, Hagan G, Ansari Z. The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008 Jan 1;177(1):19-26.
17. Aaron SD, Vandemheen KL, Fergusson D, Maltais F, Bourbeau J, Goldstein R, et al. Tiotropium in combination with placebo, salmeterol for treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med.* Apr 17; 146 (8):545-55.
18. Puhan MA, Bachmann LM. Inhaled drugs to reduce exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a network meta-analysis. *BMC Med.* 2009; 7:2.
19. Karner C, Cates CJ. Combination inhaled steroid and long acting beta 2 agonist in addition to tiotropium versus tiotropium or combination alone for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (3): CD008532.
20. Nannini LJ, Cates CJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and long-acting beta-agonist in one inhaler versus long-acting beta-agonists for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (4): CD006829.
21. Appleton S, Jones T, Poole P, Pilotto L, Adams R et al. Ipratropium bromide versus short acting beta 2 agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (2): CD 001387.
22. Celli BR, Thomas NE, Anderson JA, Ferguson GT et al Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in chronic obstructive pulmonary disease: results from the TORCH study. *Am J. Respir Crit Care Med.* 2008 Aug 15; 178 (4): 332-8.
23. Decramer M, Celli B, Kesten S, Lystig T, Mehra S, Effect of tiotropium on outcomes in patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease (UPLIFT): a prespecified subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Lancet.* 2009 Oct 3; 374 (9696):1171-8.
24. Yang IA, Fong KM, Sim EH, Black PN, Lasserson TJ. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease, *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (2): CD 002991.
25. Frith PA. Combination therapy with long-acting beta-agonists plus inhaled corticosteroids is no more effective than LABA monotherapy for mortality outcomes and severe exacerbations in moderate to very severe COPD and associated with serious effects. *Evid Based Med.* 2010 Jun; 15 (3):78-82.
26. McCrory DC, Brown CD. Inhaled short-acting beta2-agonists versus ipratropium for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (2): CD 002984.
27. ISMAILA A. et al. (2015). "Comparative efficacy of long-acting muscarinic antagonist monotherapies in COPD: a systematic review and network meta-analysis." *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 10:2495.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Site eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bulário Eletrônico: <http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>. Acesso em: 11 de agosto, 2017.
29. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). GOLD 2017 global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2017 report. November 17, 2016. <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>. Acesso em: 21 de agosto, 2017.
30. Site eletrônico do Jornal Brasileiro de Pneumologia. Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: Perguntas e respostas: <http://jornaldepneumologia.com.br/imagebank/pdf/Recomendacoes-DPOC-AOP.pdf>. Acesso em 21 de agosto, 2017.
31. D'Urzo A, Ferguson GT, van Noord JA, et al. Efficacy and safety of once-daily NVA237 in patients with moderate-to-severe COPD: the GLOW1 trial. *Respir Res.* 2011;12:156.
32. Kerwin E, Hebert J, Gallagher N, et al. Efficacy and safety of NVA237 versus placebo and tiotropium in patients with COPD: the GLOW2 study. *Eur Respir J.* 2012;40:1106-1114.
33. D'Urzo A, Kerwin E, Overend T, et al. Once daily glycopyrronium for the treatment of.
34. COPD: pooled analysis of the GLOW1 and GLOW2 studies. *Current Medical Research & Opinion.* 2014;Vol.30, nº3, 493-508.
35. Chapman KR, Beeh KM, Beier J, et al. A blinded evaluation of the efficacy and safety of glycopyrronium, a once-daily long-acting muscarinic antagonist, versus tiotropium, in patients with COPD: the GLOW5 study. *BMC Pulm Med.* 2014;14:4.

12 - ANEXOS

Anexo 1 - Relação de Documentos/Exames necessários para abertura de processo de solicitação dos medicamentos contemplados neste Protocolo Estadual.

a) Documentos:

- 1 - Fotocópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento do paciente;
- 2 - Fotocópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do paciente;
- 3 - Fotocópia do Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone) do paciente;
- 4 - Fotocópia do Cartão SUS do paciente. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na **Central de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC)**.
- 5 - LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), ade-



quadramente preenchido;

6 - Prescrição médica, devidamente preenchida pelo médico especialista em Pneumologia;

7 - Relatório médico, devidamente preenchido pelo médico especialista em Pneumologia;

8 - Formulário Médico para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estádios III ou IV, devidamente preenchido pelo médico especialista em Pneumologia (ver Anexo 06).

9 - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, conforme Anexo 4;

10 - Termo de Compromisso para Monitorização, conforme Anexo 5.

b) Exames necessários para abertura de processo:

1 - Fotocópia do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil;

2 - Fotocópia do exame de espirometria, demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador;

3 - Fotocópia da Gasometria arterial **apenas** quando a hipoxemia e/ou a hipercapnia forem os critérios para classificação da DPOC nos Estádios III ou IV.

Anexo 2 - Relação de Documentos/Exames necessários para renovação trimestral do tratamento medicamentoso, sem a exigência de monitorização:

a) *Documentos.

1 - LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), adequadamente preenchido;

2 - Prescrição médica, devidamente preenchida pelo médico solicitante.

*Para a renovação sem monitorização, o médico solicitante não necessita ser especialista em Pneumologia.

b) Para renovação trimestral sem monitorização, não é necessária a apresentação de exames.

Anexo 3 - Relação de Documentos/Exames necessários para renovação anual do cadastro e continuidade da dispensação do medicamento, com a exigência de monitorização:

a) Documentos:

1 - LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), adequadamente preenchido;

2 - Prescrição médica, devidamente preenchida pelo médico especialista em Pneumologia;

3 - Relatório médico, devidamente preenchido pelo médico especialista em Pneumologia;

4 - Formulário Médico para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estádios III ou IV, devidamente preenchido pelo médico especialista em Pneumologia (ver Anexo 06).

b) Exames necessários para renovação anual com monitorização:

1 - Fotocópia do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil;

2 - Fotocópia do exame de espirometria, demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador.

Anexo 4 - Modelo do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Fluticasona, salmeterol, tiotrópio, glicopirrônio.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de fluticasona, salmeterol, tiotrópio, glicopirrônio indicados para o tratamento da **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____

_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios: diminuição das internações hospitalares, diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença, melhora da condição de saúde e da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos, devendo comunicar imediatamente o médico sobre a ocorrência de qualquer um destes sintomas:

- quanto aos riscos na gravidez, esses fármacos são classificados na **categoria C**; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- efeitos adversos da fluticasona: rouquidão, candidíase (na boca e na garganta), reações de hipersensibilidade (cutânea, edema facial, edema orofaríngeo, bracoespasmo e anafiláticas), síndrome de Cushing, manifestações da síndrome de Cushing, supressão adrenal, retardo do crescimento em crianças e adolescentes, diminuição da densidade óssea, catarata, glaucoma, hiperglicemia, ansiedade, distúrbios do sono e alterações de comportamento;

- efeitos adversos do salmeterol: tremor, dor de cabeça e palpitações subjetivas, arritmias cardíacas (como fibrilação atrial, taquicardia supraventricular e extrasístoles), irritação orofaríngea, câibra, artralgia, hiperglicemia, reações de hipersensibilidade (incluindo reações anafiláticas como edema e angioedema), broncoespasmo e choque anafilático;

- efeitos adversos do brometo de tiotrópio: boca seca, tontura, insônia, dor de cabeça, palpitações, tosse, faringite, disфонia, broncoespasmo, candidíase orofaríngea, constipação, gengivite, estomatite, erupção cutânea (*rash*), prurido, edema angioneurótico, urticária e hipersensibilidade (inclusive reações imediatas);

- efeitos adversos do brometo de glicopirrônio: boca seca, gastroenterite, dispepsia, insônia, dor musculoesquelética, dor no pescoço, hiperglicemia, batimentos cardíacos irregulares, rinite e reações alérgicas (inchaço da língua, lábios e face, erupção cutânea e coceira).

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos;

- a associação salmeterol + fluticasona é contraindicada para pacientes com alergia conhecida a qualquer componente da fórmula;

- o tiotrópio é contraindicado em pacientes com histórico de hipersensibilidade conhecida à atropina ou aos seus derivados, por exemplo, ipratrópio ou oxitrópio, ou a qualquer um dos componentes da fórmula.

- o glicopirrônio é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade ao glicopirrônio ou a qualquer um dos excipientes das preparações e deve ser utilizado com cautela em pacientes com glaucoma de ângulo fechado ou retenção urinária.

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(s)

medicamento(s).

Autorizo a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () **Sim.** () **Não.**

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

() **salmeterol + fluticasona.** () **brometo de tiotrópio.** () **brometo de glicopirrônio.**

| | | |
|--|-------|-------|
| 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 medicamentos padronizados no elenco estadual para tratamento medicamentoso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Anexo 5 - Modelo do Termo de Compromisso para Monitorização

1ª Via Farmácia

TERMO DE COMPROMISSO PARA MONITORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre o período e os exames que constituem a monitorização estabelecida para o tratamento da **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)** e que devo trazer os seguintes exames, **a cada ano**:

- Fotocópia do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil, com validade máxima de 180 dias;
- Fotocópia do exame de espirometria, demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador, com validade máxima de 180 dias.

Nome do responsável legal _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Observação: A entrega do medicamento ocorrerá nas seguintes situações:

- ao próprio paciente ou responsável legal: mediante apresentação de documento pessoal com foto;
- aos parentes de 1º grau do paciente: mediante apresentação de 02 cópias do documento pessoal com foto do familiar;
- à(s) pessoa(s) indicada(s) pelo paciente ou responsável legal: mediante apresentação de autorização por escrito, com validade de 01 ano, a partir da data do reconhecimento de firma, e mais 02 cópias do documento pessoal com foto da(s) pessoa(s) autorizada(s).

2ª Via do Paciente

TERMO DE COMPROMISSO PARA MONITORIZAÇÃO

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre o período e os exames que constituem a monitorização estabelecida para o tratamento da **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)** e que devo trazer os seguintes exames, **a cada ano**:

- Fotocópia do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil, com validade máxima de 180 dias;
- Fotocópia do exame de espirometria, demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador, com validade máxima de 180 dias.

Nome do responsável legal _____

Documento de identificação do responsável legal: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Observação: A entrega do medicamento ocorrerá nas seguintes situações:

- ao próprio paciente ou responsável legal: mediante apresentação de documento pessoal com foto;
- aos parentes de 1º grau do paciente: mediante apresentação de 02 cópias do documento pessoal com foto do familiar;
- à(s) pessoa(s) indicada(s) pelo paciente ou responsável legal: mediante apresentação de autorização por escrito, com validade de 01 ano, a partir da data do reconhecimento de firma, e mais 02 cópias do documento pessoal com foto da(s) pessoa(s) autorizada(s).

Anexo 6 - Formulário Médico para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estádios III ou IV.

Formulário Médico para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estádios III ou IV.

● Identificação do paciente:

| |
|-------------------|
| Nome do Paciente: |
|-------------------|

● Tabagista:

() Atual. () Progresso. () Outro fator de risco: _____

● Evolução:

Possui exacerbações infecciosas frequentes? Sim (). Não ().

Se sim, quantos episódios nos últimos 12 meses? _____.

● Cor pulmonale:

() Sim. () Não.

● Classificação:

() Estádio III (DPOC grave).

() Estádio IV (DPOC muito grave).

● Pontuação no Teste de Avaliação da DPOC (CAT®)*: _____

* COPD Assessment Test

● Pontuação na Escala mMRC (escala de dispneia do Medical Research Council modificada) : _____

Assinatura e carimbo do médico especialista em Pneumologia

Data: ____/____/____.

Protocolo 76710

Portaria PAD nº 82/2018 -SES

Instaura Processo Administrativo Disciplinar e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas, e com fulcro no art. 328 da Lei Estadual nº 10.460/88 - Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado de Goiás e suas Autarquias,

RESOLVE:

Art. 1º. INSTAURAR Processo Administrativo Disciplinar, para apurar possível transgressão disciplinar imputada a servidora Ericka Thaisa Ataíde, CPF nº 705.861.281-15, estatutária, ocupante do cargo de Auxiliar Técnico de Saúde, lotada na Regional de Saúde Centro Sul - Aparecida de Goiânia.

A abertura do presente procedimento faz-se necessária face a informação e a documentação juntadas pela Coordenação da Folha de Pagamento, bem como sugestão da Gerência de Correções, ambas desta Secretaria, incluídas nos autos de nº 201700010019157 SEI, as quais demonstram que a supracitada servidora supostamente faltou, sem justa causa, ao serviço por mais de 63 (sessenta e três) dias intercalados, durante o período de 12 (doze) meses, mais precisamente nos meses de junho a setembro de 2017.

Portanto, pela conduta retromencionada, a servidora transgrediu, em tese, o artigo 303, inciso LXI - *faltar, sem justa causa, ao serviço por 45 (quarenta e cinco) dias interpolados, durante o período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias*, da Lei Estadual nº 10.460/88.

Art. 2º. DETERMINAR, por parte da Gerência da Secretaria-Geral do Gabinete, a publicação desta portaria e o envio simultâneo, via SEI, à **Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças - SGPF**, para as devidas anotações no assentamento da servidora e à **Gerência de Correções**, para distribuição.

Art. 3º. DETERMINAR que os membros da competente Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar, cientifiquem a interessada e a Controladoria-Geral do Estado, quanto a instauração do presente procedimento, bem como dê início aos seus trabalhos, em cumprimento ao disposto no art. 1º, com dedicação à tarefa que ora lhes é deferida, podendo reportar-se diretamente aos demais órgãos da Administração Pública, em diligências necessárias à instrução processual.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, Goiânia, aos 23 dias do mês de abril de 2018.

LEONARDO MOURA VILELA

Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76719

EXTRATO DA PORTARIA Nº 370/2018 SES-GO. DESIGNAÇÃO DE GESTOR DE CONTRATO. Processo Nº: 201700010024058.

Objeto: Contratação de empresa para o fornecimento de Equipamentos médico Hospitalares, sendo eles: ARCO CIRÚRGICO MÓVEL E DIGITAL, RAIOS X MÓVEL, ULTRASSOM PORTÁTIL E ULTRASSOM ECOCÁRDIO, para suprir as necessidades hospitalares da região norte do estado (Uruaçu) e da região do entorno do Distrito Federal (Águas Lindas). **Contrato:** 015/2018 SES-GO. **Contratada:** PHILIPS MEDICAL SYSTEMS LTDA. **Gestor:** GUSTAVO HENRIQUE ALVES DE SOUZA, CPF sob nº 877.851.881-49. **Fundamento:** Lei Federal nº 8.666/1993, art. 67 e Lei Estadual nº 17.928/2012, arts. 51/54. **Data Assinatura da Portaria:** 24/04/2018. **Vigência:** A partir da data de assinatura **Signatário:** Leonardo Moura Vilela. Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76780

Portaria Nº 407/2018-GAB/SES-GO - O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto nos Art. 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012 e Art. 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e Portaria nº 190/2017-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade fundo a fundo. **RESOLVE:** Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho Nº 286/2018 apresentado pela Secretaria Municipal de Santa Bárbara de Goiás, cujo objeto é a aquisição de 01 (uma) van, por meio do processo nº 201800010010613 e DETERMINAR a transferência do recurso pleiteado na modalidade fundo a fundo, no valor total de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças - SGPF, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. **CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.** Gabinete do SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 16 dias do mês de maio de 2018. **LEONARDO MOURA VILELA** Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76811

Portaria Nº 409/2018-GAB/SES-GO - O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto nos Art. 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012 e Art. 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e Portaria nº 190/2017-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade fundo a fundo. **RESOLVE:** Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Nova Glória, cujo objeto é a aquisição de 01 (uma) van, por meio do processo nº 201800010010533 e DETERMINAR a transferência do recurso pleiteado na modalidade fundo a fundo, no valor total de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças - SGPF, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. **CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.** Gabinete do SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 16 dias do mês de maio de 2018. **LEONARDO MOURA VILELA** Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76815

Portaria Nº 278 /2018-GAB/SES-GO O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto nos Art. 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012 e Art. 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e Portaria nº 190/2017-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade fundo a fundo. **RESOLVE:** Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de **Caldas Novas**, visando **custeio** com saúde para atender o município, por meio do processo nº **201700005008943** e DETERMINAR a transferência do recurso pleiteado na modalidade fundo a fundo, no valor total de **R\$ 520.000,00** (quinhentos e vinte mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças - SGPF, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. **CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.** Gabinete do SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 12 dias do mês de Abril de 2018. **LEONARDO MOURA VILELA** Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 76898