

CODEÍNA

Dor Crônica

Portaria conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 3 mg/mL solução oral – frasco de 120mL; 30 mg/ml injetável – ampola de 2mL; 30 mg e 60 mg – comprimido

CIDs contemplados: R52.1, R52.2

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 3 mg/ml – 31 frascos; 30 mg/ml – 186 ampolas; 30 mg – 372 comprimidos; 60 mg – 186 comprimidos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 3 mg/ml – 31 frascos; 30 mg/ml – 186 ampolas; 30 mg – 744 comprimidos; 60 mg – 372 comprimidos

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição pelo Estado de São Paulo.

- **Observações:**

- Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista A2*);
- Nota do PCDT – Critério de inclusão: pacientes com dor crônica (duração ≥ 3 meses);
- A prescrição de opioides deverá seguir as recomendações do PCDT, sendo considerada apenas para pacientes com dor moderada a intensa e impacto funcional significativo, após tentativa de outras opções terapêuticas menos potentes.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação e a 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

- *Notificação de receita “A” – cor amarela (apenas se a dose exceder 100 miligramas por unidade posológica. Exemplo: Tomar 4 comprimidos, por via oral, de codeína 30 mg de 8/8 horas).

- Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
- Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

- Cópia dos exames:

- [Escala visual analógica \(EVA\)](#)*, ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME - Pacientes com dor crônica de duração igual ou superior a 3 meses;
*Descritores verbais e escalas numéricas de dor parecem ser preferíveis em idosos comparadas à tradicional escala visual analógica (EVA) – (páginas 36 e 37 do [protocolo](#)).
- [Escala de dor LANSS \(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs\)](#) ou Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (página 38 do [protocolo](#)) ou Descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME para definição do tipo de dor.

- Não é necessário apresentar o [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

Renovação da Continuidade

- [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

CODEÍNA – DOR CRÔNICA (Atualizado em 21/08/2025)

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação e a 30 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

3. Para pacientes NÃO cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do SUS: Notificação de receita “A” – cor amarela (apenas se a dose exceder 100 miligramas por unidade posológica. Exemplo: Tomar 4 comprimidos, por via oral, de codeína 30 mg de 8/8 horas).

4. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN, em caso de emissão nos últimos 6 meses

5. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

- [Escala visual analógica \(EVA\)](#)*, ou descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME;
*Descritores verbais e escalas numéricas de dor parecem ser preferíveis em idosos comparadas à tradicional escala visual analógica (EVA) – (páginas 36 e 37 do [protocolo](#)).
- [Escala de dor LANSS \(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs\)](#) ou Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (página 38 do [protocolo](#)) ou Descrição médica dos valores no campo “anamnese” do LME para definição do tipo.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.