

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

Protocolo de Assistência Farmacêutica

Março de 2026





PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Araucária, 16 de março de 2026.

Versão 04



PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Gustavo Botogoski

VICE-PREFEITO

Tatiana Assuti

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Robison Ricardo Furman



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

SECRETÁRIO(A)

Renata Knopik Botogoski

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Débora Regina Sabino

DIREÇÃO TÉCNICA

Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rodrigo Esposito Soares

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Tatiane Ferreira Campos

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nicolle Lucena da Silveira

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Marisa Ferraz Gavronski Gawron

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira



ELABORAÇÃO

Isabella Fruet Denis – Farmacêutica

Marion Thiessen Helrighel - Farmacêutica

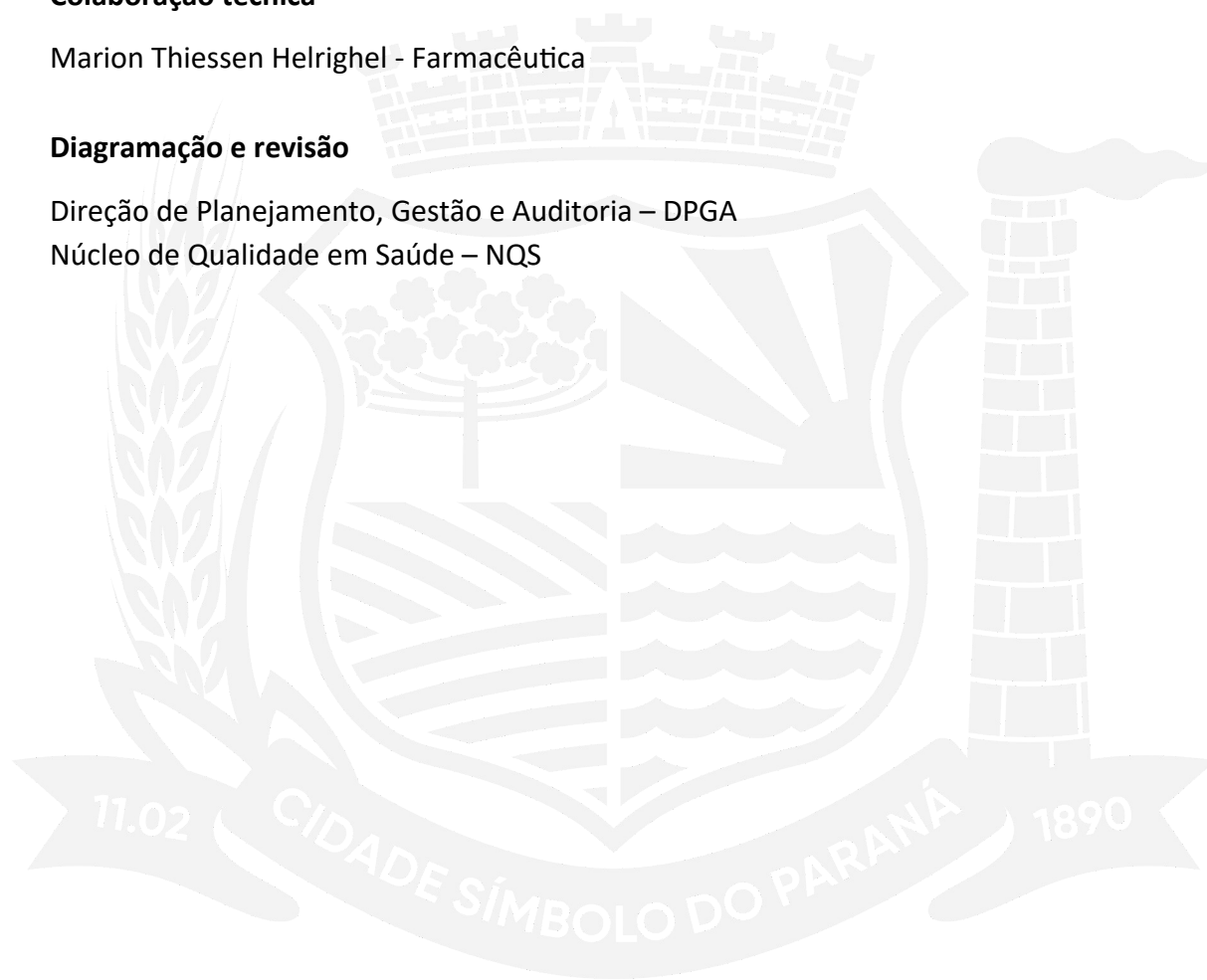
Colaboração técnica

Marion Thiessen Helrighel - Farmacêutica

Diagramação e revisão

Direção de Planejamento, Gestão e Auditoria – DPGA

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS



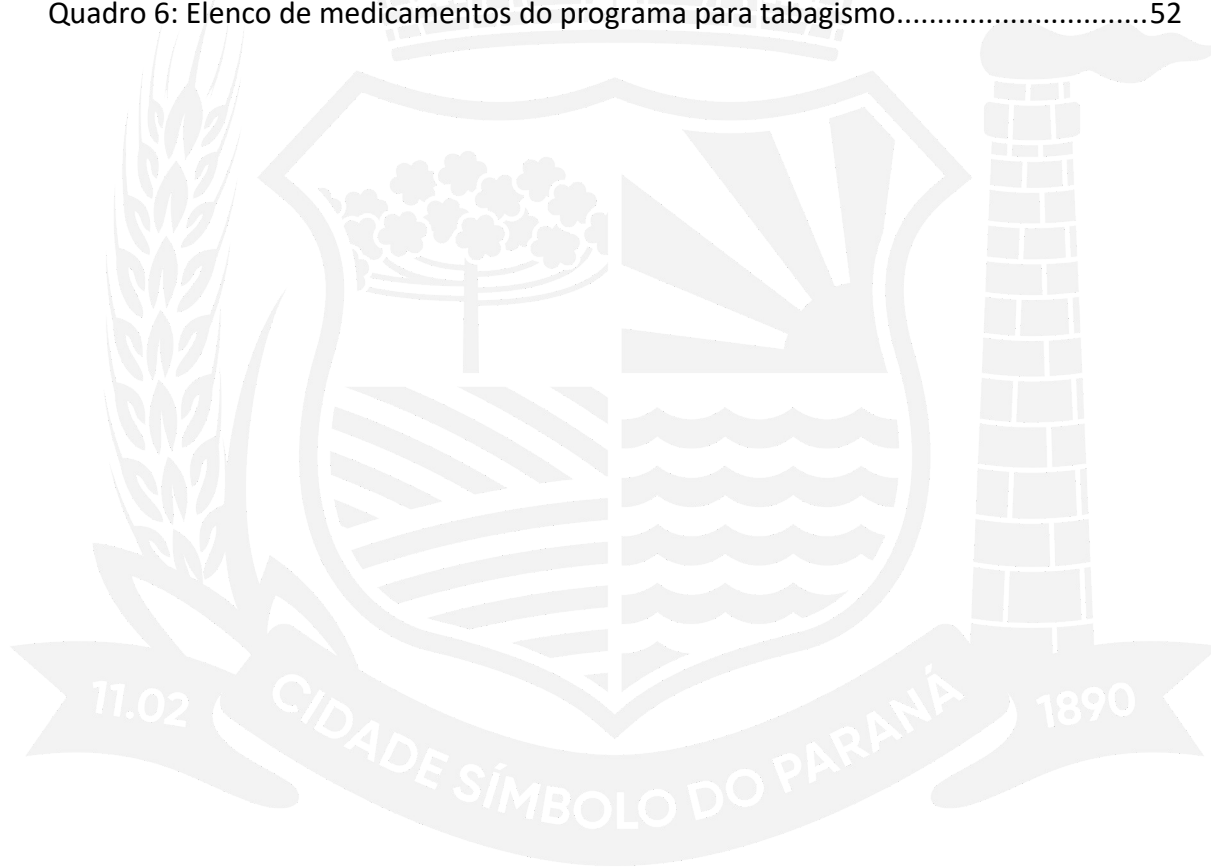
LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Exemplo prático de Prescrição e Dispensação de Medicamentos de uso contínuo.....	17
Figura 2: Esquema básico para tratamento de TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).....	47
Figura 3: Esquema básico para o tratamento em crianças (<10 anos).....	47
Figura 4: Esquemas farmacológicos para tratamento da infecção pelo <i>M.leprae</i> , de acordo com a faixa etária, peso corporal e classificação operacional.....	49
Figura 5: Esquemas de tratamento da toxoplasmose gestacional.....	51



LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Elenco de Medicamentos Padronizados para Uso Interno da Rede de Atenção à Saúde.....	22
Quadro 2: Elenco de medicamentos padronizados pelo Município na Assistência Farmacêutica com os respectivos locais de distribuição.....	26
Quadro 3: Número de medicamentos por prescrição da Lista C.....	40
Quadro 4: Tratamento das uretrites.....	43
Quadro 5: Elenco de medicamentos do programa de toxoplasmose em gestante.....	51
Quadro 6: Elenco de medicamentos do programa para tabagismo.....	52



LISTA DE SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CEMO – Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas
CID – Código Internacional de Doenças
CPF – Cadastro de Pessoa Física
CNS – Cartão Nacional de Saúde
DCB – Denominações Comuns Brasileiras
DCI – Denominações Comuns Internacionais
GM – Gabinete do Ministro
LME – Laudo de solicitação de medicamentos do componente especializado
MS – Ministério da Saúde
PA – Pronto Atendimento
PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
RG – Registro Geral
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Araucária
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
TB – Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
VO – Via Oral



SUMÁRIO

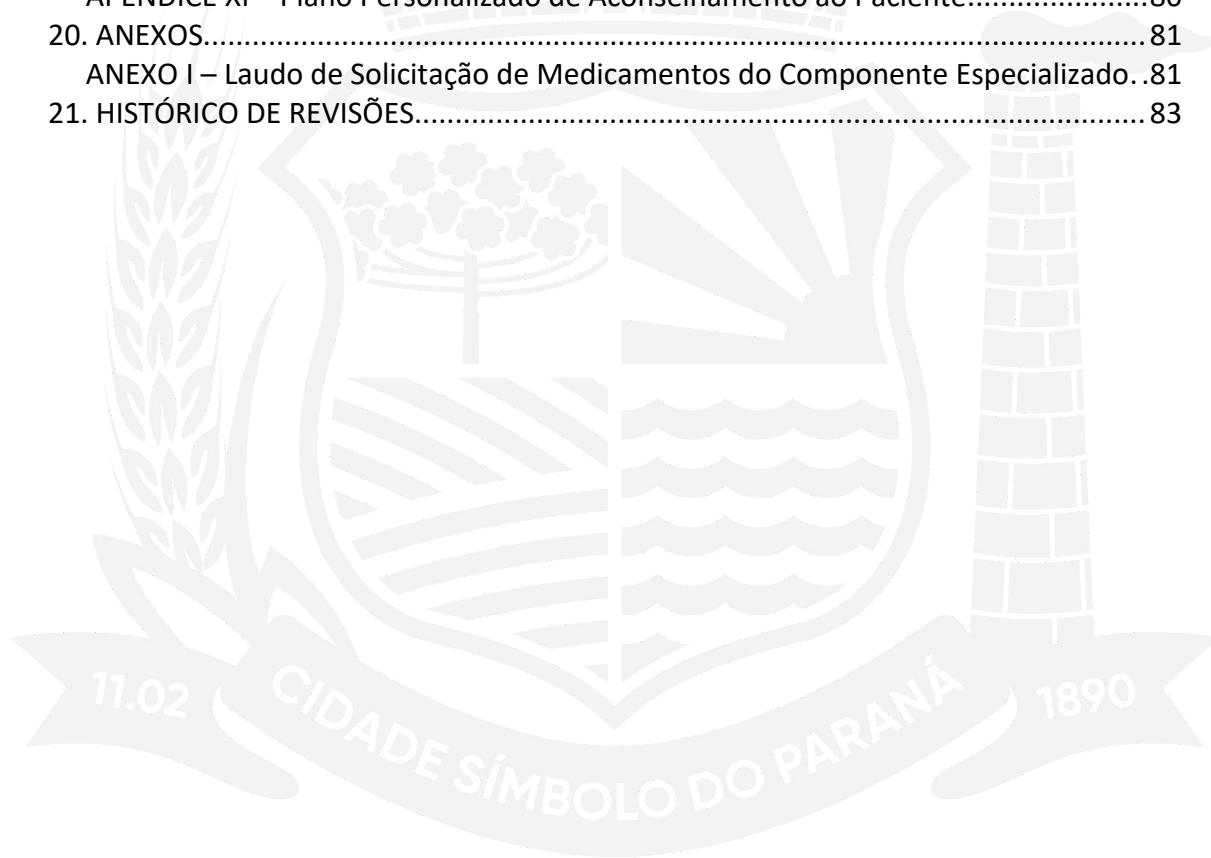
1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. ABRANGÊNCIA.....	14
4. DEFINIÇÕES.....	14
5. REGRAS PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	15
5.1 Regras Gerais para Prescrição de Medicamentos.....	15
5.2 Regras para Prescrição e Dispensação de Medicamentos de Uso Contínuo.....	16
5.3 Regras para Prescrição e Dispensação de Medicamentos de Uso Agudo.....	17
5.4 Segurança na Dispensação de Medicamentos.....	17
5.4.1 Identificação Correta do Paciente.....	18
5.4.2 Conferência da Prescrição.....	18
5.4.3 Dupla Checagem de Medicamentos.....	18
5.4.4 Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP).....	19
5.4.5 Medicamentos LASA (<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>).....	19
5.4.6 Orientação ao Paciente.....	20
5.4.7 Rastreabilidade.....	21
5.4.8 Comunicação e Notificação de Incidentes.....	21
6. ELENCO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS.....	21
6.1 Medicamentos Padronizados para Uso Interno da Rede de Atenção à Saúde....	22
6.2 Medicamentos Padronizados para Prescrição Ambulatorial.....	26
7. MEDICAMENTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	34
8. MEDICAMENTOS PARA DIABETES MELLITUS.....	35
8.1 Dispensação de Insulinas e Insumos.....	35
8.2 Caneta Reutilizável de Insulina.....	35
8.2.1 Orientações de Uso.....	35
8.2.2 Controle e Acompanhamento.....	35
8.2.3 Termo de Responsabilidade.....	35
8.3 Glicosímetros.....	36
8.3.1 Critérios para Fornecimento.....	36
8.3.2 Utilização em Pacientes Não Insulino-dependentes.....	36
8.3.3 Solicitação e Dispensação do Glicosímetro.....	36
8.3.4 Dispensação de Insumos (Tiras e Lancetas).....	37
8.3.5 Critérios de Inclusão para Automonitoramento da Glicemia (AMGC).....	37
8.3.6 Cálculo da Quantidade de Tiras/Número de Medições.....	38
8.3.7 Horários Ideais para as Determinações de Glicemia.....	38
9. ANTIMICROBIANOS.....	39
10. MEDICAMENTOS PERTENCENTES À PORTARIA 344/98 (MEDICAMENTOS CONTROLADOS).....	39
11. PROTOCOLOS ESPECIAIS PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	40



11.1 Metilfenidato.....	40
11.2 Composto Vitamínico e Fosfomicina.....	41
11.3 Tratamento de <i>Helicobacter pylori</i>	41
11.4 Imiquimode.....	42
11.5 Manejo Farmacoterapêutico das Uretrites.....	42
11.6 Implante Subdérmico de Etonogestrel.....	44
11.7 Itraconazol (Esporotricose).....	44
12. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS.....	46
12.1 Programa de Tuberculose.....	46
12.1.1 Esquema Básico.....	46
12.1.2 Esquema Especial.....	48
12.2 Programa de Hanseníase.....	48
12.2.1 Elenco de Medicamentos.....	48
12.2.2 Dispensação de Talidomida.....	50
12.3 Programa de Toxoplasmose em Gestantes.....	50
12.3.1 Elenco de Medicamentos.....	50
12.3.2 Esquema de Tratamento da Toxoplasmose na Gestante.....	51
12.4 Programa para Tabagismo.....	52
12.4.1 Elenco de Medicamentos.....	52
13. IMUNOGLOBULINA ANTI-RH – GESTANTES.....	53
14. COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	53
14.1 Abertura de Novos Processos.....	54
14.2 Renovação de Processos.....	57
15. FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	58
15.1 Abertura de Novos Processos.....	58
15.2 Análise de Solicitação.....	58
15.3 Dispensação dos Medicamentos.....	59
16. CUIDADO FARMACÊUTICO.....	60
16.1 Consulta Farmacêutica.....	60
16.2 Prescrição Farmacêutica.....	61
16.3 Protocolos Clínicos.....	62
17. RELAÇÕES COM AS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	62
18. REFERÊNCIAS.....	64
19. APÊNDICES.....	67
APÊNDICE I – Termo de Compromisso e Responsabilidade (Canetas de Insulina Reutilizáveis).....	67
APÊNDICE II – Termo de Comodato do Glicosímetro.....	68
APÊNDICE III – Planilha de Controle da Glicemia Capilar.....	69
APÊNDICE IV – Receita para Prescrição de Imiquimode.....	70
APÊNDICE V – Termo de Responsabilidade/Esclarecimentos para Mulheres com mais de 55 Anos de Idade ou para Homens de Qualquer Idade (TALIDOMIDA).....	71



TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE.....	71
APÊNDICE VI – Termo de Responsabilidade/Esclarecimentos para Pacientes do Sexo Feminino, Menores de 55 anos. (TALIDOMIDA).....	73
APÊNDICE VII – Questionário Técnico para Prescrição de Medicamentos do Protocolo complementar da Assistência Farmacêutica (AF).....	75
APÊNDICE VIII – Automonitoramento Glicêmico – INSULINIZADOS.....	77
APÊNDICE IX – Automonitoramento Glicêmico (NÃO-INSULINIZADOS).....	78
APÊNDICE X – Monitoramento Residencial da Pressão Arterial - MRPA.....	79
APÊNDICE XI – Plano Personalizado de Aconselhamento ao Paciente.....	80
20. ANEXOS.....	81
ANEXO I – Laudo de Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado..	81
21. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	83



1. APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica é um dos pilares fundamentais para garantir o direito à saúde, sendo essencial na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. No contexto da saúde pública, sua atuação vai além da simples entrega de medicamentos, envolvendo um conjunto de ações que asseguram o uso racional, seguro e eficaz dos tratamentos. Essas ações incluem desde a seleção e programação de medicamentos até sua distribuição, dispensação, orientação e o acompanhamento do uso pelos usuários do sistema de saúde.

O Protocolo de Assistência Farmacêutica tem como objetivo padronizar e descrever as normas para a entrega de medicamentos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária. Ele também abrange os medicamentos vinculados aos programas do Estado, do Ministério da Saúde e os incluídos no protocolo complementar da Assistência Farmacêutica. A padronização visa facilitar as prescrições e a dispensação, promovendo uma melhor compreensão por parte dos usuários e contribuindo para a adesão ao tratamento, sempre com foco em oferecer um atendimento de qualidade à população.



2. INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica é uma política pública essencial à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando como eixo estruturante para a formulação e implementação de políticas setoriais. Seus principais objetivos incluem a manutenção e qualificação dos serviços farmacêuticos na rede pública, a capacitação de recursos humanos e a descentralização das ações, promovendo maior equidade e eficiência na oferta de medicamentos.

A farmácia, nesse contexto, configura-se como uma área estratégica para os resultados da assistência prestada aos usuários, visto que o medicamento é um dos principais instrumentos terapêuticos da prática clínica. No entanto, seu uso implica não apenas benefícios, mas também riscos, exigindo um gerenciamento integrado que contemple aspectos técnicos, clínicos, administrativos e econômicos. Assim, a gestão farmacêutica vai muito além da simples disponibilidade de medicamentos, abrangendo ações voltadas ao uso racional, seguro e eficaz desses insumos.

As responsabilidades pela Assistência Farmacêutica são compartilhadas entre as esferas federal, estadual e municipal, estruturando-se em três componentes distintos: Básico, Estratégico e Especializado.

O Componente Básico, financiado conjuntamente pelas três esferas, é de responsabilidade do Município em todas as etapas — da aquisição à dispensação — e atende às doenças mais prevalentes na população.

O Componente Especializado, majoritariamente financiado pela União, visa garantir a integralidade do tratamento medicamentoso em doenças crônicas ou de maior complexidade, em nível ambulatorial.

Por fim, o Componente Estratégico, de aquisição e distribuição centralizadas pelo Ministério da Saúde e financiado pela União, contempla programas voltados ao controle de endemias (como tuberculose, hanseníase e leishmaniose), doenças infecciosas (como HIV/Aids), hemoderivados e imunobiológicos.

Essa estrutura demonstra a complexidade e a relevância da Assistência Farmacêutica como parte integrante da atenção à saúde, exigindo planejamento, equipe multidisciplinar, articulação entre os entes federativos e compromisso com a promoção do acesso equitativo e racional aos medicamentos.

2.1 Objetivo Geral

Garantir a efetivação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o acesso equitativo, seguro e racional aos medicamentos,



por meio da qualificação dos serviços farmacêuticos, da gestão eficiente dos recursos e da integração das ações entre as esferas federal, estadual e municipal.

2.2 Objetivos Específicos

- Padronizar e organizar os processos relacionados à aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos nos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado).
- Promover o uso racional de medicamentos, por meio de orientações técnicas, acompanhamento farmacoterapêutico e capacitação dos profissionais de saúde.
- Fortalecer a gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica no município de Araucária, assegurando a execução eficaz das responsabilidades locais.
- Contribuir para a integralidade da atenção à saúde, garantindo a continuidade dos tratamentos medicamentosos conforme os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- Ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais, com foco na qualidade do atendimento e na adesão ao tratamento.

3. ABRANGÊNCIA

Este protocolo se aplica a todos os serviços e profissionais da Rede Municipal de Saúde de Araucária envolvidos nas atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica.

4. DEFINIÇÕES

Para fins deste protocolo, adotam-se as seguintes definições:

Assistência Farmacêutica: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, envolvendo o medicamento como insumo essencial.

Dispensação: ato de fornecer medicamentos ao usuário, acompanhado de orientações quanto ao seu uso adequado.

Dispensação programada: fornecimento de medicamentos em intervalos definidos, conforme o período de tratamento.

Medicamentos sujeitos a controle especial: aqueles regulados por legislação específica, como a Portaria SVS/MS nº 344/1998.



Prescrição: ato profissional de indicar medicamentos e orientações para seu uso, com base na avaliação clínica do paciente.

Uso contínuo: utilização de medicamentos por período prolongado, geralmente para o tratamento de doenças crônicas.

REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

5. REGRAS PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

5.1 Regras Gerais para Prescrição de Medicamentos

A prescrição de medicamentos constitui etapa crítica do processo de cuidado em saúde, estando diretamente relacionada à segurança do paciente e à efetividade do tratamento. Prescrições inadequadas, incompletas ou ilegíveis podem resultar em erros de dispensação, uso incorreto de medicamentos, ocorrência de eventos adversos e atraso no início ou na continuidade do tratamento do paciente.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, toda prescrição deverá seguir critérios técnicos e normativos que garantam sua qualidade, clareza e segurança.

A prescrição deverá ser realizada, preferencialmente, por meio de sistema informatizado, a fim de assegurar legibilidade, rastreabilidade e padronização das informações. Na indisponibilidade do sistema, deverá ser realizada em receituário institucional, devidamente identificado com o nome do estabelecimento de saúde, por meio de papel timbrado.

Independentemente da forma de emissão, a prescrição deverá conter, obrigatoriamente:

- Identificação completa do paciente (nome completo e, preferencialmente, data de nascimento ou Cartão Nacional de Saúde);
- Data de emissão da prescrição;
- Nome do medicamento pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, Denominação Comum Internacional (DCI), conforme Lei nº 9.787/1999;
- Dose, forma farmacêutica, posologia e quantidade total do medicamento;
- Identificação do prescritor, incluindo nome completo, número do conselho profissional e assinatura (digital ou carimbo com assinatura).



A ausência de qualquer dessas informações compromete a validade da prescrição e poderá impedir a dispensação do medicamento, impactando diretamente no acesso ao tratamento.

A prescrição deverá ser redigida de forma clara e legível, sendo vedado o uso de rasuras ou abreviações ambíguas. Prescrições que não atendam a esses critérios não deverão ser dispensadas, devendo o paciente ser orientado a retornar ao prescritor para a devida correção.

5.2 Regras para Prescrição e Dispensação de Medicamentos de Uso Contínuo

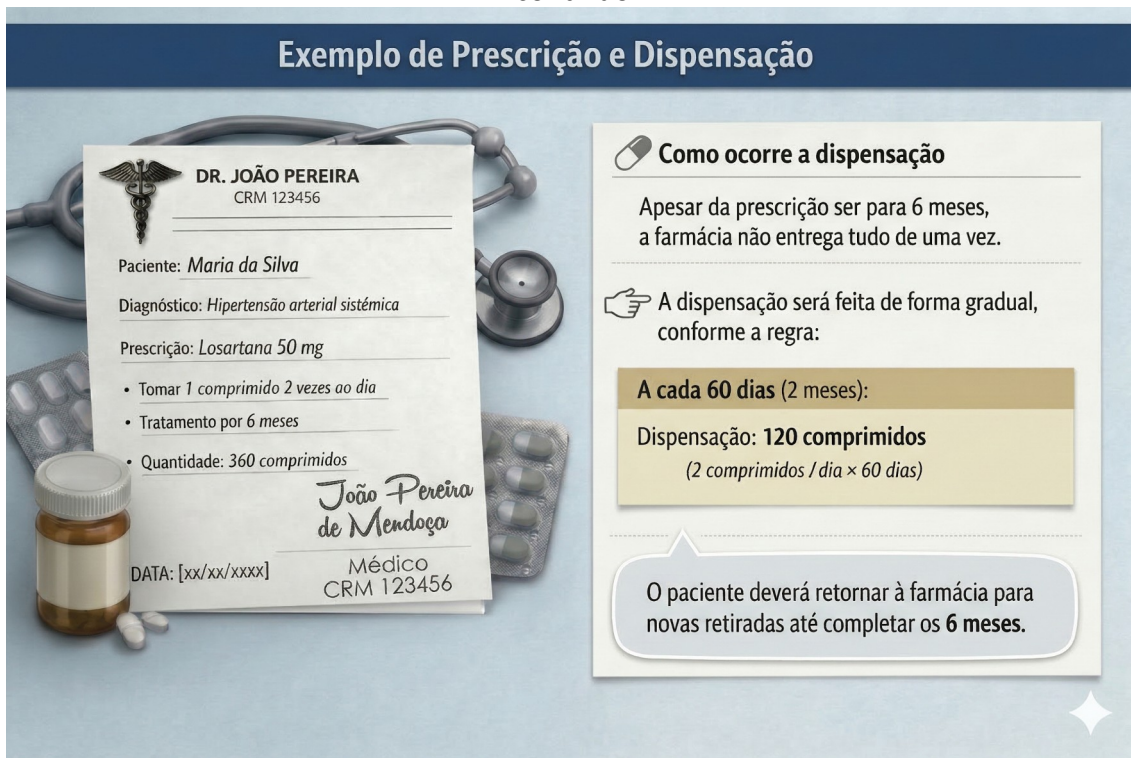
As prescrições de medicamentos de uso contínuo, como aqueles destinados a doenças crônico-degenerativas, planejamento familiar devem apresentar, de forma clara, o período de tratamento, limitado a até seis (6) meses e os do planejamento familiar limitado a até doze (12) meses. Essa informação pode ser expressa por meio da posologia e da quantidade total de unidades farmacêuticas prescritas e/ou pela descrição do tempo de tratamento.

A dispensação será realizada de forma gradual, a cada 60 dias, conforme a posologia definida pelo prescritor.

Esses medicamentos devem ser retirados preferencialmente na Unidade de Saúde de referência do usuário, com o objetivo de garantir o acompanhamento do paciente, bem como favorecer o planejamento e o controle adequado dos estoques.



Figura 1: Exemplo prático de Prescrição e Dispensação de Medicamentos de uso contínuo



Exemplo de Prescrição e Dispensação

DR. JOÃO PEREIRA
CRM 123456

Paciente: Maria da Silva

Diagnóstico: Hipertensão arterial sistêmica

Prescrição: Losartana 50 mg

- Tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia
- Tratamento por 6 meses
- Quantidade: 360 comprimidos

DATA: [xx/xx/xxxx]

João Pereira de Mendonça
Médico CRM 123456

Como ocorre a dispensação

Apesar da prescrição ser para 6 meses, a farmácia não entrega tudo de uma vez.

A dispensação será feita de forma gradual, conforme a regra:

A cada 60 dias (2 meses):

Dispensação: 120 comprimidos
(2 comprimidos / dia × 60 dias)

O paciente deverá retornar à farmácia para novas retiradas até completar os **6 meses**.

Fonte: Os autores, 2026.

5.3 Regras para Prescrição e Dispensação de Medicamentos de Uso Agudo

As prescrições de medicamentos para uso agudo (Exemplo: anti-inflamatórios, analgésicos, antieméticos etc) têm validade de 15 dias.

A dispensação deverá contemplar o quantitativo total prescrito, de acordo com a posologia.

5.4 Segurança na Dispensação de Medicamentos

A segurança no uso de medicamentos constitui elemento central da qualidade assistencial, sendo responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde e diretamente relacionada à prevenção de eventos adversos.

O farmacêutico deverá adotar medidas sistemáticas para redução de riscos, incluindo:



5.4.1 Identificação Correta do Paciente

A dispensação de medicamentos deverá ocorrer somente após a confirmação da identidade do paciente, utilizando **no mínimo dois identificadores**, tais como:

- Nome completo;
- Data de nascimento;
- Nome da mãe.

É vedada a dispensação baseada apenas em informações verbais genéricas ou sem confirmação documental.

Nos casos de terceiros (retirada por familiar/cuidador), deverá ser confirmada a identificação do paciente e do responsável.

5.4.2 Conferência da Prescrição

O farmacêutico deverá avaliar criticamente a prescrição, verificando:

- Dose, posologia e duração do tratamento;
- Forma farmacêutica e via de administração;
- Indicação clínica compatível;
- Presença de interações, duplicidades ou contraindicações;
- Legibilidade e integridade das informações.

Prescrições incompletas, ilegíveis ou com potencial risco ao paciente não deverão ser dispensadas, devendo ser encaminhadas para correção.

5.4.3 Dupla Checagem de Medicamentos

A dupla checagem consiste na verificação independente das informações relacionadas ao medicamento antes da dispensação, com o objetivo de reduzir erros.

Deverá ser realizada, sempre que possível, nas seguintes situações:

- Medicamentos potencialmente perigosos (MPP);
- Medicamentos injetáveis de uso imediato na unidade;
- Prescrições com doses elevadas ou fora do padrão habitual;
- Pacientes vulneráveis (idosos, crianças, gestantes);
- Polifarmácia (≥ 5 medicamentos);
- Medicamentos com alto risco de erro (LASA);
- Situações de dúvida ou inconsistência na prescrição.



Na ausência de segundo profissional, recomenda-se a checagem ampliada pelo próprio farmacêutico (revisar novamente de forma intencional e sistemática), com revisão criteriosa de todas as etapas.

5.4.4 Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP)

São aqueles que apresentam maior risco de causar danos graves ao paciente em caso de erro.

Exemplos aplicáveis à REMUME:

- Insulinas (NPH, Regular, Glargina);
- Anticoagulantes (ex.: Varfarina, Heparina);
- Opioides (ex.: Morfina, Tramadol, Fentanila);
- Benzodiazepínicos injetáveis (ex.: Diazepam, Midazolam);
- Eletrólitos concentrados (ex.: Cloreto de potássio, Gluconato de cálcio);
- Antiarrítmicos (ex.: Amiodarona);
- Anticonvulsivantes injetáveis (ex.: Fenitoína).

Medidas de segurança para MPP:

- Identificação diferenciada (quando aplicável);
- Conferência rigorosa da dose;
- Dupla checagem obrigatória;
- Orientação reforçada ao paciente.

5.4.5 Medicamentos LASA (*Look-Alike, Sound-Alike*)

Medicamentos com nomes ou embalagens semelhantes devem receber atenção especial para evitar trocas.

Medidas recomendadas:

- Separação física no armazenamento;
- Destaque visual (ex.: letras maiúsculas diferenciadas);
- Conferência adicional no momento da dispensação.



5.4.6 Orientação ao Paciente

A dispensação de medicamentos deverá, obrigatoriamente, ser acompanhada de orientação farmacêutica estruturada, individualizada e compreensível, constituindo etapa essencial do cuidado e da segurança do paciente.

A orientação deverá ser realizada de forma ativa, assegurando que o paciente compreenda corretamente as informações fornecidas, sendo vedada a dispensação sem orientação adequada.

O farmacêutico deverá orientar, no mínimo, quanto a:

- **Posologia e duração do tratamento:** frequência, horários, tempo de uso e importância do cumprimento integral do tratamento;
- **Forma correta de administração:** via de administração, técnica adequada (quando aplicável) e cuidados específicos;
- **Relação com alimentos:** necessidade de uso com ou sem alimentos e implicações clínicas;
- **Fracionamento e trituração:** possibilidade ou contraindicação, com orientação segura quando permitido;
- **Administração por sonda:** quando aplicável, incluindo forma de preparo e cuidados para evitar obstrução;
- **Armazenamento e conservação:** condições adequadas (temperatura, umidade, luz), incluindo medicamentos termolábeis;
- **Principais efeitos adversos:** sinais de alerta e condutas recomendadas;
- **Conduta em caso de esquecimento de dose:** orientação clara para evitar uso inadequado;
- **Interações relevantes:** com outros medicamentos, alimentos ou substâncias, quando pertinente.
- **Medidas de higiene relacionadas ao uso de medicamentos:** orientar o paciente quanto à higienização das mãos antes da administração de medicamentos, especialmente em casos de uso de insulina, colírios, pomadas, curativos ou outros procedimentos que envolvam contato direto com o corpo.

O farmacêutico deverá confirmar a compreensão das orientações por meio de estratégia ativa, como:

- Solicitação de repetição das informações pelo paciente (técnica do “retorno de informação”);
- Uso de linguagem acessível e adequada ao nível de escolaridade;



- Adaptação da comunicação para pacientes com limitações (auditivas, cognitivas ou de letramento em saúde).

Compete ao farmacêutico assegurar que o paciente esteja apto a utilizar o medicamento de forma segura e eficaz. A ausência de orientação adequada configura falha no processo assistencial e risco à segurança do paciente.

5.4.7 Rastreabilidade

Todas as etapas do processo de dispensação devem ser registradas no sistema eletrônico, garantindo:

- Identificação do paciente;
- Medicamento dispensado;
- Quantidade;
- Data;
- Profissional responsável.

A rastreabilidade é fundamental para análise de incidentes e respaldo técnico-legal.

5.4.8 Comunicação e Notificação de Incidentes

As situações de risco identificadas deverão ser comunicadas e registradas conforme fluxo institucional, contribuindo para a melhoria contínua dos processos e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

6. ELENCO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) constitui o instrumento que define os medicamentos padronizados para utilização no âmbito da rede municipal de saúde.

A seleção dos medicamentos considera critérios como perfil epidemiológico da população, evidências científicas de eficácia e segurança, custo-efetividade e diretrizes clínicas nacionais.

A REMUME deverá ser revisada periodicamente, de modo a garantir sua atualização e adequação às necessidades de saúde da população.



6.1 Medicamentos Padronizados para Uso Interno da Rede de Atenção à Saúde

Os medicamentos descritos no Quadro 1 não são entregues diretamente ao paciente. Eles são destinados exclusivamente para uso em situações de emergência ou durante procedimentos médicos e de enfermagem, sendo administrados ao paciente dentro do próprio serviço de saúde.

Quadro 1: Elenco de Medicamentos Padronizados para Uso Interno da Rede de Atenção à Saúde

ITEM	DESCRIÇÃO	P.A ADULTO	UBS	CEM	CAPS AD/II
1	ACETILCISTEÍNA 100MG INJETÁVEL	X			
2	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250MG INJETÁVEL	X			
3	ADENOSINA 3MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
4	ÁGUA DESTILADA INJETÁVEL	X	X	X	X
5	AMIODARONA 150MG INJETÁVEL	X	X	X	X
6	ATROPINA 0,25MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
7	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI	X	X		
8	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 UI	X	X		
9	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% INJETÁVEL	X	X	X	X
10	BIPERIDENO 5MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
11	CAPTAPRIL 25MG COMPRIMIDO	X	X	X	X
12	CARVÃO ATIVADO PÓ	X			
13	CEFTRIAXONA 1G INJETÁVEL	X			
14	CEFTRIAXONA 500 MG INJETÁVEL	X	X		
15	CETOPROFENO 100MG INJETÁVEL INTRAVENOSA	X	X		
16	CETOPROFENO 50MG/ML INJETÁVEL INTRAMUSCULAR	X			
17	CLOPIDOGREL 75MG COMPRIMIDO	X			
18	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% INJETÁVEL	X	X	X	X
19	CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL	X			



ITEM	DESCRIÇÃO	P.A ADULTO	UBS	CEM	CAPS AD/II
20	CLORPROMAZINA 5MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
21	COLAGENASE 0,6 UI + CLORANFENICOL 1% POMADA			X	
22	DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML INJETÁVEL	X			
23	DEXAMETASONA 4MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
24	DIAZEPAM 5MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X	X	X
25	DIMENIDRINATO 30MG + PIRIDOXINA 50MG INJETÁVEL	X			
26	DIPIRONA 500MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
27	DOBUTAMINA 12,5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
28	DOPAMINA 5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
29	EPINEFRINA 1MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
30	ESCETAMINA 50MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	X			
31	FENITOÍNA 50MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
32	FENTANILA 0,05MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
33	FENOBARBITAL 200MG INJETÁVEL	X	X		X
34	FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	X	X	X	X
35	FLUORESCEÍNA COLÍRIO FRASCO 3ML			X	
36	FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO, FRASCO PLÁSTICO.	X			
37	FUROSEMIDA 10MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X	X	X
38	GENTAMICINA 80MG INJETÁVEL	X			
39	GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X	X	X
40	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% INJETÁVEL	X	X	X	X
41	HALOPERIDOL 5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
42	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
43	HIDROCORTISONA 500MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X	X	X



ITEM	DESCRIÇÃO	P.A ADULTO	UBS	CEM	CAPS AD/II
44	HIDROCORTISONA 100MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X	X	X
45	IPRATRÓPIO SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,025%	X	X	X	X
46	ISOSSORBIDA 10MG/ML INJETÁVEL	X			
47	LIDOCAÍNA 2% SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM VASO CONSTRICTOR	X	X	X	X
48	LIDOCAÍNA 100MG/ML SPRAY			X	
49	METILERGOMETRINA 0,2MG INJETÁVEL	X			
50	METILPREDNISOLONA 500MG, PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	X			
51	METILPREDNISOLONA 125MG, PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	X	X	X	X
52	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
53	METOPROLOL 1MG/ML INJETÁVEL.	X	X	X	X
54	METRONIDAZOL 5MG/ML INJETÁVEL	X			
55	MIDAZOLAM 5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
56	MORFINA 10MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
57	NALOXONA 0,4MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
58	NITROGLICERINA 5MG/ML INJETÁVEL	X			
59	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO DI-HIDRATADO 50MG INJETÁVEL.	X			
60	NORADRENALINA 2MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
61	OMEPRAZOL 40MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	X	X		
62	PROMETAZINA 25MG/ML, CLORIDRATO DE, SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X	X	X
63	PROXIMETACAÍNA 5MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA	X		X	
64	SOLUÇÃO DE MANITOL 20% FRASCOS COM 250ML.	X			



ITEM	DESCRIÇÃO	P.A ADULTO	UBS	CEM	CAPS AD/II
65	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	X			
66	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% AMPOLA 10ML	X	X	X	X
67	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 100ML	X	X	X	X
68	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 250ML	X	X	X	X
69	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 500ML	X	X	X	X
70	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS 250ML	X	X	X	X
71	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS COM 500ML	X	X	X	X
72	SUXAMETÔNIO 100MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X	X	X
73	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% INJETÁVEL	X	X	X	X
74	TERBUTALINA 0,5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X	X
75	TETRACAÍNA, CLORIDRATO DE + FENILEFRINA COLÍRIO	X		X	
76	TRAMADOL 100MG INJETÁVEL	X	X	X	X
77	TROPICAMIDA 1% SOLUÇÃO OFTÁLMICA			X	
78	VITAMINA K 10MG/ML INJETÁVEL	X			

Fonte: Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT – REMUME 2025

A prescrição desses medicamentos pode ser realizada por meio de receita médica física ou eletrônica. Exceto para os medicamentos regulamentados pela Portaria nº 344/98, para os quais é obrigatória a apresentação da receita física (eletrônica impressa ou manual).

O controle e os registros referentes a esses medicamentos são de responsabilidade do farmacêutico, conforme estabelecido pelas exigências da Portaria nº 344/98.



6.2 Medicamentos Padronizados para Prescrição Ambulatorial

Quadro 2: Elenco de medicamentos padronizados pelo Município na Assistência Farmacêutica com os respectivos locais de distribuição.

ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
1	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO	X		X	X	
2	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100MG COMPRIMIDO			X	X	
3	ÁCIDO FÓLICO 5MG COMPRIMIDO			X	X	
4	ÁCIDO FÓLICO 0,2MG/ML SOLUÇÃO ORAL			X	X	
5	ÁCIDO FOLÍNICO 15MG COMPRIMIDO			X	X	
6	ACIDO VALPROICO 250MG CÁPSULA			X	X	
7	ACIDO VALPROICO 500MG COMPRIMIDO REVESTIDO			X	X	
8	ALBENDAZOL 40MG/ML SUSPENSÃO ORAL			X	X	
9	ALBENDAZOL 400MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL			X	X	
10	ALENDRONATO DISSÓDICO 70MG COMPRIMIDO			X	X	
11	ALOPURINOL 300MG COMPRIMIDO			X	X	
12	AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO			X	X	
13	AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
14	AMITRIPTILINA 75MG COMPRIMIDO			X	X	
15	AMOXICILINA 250MG/5ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL	X	X	X	X	
16	AMOXICILINA 250MG + ÁCIDO CLAVULÂNICO 5ML PÓ P/ SUSPENSÃO	X	X		X	X
17	AMOXICILINA 500 MG CÁPSULA	X	X	X	X	
18	AMOXICILINA 500MG+ ÁCIDO CLAVULÂNICO CÁPSULA	X			X	X
19	ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO			X	X	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 10/04/2026 ÀS 14:49:03 POR: <https://c.ipm.com.br/p/261b61a790b01>



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
20	ANTICONCEPCIONAL: ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150MG INJETÁVEL			X	X	
21	ANTICONCEPCIONAL: ETINILESTRADIOL 0,03 MG. + LEVONORGESTREL 0,15 MG., CARTELA COM 21 COMPRIMIDO			X	X	
22	ANTICONCEPCIONAL: NORETISTERONA 0,35MG COM 35 COMPRIMIDO			X	X	
23	ATENOLOL 25MG COMPRIMIDO			X	X	
24	ATENOLOL 50MG COMPRIMIDO			X	X	
25	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	X		X	X	
26	AZITROMICINA 600 MG, PÓ P/ SUSPENSÃO ORAL+DILUENTE.		X	X	X	
27	BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA					X
28	BIPERIDENO 2 MG COMPRIMIDO			X	X	
29	BRIMONIDINA 2MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA					X
30	BROMOPRIDA GOTAS PEDIÁTRICA 4MG/ML		X	X	X	
31	BRONFENIRAMINA, MALEATO DE 2MG/ML + FENILEFRINA CLORIDRATO DE 2,5MG/ML		X	X	X	
32	BUDESONIDA 32MCG/DOSE SPRAY NASAL	X		X	X	
33	BUDESONIDA 64MCG/DOSE SPRAY NASAL	X		X	X	
34	CARBAMAZEPINA 100MG/5ML SUSPENSÃO			X	X	
35	CARBAMAZEPINA 200MG COMPRIMIDO			X	X	
36	CARBAMAZEPINA 400MG COMPRIMIDO			X	X	
37	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG+ VITAMINA D 400UI COMPRIMIDO				X	X
38	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG COMPRIMIDO			X	X	
39	CARBONATO DE LÍTIO 300MG COMPRIDOS			X	X	
40	CARVEDILOL 25MG COMPRIMIDO			X	X	
41	CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO			X	X	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 10/06/2026 ÀS 15:49:03.00.03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.ipm.com.br/p261b6ia790b0t>



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
42	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO			X	X	
43	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO			X	X	
44	CEFALEXINA 250MG/5ML SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
45	CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
46	CINARIZINA 75MG COMPRIMIDO			X	X	
47	CIPROFLOXACINO 3,5MG/G POMADA OFTÁLMICA					X
48	CIPROFLOXACINO 3,5MG/ML COLÍRIO			X	X	
49	CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO	X		X	X	
50	CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO (protocolo <i>H. pilory</i>)			X	X	
51	CLOMIPRAMINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
52	CLOMIPRAMINA 75MG COMPRIMIDO			X	X	
53	CLONAZEPAM 2MG COMPRIMIDO			X	X	
54	CLONAZEPAM 2,5MG/ML GOTAS			X	X	
55	CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO NASAL	X	X	X	X	
56	CLORPROMAZINA 100MG COMPRIMIDOS			X	X	
57	CLORPROMAZINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
58	COMPLEXO B DRÁGEA			X	X	
59	COMPLEXO B XAROPE			X	X	
60	COMPOSTO VITAMÍNICO MINERAL (protocolo especial)			X	X	
61	DEXAMETASONA 1MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA				X	X
62	DEXAMETASONA 0,1% CREME	X	X	X	X	
63	DEXAMETASONA 4MG COMPRIMIDOS					X
64	DEXAMETASONA+SULFATO DE NEOMICINA+ SULFATO DE POLIMIXINA B COLÍRIO				X	X
65	DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML SOLUÇÃO ORAL.	X	X	X	X	

ESTO DOCUMENTO FUI ASSINADO EM 10/06/2026 15:49:03.00-33
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.ipm.com.br/p261b6fa790b01>



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
66	DIAZEPAM 5MG COMPRIMIDOS			X	X	
67	DIGOXINA 0,25MG COMPRIMIDO			X	X	
68	DIMETICONA 75MG/ML SUSPENSÃO	X		X	X	
69	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
70	DIPIRONA 500MG/ML GOTAS	X	X	X	X	
71	DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG COMPRIMIDO					X
72	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA 5MG/ML + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 2MG/ML INJETÁVEL					X
73	DORZOLAMINA 2% SOLUÇÃO OFTÁLMICA					X
74	DOXAZOSINA 2MG COMPRIMIDO			X	X	
75	DOXICICLINA 100MG COMPRIMIDO					X
76	ENALAPRIL 20MG COMPRIMIDO			X	X	
77	ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5MG, INJETÁVEL			X	X	
78	ESPINHEIRA SANTA EXTRATO SECO COMPRIMIDO			X	X	
79	ESPIRAMICINA 500MG CÁPSULA			X	X	
80	ESPIRONOLACTONA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
81	ESTRIOL 1MG/G CREME VAGINAL			X	X	
82	FENITOÍNA 100MG COMPRIMIDO			X	X	
83	FENOBARBITAL 100MG COMPRIMIDO			X	X	
84	FENOBARBITAL GOTAS PEDIÁTRICAS 1MG/GOTA			X	X	
85	FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
86	FLUCONAZOL 150MG CÁPSULA			X	X	
87	FLUOXETINA 20MG COMPRIMIDO			X	X	
88	FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G (protocolo especial)			X	X	
89	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDOS			X	X	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 10/06/2026 ÀS 15:49:03.01-03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.ipm.com.br/p261b6fa790b01>



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
90	GLICLAZIDA 30MG COMPRIMIDO			X	X	
91	GUACO – MIKANIA GLOMERATA - XAROPE	X	X	X	X	
92	HALOPERIDOL 1MG COMPRIMIDO			X	X	
93	HALOPERIDOL 5MG COMPRIMIDO			X	X	
94	HALOPERIDOL, DECANOATO DE 50MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL			X	X	
95	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
96	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO SUSPENSÃO			X	X	
97	HIDROXIQUINOLINA BORATO + TROLAMINA GOTAS			X	X	
98	HIPROMELOSE 3% SOLUÇÃO OFTÁLMICA				X	X
99	IBUPROFENO 50MG/ML GOTAS	X	X	X	X	
100	IBUPROFENO 600MG COMPRIMIDO	X		X	X	
101	IMIPRAMINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
102	IMIQUIMODE 50MG/G SACHÊ (protocolo especial)					X
103	INSULINA GLARGINA CARPULE			X	X	
104	INSULINA NPH 100 FRASCO/CANETA/CARPULE			X	X	
105	INSULINA REGULAR FRASCO/CANETA/CARPULE			X	X	
106	ISOSSORBIDA 5MG COMPRIMIDO SUBLINGUAIS			X	X	
107	ISOSSORBIDA 20MG COMPRIMIDO			X	X	
108	ITRACONAZOL 100MG CÁPSULAS (esporotricose)			X	X	
109	IVERMECTINA 6MG COMPRIMIDO		X	X	X	
110	LACTULOSE 667MG/ML XAROPE					X
111	LEVODOPA 100MG + BENSERAZIDA 25MG BD COMPRIMIDO					X
112	LEVODOPA 100MG + BENSERAZIDA 25MG COMPRIMIDO DISPERSÍVEL					X



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
113	LEVODOPA 100MG + BENSERAZIDA 25MG HBS CÁPSULAS LIBERAÇÃO PROLONGADA					X
114	LEVODOPA 200MG + BENSERAZIDA 50MG COMPRIMIDO					X
115	LEVODOPA 250MG + CARBIDOPA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
116	LEVOMEPROMAZINA 100MG COMPRIMIDO			X	X	
117	LEVOMEPROMAZINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
118	LEVONORGESTREL 0,75MG COMPRIMIDO			X	X	
119	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG COMPRIMIDO			X	X	
120	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG COMPRIMIDO			X	X	
121	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MCG COMPRIMIDO			X	X	
122	LORATADINA 10MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
123	LORATADINA 1MG/ML XAROPE		X	X	X	
124	LOSARTANA POTÁSSICO 50MG COMPRIMIDO			X	X	
125	METFORMINA 850MG COMPRIMIDO			X	X	
126	METFORMINA 500MG XR COMPRIMIDO			X	X	
127	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO REVESTIDO			X	X	
128	METILFENIDATO 10MG COMPRIMIDOS (Protocolo Especial)					X
129	METOCLOPRAMIDA COMPRIMIDO	X	X	X	X	
130	METOPROLOL SUCCINATO 50MG COMPRIMIDO					X
131	METRONIDAZOL 250MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
132	METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL			X	X	
133	METRONIDAZOL CREME VAGINAL + APLICADOR			X	X	
134	MICONAZOL 20MG/G CREME DERMATOLÓGICO	X		X	X	
135	MICONAZOL 100MG/4G CREME VAGINAL			X	X	
136	NISTATINA 100.000 UI SUSPENSÃO ORAL	X	X	X	X	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 10/01/2026 ÀS 15:49:03 POR: https://c.ipm.com.br/p/261b61a790b01



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
137	NITROFURANTOÍNA 100MG CAPSULAS	X		X	X	
138	NORTRIPTILINA 25MG CÁPSULA			X	X	
139	ÓLEO MINERAL 1MG/ML SOLUÇÃO	X		X	X	
140	OMEPRAZOL 20MG CÁPSULAS	X		X	X	
141	ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDOS			X	X	
142	OSELTAMIVIR 30MG		X	X	X	
143	OSELTAMIVIR 45MG		X	X	X	
144	OSELTAMIVIR 75MG	X	X	X	X	
145	OXIBUTININA 1MG/ML SOLUÇÃO ORAL			X	X	
146	OXIBUTININA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
147	ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D POMADA			X	X	
148	PARACETAMOL 200MG/ML GOTAS.	X	X	X	X	
149	PARACETAMOL 500MG COMPRIMIDOS	X		X	X	
150	PERMETRINA 10MG/ML LOÇÃO			X	X	
151	PERMETRINA 50MG/ML LOÇÃO			X	X	
152	PIRIMETAMINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
153	PREDNISOLONA 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL		X	X	X	
154	PREDNISONA 20MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
155	PREDNISONA 5MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
156	PROMETAZINA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
157	PROPRANOLOL 40MG COMPRIMIDO			X	X	
158	RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO			X	X	
159	RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO			X	X	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 10/06/2016 ÀS 15:49:03.00-33
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.ipm.com.br/p261b6fa790b01>



ITEM	DESCRIÇÃO	P. A ADULTO	P. A INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA ESPECIAL
160	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL, COMPOSTO DE CLORETO DE SÓDIO (3,5G), CLORETO DE POTÁSSIO (1,5G), CITRATO DE SÓDIO (2,9G) E GLICOSE (20,0G), EMBALADOS EM ENVELOPES COM 27,9G DA MISTURA	X	X	X	X	
161	SALBUTAMOL 100MCG SPRAY ORAL			X	X	
162	SINVASTATINA 20MG COMPRIMIDO			X	X	
163	SULFADIAZINA 500MG COMPRIMIDO			X	X	
164	SULFAMETOXAZOL 200MG + TRIMETOPRIMA 40MG/5ML SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
165	SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETOPRIMA 80MG COMPRIMIDO	X		X	X	
166	SULFATO FERROSO 40MG DE FERRO ELEMENTAR COMPRIMIDO			X	X	
167	SULFATO FERROSO 125MG/ML GOTAS			X	X	
168	TIAMAZOL 5MG COMPRIMIDO			X	X	
169	TIAMINA 300MG COMPRIMIDO			X	X	
170	TIAMINA 100MG + PIRIDOXINA 100MG + CIANOCOBALAMINA 500MG INJETÁVEL					X
171	TIMOLOLO 0,5% COLÍRIO			X	X	
172	TIORIDAZINA 100MG DRÁGEAS			X	X	
173	TIORIDAZINA 50MG DRÁGEA			X	X	
174	TRAVOPROSTA 0,04MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA					X
175	VALPROATO DE SÓDIO 250MG/ML XAROPE			X	X	
176	VARFARINA SÓDICA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
177	VERAPAMIL 80MG COMPRIMIDO			X	X	
178	VITAMINA A 50.000 UI + VITAMINA D3 10.000 UI/ML GOTAS			X	X	
179	VITAMINA A + AMINOÁCIDO + CLORANFENICOL POMADA OFTÁLMICA					X

Fonte: Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT 2025



A dispensação ambulatorial de medicamentos consiste no fornecimento de medicamentos ao paciente para utilização fora das dependências do serviço de saúde, devendo ser acompanhada de orientações quanto à posologia, forma de uso, duração do tratamento, possíveis efeitos adversos e demais cuidados necessários para o uso seguro e eficaz.

Para a dispensação dos medicamentos nas Unidades de Saúde ou na Farmácia Especial é necessário a prescrição, cartão nacional de saúde do usuário, documento de identificação oficial com foto e cadastro no Município via Sistema de Informação.

7. MEDICAMENTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Os métodos contraceptivos disponíveis na rede incluem opções hormonais injetáveis e orais, devendo sua utilização seguir orientação profissional:

- Enantato de Noretisterona 50 mg/mL + valerato de Estradiol 5 mg/mL (injetável mensal): uma ampola por via intramuscular profunda a cada 27 a 33 dias.
- Medroxiprogesterona 150 mg (injetável trimestral): uma ampola por via intramuscular profunda a cada 84 a 91 dias (12 a 13 semanas). De acordo com a literatura a anticoncepção se mantém até 14 semanas (98 dias).
- Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg (comprimido oral combinado): uma cartela a cada 28 dias.

Conduta em caso de atraso ou esquecimento:

- Em situações de atraso na aplicação do injetável ou esquecimento de comprimidos, a paciente deve ser encaminhada para avaliação com profissional de saúde (enfermeiro, farmacêutico ou médico) para definição da conduta adequada.
- Orientar o uso de método de barreira (preservativo) até a regularização do método contraceptivo.
- Reforçar a importância da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), destacando que os métodos hormonais não oferecem proteção contra ISTs.



8. MEDICAMENTOS PARA DIABETES MELLITUS

8.1 Dispensação de Insulinas e Insumos

As Insulinas (NPH, Glargina e Regular) e os insumos para aplicação (seringas, agulhas) devem ser dispensados para 30 dias de tratamento.

8.2 Caneta Reutilizável de Insulina

8.2.1 Orientações de Uso

Os profissionais de saúde da Atenção Primária devem orientar os pacientes quanto:

- As canetas reutilizáveis devem ser utilizadas para a administração da Insulina Humana Regular, NPH e Glargina;
- Reforçar a importância de não descartar as canetas após o uso do tubete de 3mL.

O tubete não deve ser removido antes do término completo do seu conteúdo ou validade, mesmo para substituição por outro do mesmo tipo ou diferente. O tubete deve permanecer na caneta até a completa finalização de seu conteúdo ou de sua validade.

8.2.2 Controle e Acompanhamento

- As Unidades de Saúde devem controlar e monitorar os pacientes em uso de canetas reutilizáveis.
- Pacientes que já receberam tubetes de 3mL de insulina e a caneta reutilizável devem continuar recebendo apenas os tubetes, evitando a distribuição desnecessária de novas canetas.

8.2.3 Termo de Responsabilidade

- No momento da entrega da caneta, deve ser preenchido e assinado o **Termo de Compromisso** (Apêndice I), no qual o paciente se responsabiliza pela conservação do dispositivo.



8.3 Glicosímetros

8.3.1 Critérios para Fornecimento

O glicosímetro será fornecido para usuários que:

- Possuam Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulino-dependente ou diabetes gestacional (DG);
- A retirada dos insumos deve ocorrer a cada 60 dias, no mínimo.

8.3.2 Utilização em Pacientes Não Insulino-dependentes

- Devem, quando necessário, realizar o controle glicêmico na Unidade de Saúde de origem.
- Estudos comprovam que, para pacientes não tratados com insulina, não há evidências de qualquer vantagem ou benefício que justifique o controle glicêmico contínuo (YOUNG *et al.*, 2017).

8.3.3 Solicitação e Dispensação do Glicosímetro

Avaliação

Os pacientes insulino-dependentes que necessitem de uso de glicosímetro deverão ser avaliados pelo enfermeiro, e/ou farmacêutico, e/ou médico, quanto à necessidade do aparelho.

Solicitação

- O profissional de saúde (enfermeiro, e/ou farmacêutico e/ou médico) que avaliou a necessidade de glicosímetro, deverá preencher uma solicitação para fornecimento do aparelho, em receituário, contendo:
 - Número de medições de glicemia diárias;
 - Quantidade de tiras reagentes (máximo de 100 tiras/mês, o que equivale a 3 medidas por dia). Situações clínicas específicas e temporárias, as quais eventualmente demandem um consumo maior, deverão ser discutidas entre a equipe do Serviço de Saúde de Referência.;
 - Assinatura do profissional solicitante.
- O paciente deve possuir cadastro no Sistema IPM.



- A solicitação do glicosímetro deverá ser encaminhada nominalmente pelo farmacêutico à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Entrega

A entrega do glicosímetro ao usuário deverá ser realizada pela Unidade de Saúde pelo farmacêutico ou enfermeiro, com:

- As devidas orientações de uso do aparelho;
- Solicitará assinatura do paciente no Termo de Comodato do aparelho em duas vias (Apêndice II). Uma via deverá ser anexada ao prontuário eletrônico e a outra deverá ser entregue ao usuário.

8.3.4 Dispensação de Insumos (Tiras e Lancetas)

- Poderá ser realizada a cada 30 dias. O fornecimento está condicionado a apresentação do glicosímetro para transferência dos dados no sistema do glicosímetro (nas farmácias onde é possível realizar a transferência); ou
- Apresentação do registro físico das medições (planilha com as anotações das medidas realizadas – Apêndice III).

Reavaliação

- Pacientes que não retirarem insumos por 60 dias devem ser reavaliados.

Após 90 dias de inatividade, realizar:

- Busca ativa;
- Recolhimento do glicosímetro, se necessário.

8.3.5 Critérios de Inclusão para Automonitoramento da Glicemia (AMGC)

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.583 de 2007 (BRASIL, 2007):

- O automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) não deve ser considerado como uma intervenção isolada;
- Sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;
- Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde;



- A indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;
- O AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;
- O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente;
- A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

8.3.6 Cálculo da Quantidade de Tiras/Número de Medições

A quantidade de tiras reagentes a ser dispensada deve ser definida com base no número de verificações de glicemia capilar por dia, conforme avaliação individual do paciente realizada pelo profissional de saúde.

Cálculo:

- Quantidade mensal de tiras = número de medições diárias × 30 dias

Exemplos:

- 1 medição/dia → 30 tiras/mês
- 2 medições/dia → 60 tiras/mês
- 3 medições/dia → 90 tiras/mês
- 4 medições/dia → 120 tiras/mês (*avaliar necessidade, considerando o limite recomendado*)

Limite de fornecimento:

- A dispensação está limitada a até 100 tiras por mês, conforme protocolo.
- Situações clínicas específicas que demandem maior número de medições devem ser avaliadas e justificadas pela equipe de saúde.

8.3.7 Horários Ideais para as Determinações de Glicemia

- **Insulinas de ação intermediária (ex.: NPH):** Realizar a aferição entre 8 e 12 horas após a aplicação, período correspondente ao pico de ação.



- **Insulinas de ação rápida (Regular/R) e análogos de ação rápida:** Realizar a aferição entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas após a aplicação, período de maior efeito da insulina.

9. ANTIMICROBIANOS

As prescrições de antimicrobianos deverão ser emitidas em duas vias, devidamente preenchidas, assinadas e datadas. A validade da receita é de apenas 10 dias corridos a partir data de emissão. No ato da dispensação deverá ser retida a **2º via** da receita na farmácia, conforme RDC nº 471/2021, e a 1ª via da receita ficará com o paciente.

Diferentemente dos medicamentos controlados pela Portaria no 344/1998, para os antimicrobianos não há uma quantidade limite para prescrição e também não há um número máximo de substâncias que podem ser prescritas na mesma receita. Receitas de antimicrobianos podem, inclusive, conter qualquer outra classe de medicamentos, exceto aqueles controlados pela Portaria nº 344/1998.

A quantidade dispensada deverá ser exatamente a prescrita para o tratamento. Nos casos em que não for possível a dispensação da quantidade exata por não haver apresentação farmacêutica com a quantidade adequada ao tratamento, a preferência deverá ser dada à dispensação de quantidade superior mais próxima ao prescrito, para promover o tratamento completo ao paciente.

Tratamentos prolongados

- A receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de 90 (noventa) dias a partir da emissão. Para isso, ela deverá conter a indicação de “uso contínuo”
- A dispensação deverá ser realizada de forma parcelada, a cada 30 dias.

10. MEDICAMENTOS PERTENCENTES À PORTARIA 344/98 (MEDICAMENTOS CONTROLADOS)

Os medicamentos controlados são classificados em **Listas A, B e C**, com regras específicas:

Validade geral

- Todas as prescrições têm validade de até 30 dias corridos após a emissão.



Lista A (Entorpecentes – A1, A2, A3)

- Notificação de receita de cor amarela.
- Permite dispensação para até 30 dias, se prescrição devidamente preenchida.
- Pode conter apenas 1 medicamento por notificação;
- Para dispensação de até 60 dias, é necessário documento adicional contendo:
 - Identificação do paciente e do prescritor;
 - CID da patologia;
 - Declaração justificando a necessidade de 60 dias (prazo máximo permitido).

Lista B (Psicotrópicos – B1 e Anorexígenos – B2)

- Notificação de receita de cor azul.
- Validade: 30 dias.
- Pode conter apenas 1 medicamento por notificação;
- Permite dispensação para até 60 dias de tratamento.

Lista C (C1 – Outras substâncias sujeitas a controle especial, C2 – Retinóides de uso sistêmico, C3 - Imunossupressores, C4 - Antirretrovirais, C5 - Anabolizantes)

- Receita de cor branca, em duas vias.
- Validade geral: 30 dias (exceto C3: 20 dias).
- Permite dispensação para até 60 dias.

Quadro 3: Número de medicamentos por prescrição da Lista C

Lista	Nº de medicamentos por receita
C1	Máx. 3
C2	1
C3	Sem limite definido
C4	Máx. 5
C5	Máx. 3

Fonte: Os autores, 2026.

11. PROTOCOLOS ESPECIAIS PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

11.1 Metilfenidato

O medicamento Metilfenidato 10 mg será dispensado pela Farmácia Especial mediante apresentação de prescrição emitida por médicos especialistas do SUS da



SMSA, sendo eles neuropediatra, neurologista e/ou psiquiatras para a primeira retirada. As dispensações subsequentes poderão ser realizadas mediante prescrição dos médicos das Unidades de Saúde.

Para a dispensação dos Metilfenidato LA de 20 mg e 30 mg é obrigatória a abertura de um processo administrativo junto à Farmácia Especial, conforme estabelecido em protocolo complementar da Assistência Farmacêutica.

11.2 Composto Vitamínico e Fosfomicina

- Dispensação exclusiva para gestantes nas Unidades de Saúde.
- Para outros casos (ex.: pacientes bariátricos):
 - Necessária abertura de processo administrativo na Farmácia Especial.

11.3 Tratamento de *Helicobacter pylori*

A infecção crônica por *Helicobacter pylori* está causalmente relacionada a doenças gastrointestinais superiores benignas e malignas graves, incluindo úlcera péptica, linfoma do tecido linfóide associado à mucosa gástrica e câncer gástrico. Por outro lado, a erradicação de *H. pylori* está associada à cicatrização de úlceras, regressão do linfoma do tecido linfóide associado à mucosa e diminuição do risco de câncer. O tratamento bem-sucedido para a infecção por *H. pylori* requer regimes multidrogas, que frequentemente são baseados na claritromicina como componente central.

Tratamento de primeira escolha (14 dias):

- Amoxicilina 1 g **12/12h**
- Claritromicina 500 mg **12/12h**
- Omeprazol 20 mg **12/12h**

A dispensação deste esquema de primeira escolha é realizada nas farmácias das Unidades de Saúde.

Esquemas alternativos:

- Devem ser solicitados na Farmácia Especial mediante:
 - Questionário técnico (Apêndice VII);
 - Abertura de processo administrativo ((consultar item 15.1);
 - Avaliação da auditoria municipal.



11.4 Imiquimode

O HPV é um vírus sexualmente transmissível, com mais de 150 tipos identificados, sendo cerca de 40 capazes de infectar a região genital. Na maioria dos casos, a infecção é assintomática e autolimitada, entretanto, pode persistir e levar ao desenvolvimento de lesões como condilomas acuminados (verrugas anogenitais) e neoplasias que acometem colo do útero, vagina, vulva, ânus, pênis e orofaringe. Diante da alta incidência dessas lesões e da demanda assistencial associada, os tratamentos disponíveis nos serviços de saúde podem sobrecarregar a rede, além de serem, em geral, dolorosos e exigirem cuidados técnicos, orientação ao paciente quanto a riscos (como infecção secundária) e adoção rigorosa de medidas de biossegurança.

O imiquimode é um imunomodulador de uso tópico, indicado para o tratamento de verrugas genitais externas e perianais, com a vantagem de ser autoaplicável, favorecendo a adesão ao tratamento. Apresenta boa tolerabilidade e eficácia sustentada, sendo considerado terapia de primeira linha para essas lesões.

Posologia (conforme PCDT):

- Para as verrugas externas genitais/anais, as aplicações devem ser realizadas 3 vezes por semana, em dias alternados (Exemplo: às segundas, quartas e sextas, ou às terças, quintas e sábados).
- Duração: até desaparecimento das lesões ou máximo de 16 semanas.

Critérios de prescrição:

- Restrita a médicos do SUS do município de Araucária.
- Obrigatório preenchimento de receituário específico (Apêndice IV).

11.5 Manejo Farmacoterapêutico das Uretrites

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes **microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral.**

Na presença de corrimento uretral, o paciente deverá ser avaliado por meio de anamnese e exame clínico. Esse fluxo deverá ser aplicado na abordagem sindrômica sem necessidade de exames para diagnóstico etiológico. Confirmada a síndrome, recomenda-se tratamento empírico para clamídia e gonorreia.

O tratamento deverá ser iniciado oportunamente, visando interromper a cadeia de transmissão e prevenir complicações.



Dispensação:

- Ceftriaxona 500 mg IM: disponibilizado para as UBS/UBSF um quantitativo do medicamento, que deverá ser utilizado **exclusivamente** para o tratamento das uretrites;
- Pode ser prescrita por **médicos ou enfermeiros** (nos casos sem identificação do agente).

Seguem abaixo os critérios e fluxos para a prescrição e dispensação dos medicamentos.

Quadro 4: Tratamento das uretrites

Condição Clínica	Primeira Opção	Segunda Opção	Comentários
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg VO, 2 comprimidos, dose única	Ceftriaxona 500mg IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg VO, 1 comprimido 2 vezes ao dia, por 7 dias	-
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg VO, 2 comprimidos, dose única	-	-
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg VO, 4 comprimidos, dose única	Gentamicina 240mg IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg VO, 2 comprimidos, dose única	-	-
Conjuntivite	Ceftriaxona 1g IM, dose	-	-



gonocócica adulto	no	única		
----------------------	----	-------	--	--

Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar Azitromicina 500mg VO, 4 comprimidos, dose única (dose total: 2g)
 Os pacientes e a(s) parceira (s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – Ministério da Saúde, 2022.

11.6 Implante Subdérmico de Etonogestrel

Solicitação:

- Deve ser realizada no **pedido mensal**, em requisição separada dos demais itens.

Armazenamento:

- Sob responsabilidade da **farmácia da Unidade de Saúde**, garantindo as condições adequadas de guarda e controle de estoque.

Dispensação:

- Realizada de forma **nominal**, sendo vinculada a cada paciente com indicação e agendamento para a inserção do método contraceptivo, assegurando a rastreabilidade do uso do dispositivo.

Crítérios:

- Devem seguir protocolo institucional disponível no link:
<https://wiki.araucaria.pr.gov.br/books/protocolos/page/protocolo-clinico-metodo-contraceptivo-reversivel-de-longa-duracao-implante-subdermico-de-etonosgestrel>.

11.7 Itraconazol (Esporotricose)

A esporotricose como zoonose é uma doença emergente e vem adquirindo grande importância em saúde pública em virtude da epidemia que está ocorrendo no Brasil. Embora não apresente gravidade em seres humanos imunocompetentes, com lesões geralmente restritas à pele e ao tecido linfático, há casos especiais (ex. imunossuprimidos) em que a doença pode se manifestar de maneira grave, com lesões disseminadas, artrite e meningite. Outro fator de preocupação para a saúde pública é



que a doença possui alto potencial de transmissão e dispersão pela etoecologia dos felinos e pela proximidade destes com os humanos.

A cura espontânea da esporotricose é rara e habitualmente requer terapia sistêmica. O tratamento de escolha é realizado com itraconazol por via oral, pois tem poucos efeitos colaterais e é bem tolerado. A maioria das formas clínicas apresenta boa resposta ao itraconazol.

Posologia:

- Adultos: **100 a 200 mg/dia**
- Crianças: **5 a 10 mg/kg/dia** (máx. 400 mg/dia)
- Administração: **via oral, a cada 12 horas, após refeições**

Duração do tratamento:

- **60 a 90 dias, mantendo por 30 dias após o desaparecimento das lesões.**

Orientações ao paciente:

- Evitar:
 - Alimentos alcalinos, como leite e derivados;
 - Antiácidos e inibidores de bomba de prótons.
- Para o tratamento humano, as cápsulas não devem ser abertas. Excepcionalmente, para crianças e adultos que não conseguem deglutir cápsulas de itraconazol, estas podem ser abertas e misturadas com sucos cítricos.
- Não interromper o tratamento antes do tempo recomendado, apesar da cicatrização das lesões.

Prescrição e dispensação:

1. Prescrição médica mensal, conforme seguimento do paciente;
2. Solicitação individual pelo farmacêutico da Unidade de Saúde via **IPM à CAF**;
3. Envio da documentação por e-mail (ficha de notificação preenchida e prescrição médica) por e-mail: caf.smsaraucaria@gmail.com;
4. Acompanhar pelo número de requisição gerado quanto a liberação para retirada do medicamento na CAF;
5. Entrega ao paciente com as devidas orientações.

Outras indicações:

- Para uso do itraconazol em outras patologias:



- Necessária **abertura de processo administrativo** na Farmácia Especial (consultar item 15.1) de acordo com o Protocolo Complementar de Assistência Farmacêutica.

12. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

12.1 Programa de Tuberculose

12.1.1 Esquema Básico

Para dispensação dos medicamentos é necessário a apresentação de prescrição médica, cartão nacional de saúde do usuário, documento de identificação com foto e cadastro no Município via sistema IPM.

Os medicamentos para o tratamento de tuberculose estão disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde. O paciente deverá procurar a unidade de saúde mais próxima da sua residência para solicitação dos medicamentos.

Os medicamentos devem ser solicitados nominalmente à CAF através do IPM saúde e envio da prescrição médica por e-mail: caf.smsaraucaria@gmail.com

Deverá ser realizado o Tratamento Diretamente Observado (TDO) pelo farmacêutico ou outro profissional da equipe da saúde. Se não for possível realizar o TDO o medicamento poderá ser dispensado **semanalmente** até conclusão do tratamento.

Estes medicamentos estão sujeitos às normas de prescrição dos antibióticos.



Figura 2: Esquema básico para tratamento de TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: Manual de Recomendações para controle de tuberculose no Brasil, 2019.

R= Rifampicina; H= Isoniazida; Z= Pirazinamida; E= Etambutol.

¹A apreensão 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Figura 3: Esquema básico para o tratamento em crianças (<10 anos)

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	PESO DO PACIENTE						
		Até 20Kg	≥ 21 Kg a 25Kg	≥ 26 Kg a 30Kg	≥ 31 Kg a 35Kg	≥ 36 Kg a 39Kg	≥ 40 Kg a 44Kg	≥ 45 Kg
		Mg/Kg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia	Mg/Dia
2RHZ	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300
	Pirazinamida	35 (30-40)	750	1.000	1.000	1.500	1.500	2.000
4RH	Rifampicina	15 (10-20)	300	450	500	600	600	600
	Isoniazida	10 (7-15)	200	300	300	300	300	300

Fonte: Manual de Recomendações para controle de tuberculose no Brasil, 2019.



12.1.2 Esquema Especial

O esquema de tratamento especial para tuberculose (TB) é indicado quando o Esquema Básico (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) não pode ser utilizado, geralmente em situações de toxicidade ou intolerância aos fármacos, presença de comorbidades relevantes (como insuficiência hepática ou renal) ou resistência bacteriana.

Destaca-se que o esquema especial não é único, podendo variar conforme as condições clínicas do paciente, histórico terapêutico e perfil de resistência, sendo obrigatoriamente individualizado.

A prescrição do esquema especial é de responsabilidade do médico da Atenção Especializada, que definirá o regime terapêutico adequado.

Para dispensação, os medicamentos deverão ser solicitados à CAF do município, via e-mail, mediante envio da prescrição médica emitida pelo serviço especializado, garantindo rastreabilidade e controle do tratamento.

12.2 Programa de Hanseníase

12.2.1 Elenco de Medicamentos

Os esquemas farmacológicos para o tratamento da hanseníase estão definidos conforme faixa etária, peso corporal e classificação operacional, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas vigente.



Figura 4: Esquemas farmacológicos para tratamento da infecção pelo *M. leprae*, de acordo com a faixa etária, peso corporal e classificação operacional

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento*	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50kg	PQT-U Adulto	Dose mensal supervisionada: · Rifampicina 600mg · Clofazimina 300mg · Dapsona 100mg Dose diária autoadministrada: · Clofazimina 50mg diariamente · Dapsona 100mg diariamente	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50kg	PQT-U Infantil	Dose mensal supervisionada: · Rifampicina 450mg · Clofazimina 150mg · Dapsona 50mg Dose diária autoadministrada: · Clofazimina 50mg em dias alternados · Dapsona 50mg diariamente	12 meses	6 meses
Crianças com peso abaixo de 30kg	Adaptação da PQT-U Infantil ^{b,c}	Dose mensal supervisionada: · Rifampicina 10mg/kg de peso · Clofazimina 6mg/kg de peso · Dapsona 2mg/kg de peso Dose diária autoadministrada: · Clofazimina 1mg/kg de peso/dia · Dapsona 2mg/kg de peso/dia	12 meses	6 meses

Fonte: Protocolo e diretrizes terapêuticas da Hanseníase - 2022

Os medicamentos para tratamento da hanseníase estão disponíveis nas UBS e UBSF. Para dispensação, é obrigatória a apresentação de:

- Prescrição médica;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou documento de identificação oficial com foto;
- Cadastro ativo no sistema IPM (exceto para Talidomida).

Os medicamentos devem ser solicitados nominalmente à CAF através do IPM saúde e envio da prescrição médica por e-mail.

A dose supervisionada deverá ser administrada pelo farmacêutico e/ou enfermeiro no momento da dispensação. As demais doses deverão ser orientadas para autoadministração domiciliar até o término da cartela.



A dispensação será realizada mensalmente, até a conclusão do tratamento.

12.2.2 Dispensação de Talidomida

A Talidomida é um medicamento sujeito a **controle sanitário rigoroso**, devido ao seu alto potencial teratogênico. Sua utilização no tratamento de complicações da hanseníase exige cumprimento estrito das normas estabelecidas pela legislação vigente.

A cada prescrição do medicamento à base de Talidomida, o paciente deverá receber do prescritor:

- Notificação de Receita de Talidomida e
- Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Apêndice V ou VI, conforme o caso).

O Termo de Responsabilidade/Esclarecimento obrigatoriamente deverá ser preenchido e assinado pelo prescritor e pelo paciente, em 3 (três) vias:

- 1ª via: prontuário do paciente;
- 2ª via: Farmácia Especial;
- 3ª via: paciente.

A Notificação de receita terá validade de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de sua emissão em todo o Território Nacional.

A quantidade de Talidomida por prescrição, em cada Notificação de Receita, não poderá ser superior à necessária para o tratamento de 30 (trinta) dias.

Cabe ao profissional farmacêutico reforçar orientações quanto ao uso seguro, especialmente em relação à prevenção de gravidez durante o tratamento.

12.3 Programa de Toxoplasmose em Gestantes

12.3.1 Elenco de Medicamentos

O tratamento da toxoplasmose gestacional tem como objetivo principal reduzir o risco de transmissão vertical e minimizar complicações fetais. Os medicamentos utilizados são padronizados conforme protocolos nacionais, vide quadro abaixo:



Quadro 5: Elenco de medicamentos do programa de toxoplasmose em gestante.

1.	Ácido folínico 15 mg/cpr
2.	Espiramicina 500 mg/cpr
3.	Pirimetamina 25 mg/cpr
4.	Sulfadiazina 500 mg/cpr

Fonte: Toxoplasmose Gestacional e Congênita – TelessaúdeRS 2025

12.3.2 Esquema de Tratamento da Toxoplasmose na Gestante

Figura 5: Esquemas de tratamento da toxoplasmose gestacional

Gestação com menos de 16 semanas	Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos, 8/8 h	Não cruza a barreira placentária. Tem objetivo de reduzir o risco de infecção fetal. Está indicada em gestações com menos de 16 semanas ou naquelas com 16 semanas ou mais quando houver exclusão de infecção fetal*. Trocar para esquema tríplice a partir de 16 semanas, se ainda não foi descartada infecção fetal. Efeitos adversos: geralmente bem tolerada, mas pode ocorrer náusea, vômito, diarreia e reações cutâneas. Monitorização laboratorial: não é necessária.
Gestação com 16 semanas ou mais	Esquema tríplice: Sulfadiazina 500 mg, 2 comprimidos, 8/8 h ou 3 comprimidos, 12/12 h + Pirimetamina 25 mg, 2 comprimidos, 1x/dia + Ácido folínico¹ 15 mg, 1 comprimido, 1x/dia.	Cruza a barreira placentária. Não deve ser administrado antes de 16 semanas de gestação, pelo risco de teratogenicidade. Está indicado para infecção materna suspeita ou confirmada em gestações com 16 semanas ou mais. Deve ser usado ininterruptamente até o parto. Efeitos adversos: A pirimetamina é um antagonista do ácido fólico, podendo provocar supressão medular com anemia, leucopenia e trombocitopenia. O esquema tríplice também é bem tolerado, mas podem ocorrer náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia e sensação de boca amarga. Esses sintomas não impedem o tratamento. Reações cutâneas como exantemas papulares, vesiculares e bolhosos podem ocorrer em 2 a 3% dos casos, mas é muito raro o desenvolvimento da Síndrome de Stevens-Johnson. A sulfadiazina pode provocar hemólise na presença de deficiência de G6PD. Monitorização laboratorial: hemograma com plaquetas quinzenalmente.

Fonte: Toxoplasmose Gestacional e Congênita – TelessaúdeRS 2025.

Estes medicamentos estão sujeitos às normas da prescrição dos antibióticos.

Nos casos de tratamento de Toxoplasmose congênita a prescrição deve ser encaminhada para a Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF a fim de solicitar a manipulação dos medicamentos.

O acompanhamento clínico deve ser rigoroso, considerando os potenciais efeitos adversos e a necessidade de monitoramento laboratorial.



12.4 Programa para Tabagismo

12.4.1 Elenco de Medicamentos

O tratamento do tabagismo no SUS integra abordagem multidisciplinar, associando suporte comportamental e farmacoterapia. Os medicamentos disponíveis incluem:

Quadro 6: Elenco de medicamentos do programa para tabagismo

1.	Adesivo de Nicotina 21 mg
2.	Adesivo de Nicotina 14 mg
3.	Adesivo de Nicotina 7 mg
4.	Bupropiona 150 mg
5.	Goma de mascar

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo – 2020

Os medicamentos do Programa de tabagismo são fornecidos pelo Ministério da Saúde os quais são distribuídos ao município através da Secretaria do Estadual de Saúde, cuja programação é baseada no consumo anual, fornecido pelo município, conforme o número de grupos previstos pela SMSA.

Para dispensação dos medicamentos é necessário que o paciente esteja inserido no grupo de tabagismo da sua Unidade de Saúde de referência e participação frequente nas reuniões de grupo além da prescrição médica e documento de identificação.

As reuniões são realizadas 01 (uma) vez por semana, num total de 04 (quatro) semanas.

Os usuários que participam dos grupos são avaliados e recebem a prescrição dos medicamentos do programa de acordo com a necessidade individual que são avaliadas durante o grupo.

Os medicamentos são dispensados nas próprias reuniões ou nas farmácias das unidades de saúde onde ocorre a reunião do grupo de tabagismo

Os adesivos de nicotina são dispensados semanalmente. Estes adesivos são utilizados diariamente e a duração do tratamento é definida conforme classificação do paciente segundo a escala de Fagerström.

A Bupropiona 150 mg será dispensada de acordo com a prescrição médica.



13. IMUNOGLOBULINA ANTI-RH – GESTANTES

A Imunoglobulina/Anti-RH é utilizada na prevenção da aloimunização materno-fetal, reduzindo o risco de doença hemolítica do recém-nascido.

O acesso ao medicamento ocorre mediante abertura de processo administrativo para a Farmácia Especial. São necessários os seguintes documentos:

Documentos pessoais:

- Cópia do RG e CPF ou Certidão de Nascimento;
- Cartão nacional do SUS (CNS);
- Comprovante de residência no nome do paciente ou ficha cadastral da unidade de saúde;
- Cópia da carteira de gestante.

Documentos fornecidos pelo prescritor na consulta:

- Receita médica devidamente preenchida, datada, carimbada e assinada;
- Laudo médico (LME) (Anexo I), devidamente preenchido e detalhado, carimbado, datado e assinado.

Exames:

- Tipagem sanguínea;
- Fator Rh;
- ABO;
- Coombs indireto;
- Cópia da Ecografia e do laudo (preferencialmente do 1º trimestre);

Após apresentar toda a documentação na Farmácia Especial, é realizada uma auditoria para análise técnica (prazo médio de 7 a 10 dias). Sendo aprovado, o medicamento é fornecido e aplicado na farmácia central entre a 28ª a 34ª semana de gestação.

14. COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009 é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em



nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

O fornecimento de medicamentos padronizado no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Todo processo de solicitação é avaliado por médicos auditores da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), caso se enquadre nos critérios clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o processo é deferido e o medicamento é programado para envio ao município.

O CEMEPAR é o responsável pela programação, solicitação de compra aos órgãos competentes, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos excepcionais às Regionais de Saúde e Unidades municipais do CEAF, no âmbito da SESA/PR.

No município de Araucária a dispensação do componente especializado ocorre na Farmácia Especial no horário das 07h30 às 16h30.

14.1 Abertura de Novos Processos

A abertura de processos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) tem como objetivo garantir o acesso a medicamentos de maior complexidade, conforme critérios definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

Para que o processo seja analisado e deferido, é indispensável a apresentação de **documentação completa, correta e atualizada**, uma vez que a avaliação é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA-PR), sendo o município responsável pelo recebimento, conferência e encaminhamento dos documentos.

Os critérios clínicos, exames exigidos e documentos específicos variam conforme a patologia (CID) e o medicamento solicitado, devendo ser consultados no sistema oficial do Estado.

Documentos pessoais:

Devem ser apresentados no momento da abertura do processo:

- Cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento;
- Cópia do CPF;



- Cópia do Cartão Nacional de Saúde/SUS;
- Cópia do comprovante de Endereço em nome do paciente ou ficha cadastral do posto de saúde;
- Para paciente menor de idade é necessário também a cópia do documento do responsável legal.

Essa documentação é exigida na abertura inicial do processo. Não será necessário reapresentá-la em casos de alteração de medicamento. Entretanto, se o paciente permanecer mais de 1 ano sem retirada, será necessário apresentar novamente toda a documentação.

Documentos médicos (consulta com o prescritor)

- LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos) devidamente preenchida, datada, assinada e carimbada;
- Receita médica, compatível com a LME, legível e dentro do prazo de validade;
- Relatório médico, podendo estar descrito na LME (campo anamnese) ou em documento separado;
- Termo de Consentimento de acordo com o CID e patologia, quando exigido para o medicamento, devidamente assinado, datado e carimbado pelo prescritor e assinado pelo paciente ou responsável.

Documentos específicos ao medicamento e CID:

Os Exames e relatórios variam conforme a patologia e CID. Devem ser consultados no sistema oficial do Estado por meio do link: <https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>.

O link disponibiliza o elenco de medicamentos ofertados pelo Estado, bem como os modelos de documentos e exames necessários para abertura do processo. Os exames solicitados têm como finalidade comprovar o diagnóstico e a adequação da prescrição, garantindo a conformidade com os critérios estabelecidos para a dispensação.

Para a liberação do medicamento na unidade, é necessária a apresentação do protocolo gerado na abertura do processo, juntamente com documento de identificação do paciente. No momento da retirada, o paciente ou responsável deverá assinar um termo de recebimento, confirmando a conferência do medicamento dispensado, incluindo nome, dosagem, forma farmacêutica e quantidade. A dispensação será realizada conforme a vigência autorizada e a solicitação ativa no sistema. Caso haja necessidade de alteração do tratamento pelo médico, deverá ser realizada adequação do processo, com envio da documentação correspondente, conforme critérios



específicos para cada patologia (CID) e medicamento, disponíveis no link oficial do Estado. O prazo médio para análise da adequação é de 30 a 45 dias.

Deve-se atentar que, para medicamentos sujeitos a controle especial, além do protocolo do processo, é obrigatória a apresentação de receita conforme a legislação vigente (ex.: Portaria SVS/MS nº 344/1998). Para medicamentos termolábeis, a retirada na Farmácia Central deverá ser realizada com caixa térmica contendo gelo, a fim de garantir a manutenção da cadeia fria e a qualidade do produto até o armazenamento adequado no domicílio.

A vigência do processo é, em geral, de até 6 meses, podendo variar conforme definido pelo prescritor na LME. A renovação deve ser realizada, preferencialmente, no penúltimo ou último mês da vigência, considerando que o prazo médio de análise pelo Estado é de aproximadamente 30 dias. Os documentos necessários para renovação seguem critérios padronizados e estão disponíveis no site oficial do Estado, variando conforme o medicamento e o CID, podendo incluir exames laboratoriais e relatórios clínicos atualizados.

Informações Importantes

- Todos os campos da LME obrigatórios devem estar completamente preenchidos;
- Receita, LME e termos possuem validade de até 3 meses para abertura, renovação ou adequação;
- Os exames e relatórios específicos exigidos variam de acordo com o CID e o medicamento.
- Exames devem estar atualizados, conforme prazos definidos pelo Estado;
- A avaliação e a liberação das solicitações são de responsabilidade da SESA-PR, cabendo ao município atuar como ponto de apoio para recebimento da documentação, orientação aos usuários e dispensação dos medicamentos, não sendo responsável pela análise técnica dos processos.
- Após o deferimento do processo, o paciente poderá realizar a retirada do(s) medicamento(s) conforme a vigência autorizada, sendo a dispensação realizada, em regra, de forma mensal. Ressalta-se que, para alguns medicamentos, é permitido o fornecimento para período superior a um mês (ex.: até dois meses), enquanto, para outros, não é autorizado o adiantamento, sendo a dispensação restrita ao quantitativo correspondente ao mês vigente.
- O sistema do Estado não permite a dispensação retroativa de medicamentos não retirados em períodos anteriores, autorizando apenas a retirada referente ao mês vigente. Em situações específicas, poderá ser permitido o adiantamento da dispensação do mês subsequente, conforme regras estabelecidas pelo Estado.



- A renovação do processo é obrigatória nos casos de continuidade do tratamento e deve ser realizada, preferencialmente, no penúltimo ou no último mês da vigência. Recomenda-se essa antecipação, considerando que o prazo médio para análise e liberação da renovação é de até 30 dias, a fim de evitar interrupção do tratamento e garantir o início oportuno da nova vigência.

14.2 Renovação de Processos

A renovação é necessária para garantir a continuidade do tratamento e deve ser realizada **preferencialmente no penúltimo ou último mês da vigência.**

Documentos médicos necessários:

- LME preenchida pelo prescritor, datada, assinada com todos os campos obrigatórios preenchidos e dentro da validade de 3 meses.
- Receita médica devidamente preenchida, de acordo com a LME, datada, assinada e carimbada também com validade de até 3 meses para fins de renovação, independentemente do medicamento.
- Exames laboratoriais quando exigidos conforme o CID, devem estar atualizados e dentro do prazo de validade estabelecido pelo Estado, podendo ser consultados no site oficial;
- Os relatórios específicos quando aplicáveis, variam conforme o CID e o medicamento, devendo ser consultados no site oficial do Estado.
- Caso o paciente não realize a renovação no penúltimo ou último mês da vigência, ainda poderá regularizar o processo em até 1 (um) ano, respeitando o prazo médio de até 30 dias para nova liberação. Após esse período, o processo não será mais considerado como renovação, sendo necessária a abertura de novo processo, com apresentação de toda a documentação exigida. Nesses casos, o prazo de análise poderá variar entre 30 e 60 dias.



15. FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Este programa visa atender os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que necessitam de medicamentos que constam no Protocolo Complementar da Assistência Farmacêutica de Araucária.

15.1 Abertura de Novos Processos

Para os medicamentos que precisam de abertura de processos o paciente deve apresentar os seguintes documentos:

- Prescrição médica do SUS;
- Questionário técnico devidamente preenchido pelo médico, carimbado, assinado e datado (Apêndice VIII);
- Cópia do cartão nacional de saúde (CNS);
- Cópia do RG ou Certidão de nascimento;
- Em casos de paciente menor de idade é necessário apresentar um documento de um responsável legal.
- Cópia do comprovante de endereço atualizado em nome do paciente ou declaração do posto de saúde próximo a sua residência;

Observações:

A abertura de processo para solicitação de medicamentos do protocolo complementar deverá ser realizado:

- Pelo próprio paciente;
- Por familiar em casos de paciente menor de idade, pacientes especiais ou pacientes com dificuldade de locomoção.
- Para solicitação de Sacarato Férrico, é obrigatória a apresentação de hemograma atualizado.

15.2 Análise de Solicitação

Após a abertura, o processo será submetido à análise técnica (auditoria) realizada pelo farmacêutico responsável, considerando os seguintes critérios:

- Verificação se o medicamento solicitado não está disponível na rede municipal ou no Programa Farmácia Popular do Brasil;



- Verificação se o medicamento solicitado não consta nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde do Paraná;
- Conferência da legalidade da prescrição (data, assinatura, carimbo e legibilidade).
- O processo será encaminhado para a auditoria, sendo analisado dentro de 20 até 30 dias após a abertura do processo.

Após o deferimento ou indeferimento da solicitação pela auditoria, os processos serão encaminhados para a Farmácia Especial onde:

- Indeferido: O paciente deverá retirar o processo ou a negativa junto à Farmácia Especial. Caso não haja retirada no prazo de 30 dias, o processo será arquivado.
- Deferido: O medicamento será disponibilizado conforme prescrição médica. A receita deverá ser renovada periodicamente, geralmente a cada 6 meses, exceto para medicamentos sujeitos a controle especial, cuja validade segue legislação específica (ex.: 30 dias).

15.3 Dispensação dos Medicamentos

Para medicamentos de uso contínuo, a Farmácia Especial emite duas vias do Protocolo de Retirada. Uma via é entregue ao paciente, acompanhada da segunda via da receita médica, servindo como orientação para o uso correto do medicamento e controle da renovação. A outra via do protocolo é arquivada na Farmácia Especial, junto ao processo individual do paciente.

A validade da receita para medicamentos de uso contínuo é de 6 meses a partir da data de emissão. A dispensação é realizada por um período de dois meses, podendo ser antecipada em até 5 dias antes do término do medicamento ou efetuada posteriormente, conforme a disponibilidade do paciente ou do estoque da farmácia.

No momento da retirada, o paciente ou seu responsável deve apresentar o protocolo e a receita médica. A entrega é registrada no sistema IPM e também manualmente no protocolo do paciente e no da farmácia. Nesse registro, a pessoa responsável pela retirada assina, informando a quantidade retirada, a data e sua identificação, garantindo o controle adequado do processo.

Para medicamentos pertencentes a Portaria 344/98, além do protocolo mencionado anteriormente, o paciente deverá também apresentar a prescrição médica



atualizada de até 30 dias, sendo a 1ª via devidamente preenchida, datada, assinada e carimbada todos os meses que necessite retirar o medicamento. A dispensação é realizada sempre conforme a prescrição médica e a portaria vigente.

Para a retirada de medicamentos termolábeis, é obrigatória a apresentação do termo correspondente e da receita médica válida, bem como o uso de caixa térmica com gelo, a fim de garantir o transporte adequado e a manutenção da cadeia fria. O medicamento poderá permanecer na caixa térmica por um período máximo de até 6 horas. Após esse tempo, deverá ser acondicionado em geladeira, preferencialmente na prateleira central, mantendo temperatura entre 2°C e 8°C, evitando a porta, o congelador e a gaveta de frutas e legumes, devido à maior variação de temperatura nesses locais. Em razão dessas condições de armazenamento, a dispensação é realizada para um período de até 30 dias, com retirada mensal.

Observações:

A retirada do medicamento deverá ser realizada mediante apresentação de documento de identificação oficial com foto. A retirada poderá ser efetuada pelo próprio paciente ou por terceiros, nos seguintes casos: familiar ou responsável legal (para menores de idade ou pacientes especiais), pacientes com dificuldade de locomoção ou pessoa formalmente autorizada no processo de solicitação do medicamento.

16. CUIDADO FARMACÊUTICO

O cuidado farmacêutico consiste em um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação incluindo não só a dimensão clínico assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde.

16.1 Consulta Farmacêutica

As consultas serão agendadas de acordo com a agenda previamente programada e acordada com a coordenação do serviço de saúde.

As consultas podem ser realizadas em consultórios compartilhados com outros profissionais dos serviços.

Todas as condutas devem ser lançadas no sistema IPM.



O farmacêutico poderá atender pacientes polimedicados, com dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso, com dificuldades no controle das patologias ou problemas menores, encaminhados por outros profissionais da saúde ou por livre demanda do paciente.

O farmacêutico durante a consulta, se necessário, poderá solicitar exames laboratoriais, para acompanhamento dos parâmetros bioquímicos e prescrever medicamentos.

No acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas, o farmacêutico poderá fornecer impressos para anotações dos parâmetros de glicemia capilar e pressão arterial conforme modelos nos Apêndices VIII, IX, X, e XI.

De forma geral, o processo de cuidado farmacêutico compreende as seguintes etapas:

- **Acolhimento e anamnese farmacêutica:** levantamento de informações sobre histórico clínico, uso de medicamentos, alergias e hábitos de vida;
- **Avaliação da farmacoterapia:** análise da indicação, efetividade, segurança e adesão;
- **Identificação de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs):** como dose inadequada, duplicidade terapêutica, interações e uso incorreto;
- **Plano de cuidado:** definição de intervenções, orientações e acompanhamento;
- **Registro:** todas as ações devem ser registradas em prontuário.

16.2 Prescrição Farmacêutica

17. A prescrição farmacêutica é o ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, adesão, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

O farmacêutico poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais como alopáticos ou dinamizados, plantas medicinais, drogas vegetais e outras categorias ou relações de medicamentos que venham a ser aprovadas pelo órgão sanitário federal para prescrição do farmacêutico.

O processo de prescrição farmacêutica é constituído das seguintes etapas:

- a) Identificação das necessidades do paciente relacionado à saúde;
- b) Definição do objetivo terapêutico;



- c) seleção da terapia ou intervenções relativas ao cuidado à saúde, com base em sua segurança, eficácia, custo e conveniência, dentro do plano de cuidado;
- d) redação da prescrição;
- e) orientação ao paciente;
- f) avaliação dos resultados;
- g) documentação do processo de prescrição.

16.3 Protocolos Clínicos

Conforme a Resolução nº 713 de 25/11/2021 do CFF, o farmacêutico que atua nos serviços públicos de saúde poderá desempenhar todas as atribuições e executar todos os procedimentos e serviços previstos em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas do Ministério da Saúde, secretarias estaduais e/ou municipais de saúde.

17. RELAÇÕES COM AS METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

As ações descritas neste Protocolo de Assistência Farmacêutica estão diretamente alinhadas às Metas Internacionais de Segurança do Paciente, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, as quais visam reduzir riscos e prevenir danos evitáveis durante o cuidado em saúde.

No contexto da Assistência Farmacêutica, o processo de prescrição, dispensação e uso de medicamentos representa uma das etapas mais críticas da assistência, sendo frequentemente associado à ocorrência de incidentes e eventos adversos quando não realizado de forma padronizada e segura.

Dessa forma, este protocolo contribui para o fortalecimento das seguintes metas:

Meta 1 – Identificação correta do paciente: conferência obrigatória dos dados do usuário no momento da dispensação, prevenindo trocas e erros.

Meta 2 – Comunicação efetiva: verificação da clareza da prescrição e comunicação com o prescritor em caso de dúvidas ou inconsistências.

Meta 3 – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos: avaliação da prescrição, orientação ao paciente e prevenção de erros relacionados a medicamentos.

Meta 4 – Cirurgia segura: apoio indireto por meio da gestão e disponibilização adequada de medicamentos utilizados em procedimentos.



Meta 5 – Higienização das mãos: orientação aos pacientes quanto ao uso seguro de medicamentos.

Meta 6 – Prevenção de quedas e lesões por pressão: orientação sobre medicamentos que possam causar efeitos adversos relacionados a quedas, como tontura e hipotensão.

Considerações finais

A integração das práticas da Assistência Farmacêutica com as Metas Internacionais de Segurança do Paciente fortalece a cultura de segurança na Rede de Atenção à Saúde, contribuindo para a qualificação dos processos, redução de incidentes e melhoria dos desfechos clínicos.

A atuação do farmacêutico, associada à padronização dos processos descritos neste protocolo, é essencial para garantir a segurança do paciente em todas as etapas do cuidado relacionadas ao uso de medicamentos.



18. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Secretaria de Atenção à Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas/pcdt#TopoPCDT>, Acesso em 28 nov. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define o elenco de medicamento e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347 de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução – RDC nº 471 de 23 de fevereiro de 2021. Dispõe sobre os critérios para a prescrição, dispensação, controle, embalagem e rotulagem de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, listadas em Instrução Normativa específica. Brasília: ANVISA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniose/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseniose-2022/view>. Acesso em 26 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução – RDC nº 11 de 22 de março de 2011. Dispõe sobre o controle da substância Talidomida e do medicamento que a contenha. Brasília: ANVISA, 2011.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para controle de tuberculose no Brasil. 2ª edição atualizada Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 20/2025-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Atualizações para a vigilância e notificação da esporotricose humana no âmbito nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.phpacao=documento_conferir&id_or_gao_acesso_externo=0. Acesso em 17 mar. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução 585, de 28 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução 586, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução 713, de 25 de novembro de 2021. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada.

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/> Acesso em 28 nov. 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. TeleCondutas: toxoplasmose gestacional e congênita. 4. ed. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 27 jan. 2025. Disponível em: <https://telessauders.ufrgs.br/condutas>. Acesso em 26 nov. 2025.



YOUNG, L. A.; BUSE, J. B.; WEAVER, M. A. *et al.* Glucose Self-Monitoring in Non-Insulin-Treated Patients With Type 2 Diabetes in Primary Care Settings A Randomized Trial. JAMA Internal Medicine, 2017.



19. APÊNDICES**APÊNDICE I – Termo de Compromisso e Responsabilidade (Canetas de Insulina Reutilizáveis)**

Eu, _____,
CPF nº: _____, na qualidade de usuário do SUS ou responsável pelo usuário:
_____, CPF nº _____, Declaro que
recebi da Unidade de Saúde _____
_____ caneta(s) de insulina reutilizável(is), distribuída(s) pelo Ministério da Saúde, e estou ciente das orientações com relação à sua conservação, assumindo total responsabilidade pelo seu uso adequado.

Estou ciente de que será fornecida uma única caneta por tipo de insulina por paciente e que ela somente será substituída, havendo disponibilidade na unidade de saúde, nas seguintes situações:

- Após três anos de uso;
- Em caso de perda ou roubo, condicionado à apresentação de boletim de ocorrência;
- Em caso de avaria, mediante a devolução da caneta danificada e após avaliação de dano causado por uso comum e não pelo mau uso.

Araucária, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do usuário ou cuidador

Assinatura do responsável pela entrega



APÊNDICE II – Termo de Comodato do Glicosímetro

Eu _____,
RG _____, CPF _____, recebi da
Unidade de Saúde _____ o
Glicosímetro marca _____ nº série _____.

Como este ficará sob minha responsabilidade, estou ciente que deverei tomar os seguintes cuidados:

- a) Manter o equipamento em boas condições;
- b) Seguir as orientações de uso conforme manual e orientações da equipe de saúde;
- c) Comparecer periodicamente na Unidade de Saúde para retirada das tiras, **levando o aparelho para disponibilização dos dados oriundos das medições realizadas à equipe de saúde;**
- d) Em caso de alteração de endereço, comunicar a Unidade de Saúde;
- e) Estar ciente que, se solicitada a devolução do aparelho, devido à mudança de marca, deverá entregar o aparelho ao Serviço de Saúde;

Estou ciente de que se não cumprir as condições acima, a qualquer momento a Unidade de Saúde poderá recolher o aparelho.

Araucária, _____ de _____ de 20 ____.

Coordenador: _____

Assinatura do Paciente



APÊNDICE III – Planilha de Controle da Glicemia Capilar

Dia/ Mês/ Ano	Café da Manhã			Almoço			Lanche			Jantar			Glicemia ao deitar	Obs.
	Antes	2 h após	Dose Insulina (unidade)	Antes	2 h após	Dose insulina (unidade)	Antes	2 h após	Dose insulina (unidade)	Antes	2 h após	Dose insulina (unidade)		
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														
/ /														

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/06/2026 15:49 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c1pm.com.br/p201661ar79bbdt>



APÊNDICE IV – Receita para Prescrição de Imiquimode

RECEITA PARA PRESCRIÇÃO DE IMIQUIMODE (2 VIAS - 1 PARA O PACIENTE, 1 PARA FARMÁCIA ESPECIAL)	
NOME DO PACIENTE: _____	
IPM: _____	
CID 10: _____	
MEDICAMENTO: IMIQUIMODE 50MG/G SACHÊ COM 250 G	
Quantidade: _____ sachês	
Posologia: _____	
Data da Prescrição: _____	Assinatura/carimbo _____
Farmácia: _____	
Data: _____	
Quantidade fornecida: _____	
Assinatura do paciente/responsável: _____	



APÊNDICE V – Termo de Responsabilidade/Esclarecimentos para Mulheres com mais de 55 Anos de Idade ou para Homens de Qualquer Idade (TALIDOMIDA)**TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____ do sexo masculino [] feminino [] com idade de ____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de Talidomida.

1. Informe *verbalmente* ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que *não evita filhos* e que *não provoca aborto*. Portanto, somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe *verbalmente* também que a Talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de Talidomida à outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta) dias após o término e, que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____/____/____



A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____
Órgão Expedidor _____ residente na rua _____
Cidade _____ Estado _____ e telefone _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

☐ NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: _____

☐ CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja *menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção*:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____,
responsável pelo (a) paciente _____,
comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou
ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____



APÊNDICE VI – Termo de Responsabilidade/Esclarecimentos para Pacientes do Sexo Feminino, Menores de 55 anos. (TALIDOMIDA)

TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

1. Informe *verbalmente* a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de Talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Informe *verbalmente* à paciente que a Talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo-abdome agudo; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
3. Explique *verbalmente* que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com Talidomida.
4. Informe *verbalmente* à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento à base de Talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
5. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
6. Constatei, por meio de teste de gravidez de **ALTA SENSIBILIDADE** (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:
7. Data do Teste: ____/____/____ Resultado: _____
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____
8. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:
Métodos anticoncepcionais em uso: _____ Data do Início: ____/____/____
9. Informe *a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.*
10. Solicite à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retomando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
11. Informe *verbalmente* a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar **imediatamente** o tratamento e me procurar.



12. Informe-me que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.

13. *Certifiquei-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.*

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): _____ C.R.M.: _____

A ser preenchido pela paciente:

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____
Órgão Expedidor _____ residente na rua _____
Cidade _____ Estado _____ e telefone _____

recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

☐ **NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA**

Assinatura: _____

☐ **CONCORDO** que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____,
responsável pelo paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: __/__/__



APÊNDICE VII – Questionário Técnico para Prescrição de Medicamentos do Protocolo complementar da Assistência Farmacêutica (AF)

Nome:	Data: _____/_____/_____
Patologia alvo:	CID:

MEDICAMENTOS PRESCRITOS	
Nome comercial	Composição química

Quais os tratamentos já realizados para a patologia em questão?			
Medicamento	Posologia	Duração	Resultado

Existe medicamentos padronizados na rede para tratamento desta patologia?	Sim ()	Não ()
Em caso afirmativo, justificar a não utilização dos mesmos:		
Em caso negativo, justifique a sua prescrição:		



Assinatura e carimbo:



APÊNDICE VIII – Automonitoramento Glicêmico – INSULINIZADOS

Nome do paciente:	
Data de início do monitoramento: ____/____/____	Data de término do monitoramento: ____/____/____

PERÍODO	DIA 1	DIA 2	DIA 3
Jejum			
Após o café			
Após o almoço			
Antes do jantar			
Após o jantar			
Hora de dormir			
Madrugada 3 h da manhã			
Observações: Atividades fora da rotina, como festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes, etc.			

INSTRUÇÕES

Obs.: Os espaços em branco na tabela indicam os horários nos quais devem ser realizadas as medidas.

1. Lavar e secar as mãos;
2. Preparar o lancetador com a lanceta;
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor;
4. O sensor automaticamente mostrará que já se pode colocar a gota de sangue;
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada;
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente);
7. Observar o resultado após alguns segundos; Registrar o resultado obtido no diário glicêmico;
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta. Desligar o medidor.

 Farmacêutico Responsável


APÊNDICE IX – Automonitoramento Glicêmico (NÃO-INSULINIZADOS)

Nome do paciente:	
Data de início do monitoramento: ____/____/____	Data de término do monitoramento: ____/____/____

PERÍODO	DIA 1	DIA 2	DIA 3
Jejum			
Após o café			
Após o almoço			
Antes do jantar			
Após o jantar			
Hora de dormir			
Madrugada 3 h da manhã			
Observações: Atividades fora da rotina, como festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes, etc.			

INSTRUÇÕES

Obs.: Os espaços em branco na tabela indicam os horários nos quais devem ser realizadas as medidas.

1. Lavar e secar as mãos;
2. Preparar o lancetador com a lanceta;
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor;
4. O sensor automaticamente mostrará que já se pode colocar a gota de sangue;
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada;
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área-alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente);
7. Observar o resultado após alguns segundos; Registrar o resultado obtido no diário glicêmico;
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta. Desligar o medidor.

 Farmacêutico Responsável


APÊNDICE X – Monitoramento Residencial da Pressão Arterial - MRPA

Nome: _____				
DIA	HORÁRIO	VALORES - MANHÃ	HORÁRIO	VALORES - NOITE
1º DIA ____/____/____	____:____	Medida 1:	____:____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
		Medida 3:		Medida 3:
2º DIA ____/____/____	____:____	Medida 1:	____:____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
		Medida 3:		Medida 3:
3º DIA ____/____/____	____:____	Medida 1:	____:____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
		Medida 3:		Medida 3:
4º DIA ____/____/____	____:____	Medida 1:	____:____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
		Medida 3:		Medida 3:
5º DIA ____/____/____	____:____	Medida 1:	____:____	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
		Medida 3:		Medida 3:
INSTRUÇÕES • Efetuar 3 (três) medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos e antes do desjejum, e 3 (três) medidas à noite, antes do jantar, com intervalos de 1 minuto entre cada medida; • Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos; • Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição; • No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima; • Colocar o manguito no braço ao nível do coração; • Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar; • Anotar o horário e o valor de cada medida.				

Farmacêutico Responsável



APÊNDICE XI – Plano Personalizado de Aconselhamento ao Paciente

Nome do Paciente:

Data:	/	/
-------	---	---

[illegible]

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:

FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL:

SAÚDE

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 10/06/2026 15:49:03:00 -03



20. ANEXOS

ANEXO I – Laudo de Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente* 5-Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 6-Altura do paciente* cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* 10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* ☐ NÃO ☐ SIM. Relatar:

13- **Atestado de capacidade***
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?
☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda
20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

22- Correio eletrônico do paciente

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



21. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo da Assistência Farmacêutica			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da Edição
00	Telma Rozinha Dambroski de Freitas 10/2012	Comissão de Farmácia e Terapêutica 10/2012	Criação do Protocolo da Assistência Farmacêutica
01	Telma Rozinha Dambroski de Freitas 12/2014	Comissão de Farmácia e Terapêutica 12/2014	Revisão 1
02	Marion Thiessen Helrighel 12/2019	Comissão de Farmácia e Terapêutica 12/2019	Revisão 2
03	Marion Thiessen Helrighel 10/2020	Comissão de Farmácia e Terapêutica 10/2020	Revisão 3
04	Marion Thiessen Helrighel 17/03/2026 Keila Elaine P. de Godoi 25/03/2026	Comissão de Farmácia e Terapêutica 24/03/2026	Revisão 4

