

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

Protocolo Assistência Farmacêutica

Março de 2021



PROTOCOLO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Araucária, Março 2021

Versão 4

PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Hissam Hussein Dehaini

VICE-PREFEITO

Hilda Lukalski Seima

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Genildo Pereira Carvalho

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Adilson Seidi Sugiura

OUVIDORIA EM SAÚDE

Janet Kfiatkoski

DIREÇÃO GERAL

Camila Gonçalves Lemos Fabrício de Mello

DIREÇÃO TÉCNICA

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

DIREÇÃO ASSISTENCIAL

Lucas Foltz

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Regina Mendonça de Carvalho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Cláudia Gomes Sant'Anna

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Fabrício Binder

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kelly Rosa Rigoni Lavarias

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Nilian Valência Ferreira Madeira

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

André Luiz Dreveniak

ELABORAÇÃO

Aureanna Nairne Negrão Muakami – Farmacêutica
Marion Thiessen Helrighel – Farmacêutica
Telma Rozinha Dambroski de Freitas – Farmacêutica
Marcelo Pontes Marcicano – Farmacêutico
George Maslowski – Farmacêutico
Leoni Vanderléa Machado – Farmacêutica
Alexandro André Radin – Cirurgião Dentista
Alexsandra Tomé – Nutricionista
Cinara Roberta Braga Sorice – Médica
Luciano Sankari – Médico
Claudio Cesar Veiga da Costa – Médico
Eliane Joslin de Almeida Jacobi – Farmacêutica
Priscila Frahm Higashiyama – Farmacêutica

Diagramação e revisão

Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS – DPGA

Núcleo de Comunicação em Saúde – NCS

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes	27
Ilustração 2 – Esquema básico para o tratamento em crianças (<10 anos)	27
Ilustração 3 – Esquema terapêutico para toxoplasmose aguda na gestação, quando não há possibilidade de confirmar infecção fetal no líquido amniótico, por meio de PCR em tempo real	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Elenco de medicamentos padronizados para uso interno das Unidades de Saúde e Serviços	13
Quadro 2 – Elenco de medicamentos padronizados pelo Município na Assistência Farmacêutica com os respectivos locais de distribuição	16
Quadro 3 – Elenco de medicamentos programa de Tuberculose	26
Quadro 4 – Elenco de medicamentos programa de Hanseníase	28
Quadro 5 – Elenco de medicamentos programa de toxoplasmose em gestante ...	29
Quadro 6 – Elenco de medicamentos programa do tabagismo	30
Quadro 7 – Elenco de insulinas	31

LISTA DE SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica

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

IPM – Internet Pública Municipal

LME – Laudo de solicitação de medicamentos do componente especializado

MS – Ministério da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PR – Paraná

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

VO – Via Oral

SUMÁRIO

PODER EXECUTIVO.....	3
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	4
ELABORAÇÃO.....	5
Diagramação e revisão.....	5
1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	12
3. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS.....	13
3.1 Elenco de medicamentos padronizados para uso interno das Unidades de Saúde e Serviços.....	13
3.2 Elenco de medicamentos padronizados pelo Município na Assistência Farmacêutica com os respectivos locais de distribuição.....	16
3.3 Normas para prescrição e dispensação dos medicamentos padronizados.....	24
3.4 Medicamentos pertencentes à Portaria 344/98 (medicamentos controlados):.....	25
3.5 Protocolos especiais para dispensação de medicamentos.....	25
4. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS.....	26
4.1 Programa de Tuberculose.....	26
4.1.1 Elenco de medicamentos:.....	26
4.1.2 Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.....	27
4.1.3 Esquema básico para o tratamento em crianças (<10 anos).....	27
4.2 Programa de Hanseníase.....	28
4.2.1 Elenco de medicamentos.....	28
4.3 Programa de toxoplasmose em gestante.....	29
4.3.1 Elenco de medicamentos.....	29
4.3.2 Esquema de tratamento da Toxoplasmose na Gestante conforme protocolo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.....	30
4.4 Programa do tabagismo.....	30
4.4.1 Elenco de medicamentos.....	30
Quadro 6 – Elenco de medicamentos programa do tabagismo.....	30
4.5 Programa de análogos de insulina.....	31
4.5.1 Elenco de insulinas.....	31
4.6 Imunoglobulina ANTI-RH – Gestantes.....	32
5. PROGRAMA DE COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	33
5.1 Abertura de processos novos:.....	34
5.1.1 Documentação Necessária:.....	34
5.1.2 Observações Importantes:.....	34
5.2 Renovação de processos:.....	35

5.2.1 Documentação Necessária:.....	35
5.2.2 Observações Importantes:.....	35
6. FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	36
6.1 Abertura do processo:.....	36
6.2 Análise da solicitação:.....	36
6.3 Dispensação dos Medicamentos:.....	37
7. CUIDADO FARMACÊUTICO.....	38
7.1 Consulta farmacêutica.....	38
7.2 Prescrição farmacêutica.....	39
7.3 Protocolos Clínicos.....	40
8. REFERÊNCIAS.....	41
9. ANEXOS.....	43
ANEXO I – Fluxo de liberação de esquemas especiais para tuberculose – referência, conforme orientação da Coordenação do Programa Estadual.....	43
ANEXO II – Termo de responsabilidade / esclarecimentos para mulheres com mais de 55 anos de idade ou para homens de qualquer idade (TALIDOMIDA).....	44
ANEXO III – Termo de responsabilidade / esclarecimentos para pacientes do sexo feminino, menores de 55 anos. (TALIDOMIDA).....	45
ANEXO IV – Laudo de solicitação de medicamentos do componente especializado (LME)....	46
ANEXO V – Relatório médico específico para Diabetes Mellitus Tipo 1.....	47
ANEXO VI – Questionário técnico para prescrição de medicamentos do protocolo complementar da Assistência Farmacêutica (AF).....	48
ANEXO VII – Automonitoramento glicêmico – insulinizados.....	49
ANEXO VIII – Automonitoramento glicêmico – não-insulinizados.....	50
ANEXO IX – Monitoramento residencial da pressão arterial - MRPA.....	51
ANEXO X – Plano personalizado de aconselhamento ao paciente.....	52
ANEXO XI – Protocolo para fornecimento dos glicosímetros.....	53
ANEXO XII – Formulário para solicitação de glicosímetro.....	57
ANEXO XIII – Termo de comodato do aparelho de glicemia.....	58
10. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	59

1. APRESENTAÇÃO

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial. Este protocolo tem como finalidade instrumentalizar a Equipe de Saúde, em suas intervenções nas Unidades de Saúde e Serviços, individual e coletivamente.

No Protocolo de atendimento da Assistência Farmacêutica estão descritas as normas para entrega de medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, medicamentos que estão inseridos nos Programas de Saúde do Estado e Ministério da Saúde e medicamentos do protocolo complementar da assistência farmacêutica. O objetivo deste instrumento é sistematizar as informações para auxiliar a prescrição e dispensação dos medicamentos, visando o melhor atendimento da população.

2. INTRODUÇÃO

Assistência Farmacêutica é uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações.

A farmácia constitui área estratégica para o resultado da assistência prestada ao paciente, uma vez que o medicamento constitui o principal instrumento terapêutico, sendo um componente sanitário intrínseco que, apesar dos benefícios que proporciona, também envolve riscos. Representa uma ferramenta indispensável na atenção à saúde, que necessita de um gerenciamento único. Para tanto, a gestão da farmácia não deve estar apenas relacionada à disponibilidade do medicamento, mas também ao seu uso racional, o que envolve funções administrativas, técnicas, clínicas e econômicas.

As responsabilidades com relação à Assistência Farmacêutica são divididas entre União, Estado do Paraná e o Município de Araucária, em 3 componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

O Componente Básico é financiado pelas 3 esferas, sendo responsabilidade do município a aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e dispensação. É composto pelos medicamentos utilizados para tratamento das doenças mais comuns da população.

O Componente Especializado tem como objetivo majoritário a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial. É financiado em sua maior parte pela União.

Finalmente, o Componente Estratégico, adquirido e distribuído pelo Ministério da Saúde, financiado pela União, realiza ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

1. Controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
2. Antirretrovirais do programa DST/ Aids;
3. Sangue e hemoderivados; e
4. Imunobiológicos.

3. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

3.1 Elenco de medicamentos padronizados para uso interno das Unidades de Saúde e Serviços

Quadro 1 – Elenco de medicamentos padronizados para uso interno das Unidades de Saúde e Serviços.

ITEM	DESCRIÇÃO	PA ADULTO	UBS	CEM	CAPS AD/II
1.	ACETILCISTEÍNA 100MG INJETÁVEL	X			
2.	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250 MG INJETÁVEL	X			
3.	ADENOSINA 3MG/ML INJETÁVEL	X			
4.	ÁGUA DESTILADA INJETÁVEL	X	X		X
5.	AMINOFILINA 24MG/ML INJETÁVEL	X	X		
6.	AMIODARONA 150 MG INJETÁVEL	X			
7.	AMPICILINA SÓDICA 1G INJETÁVEL	X			
8.	ATROPINA 0,25 MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
9.	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000 UI INJETÁVEL	X			
10.	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% INJETÁVEL	X			
11.	BIPERIDENO 5 MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
12.	BROMOPRIDA 10MG INJETÁVEL	X	X		X
13.	CARVÃO ATIVADO	X			
14.	CEFAZOLINA SÓDICA 1 G INJETÁVEL	X			
15.	CEFTRIAXONA 1G INJETÁVEL	X			
16.	CETAMINA 57,67/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL				
17.	CETOPROFENO 100MG INJETÁVEL	X			
18.	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% INJETÁVEL	X			
19.	CLORETO DE SÓDIO 20% INJETÁVEL	X			
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
24.	DIAZEPAM 5MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X		X

25.	DIMENIDRATO 30MG + PIRIDOXINA 50MG INJETÁVEL	X			
26.	DIPIRONA 500 MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
27.	DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	X	X		
28.	DOBUTAMINA 250MG INJETÁVEL	X			
29.	DOPAMINA 50MG INJETÁVEL	X			
30.	EPINEFRINA 1MG/ML INJETÁVEL	X	X		
31.	FENITOÍNA 50MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
32.	FENOTEROL 05 MG/ML – SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	X	X		
33.	FENTANILA 50MCG/ML INJETÁVEL	X			
34.	FLUFENAZINA 25MG/ML INJETÁVEL		X		X
35.	FENOBARBITAL 200MG INJETÁVEL	X	X		X
36.	FLUMAZENIL 01MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	X	X		X
37.	FLUORESCINA COLÍRIO FRASCO 3 ML			X	
38.	FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO, FRASCO PLÁSTICO.	X			
39.	FUROSEMIDA 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X		
40.	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% INJETÁVEL	X			
41.	GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X		X
42.	HALOPERIDOL 5MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
43.	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML INJETÁVEL	X			
44.	HIDROCORTISONA 500 MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X		
45.	HIDROCORTISONA 100 MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X		
46.	IPRATRÓPIO SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,025%	X	X		
47.	LIDOCAÍNA 2% GELEIA	X			
48.	LIDOCAÍNA 2% SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM VASO CONSTRITOR	X			

49.	LIDOCAÍNA 100MG/ML SPRAY			X	
50.	METILERGOMETRINA 0,2MG INJETÁVEL	X			
51.	METILPREDNISOLONA 500MG, PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	X			
52.	METOCLOPRAMINA 5MG/ML INJETÁVEL	X			
53.	METOPROLOL 5MG INJETÁVEL.	X			
54.	METRONIDAZOL 5 MG/ML INJETÁVEL	X			
55.	MIDAZOLAM 5MG/ML INJETÁVEL	X			
56.	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 10 MG INJETÁVEL	X			
57.	MORFINA 10MG/ML INJETÁVEL	X			
58.	NALOXONA 0,4 MG/ML INJETÁVEL	X			
59.	NITROGLICERINA 5MG/ML INJETÁVEL	X			
60.	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO DIIDRATADO 50MG INJETÁVEL.	X			
61.	NORADRENALINA 1MG/ML INJETÁVEL	X			
62.	OMEPRAZOL 40MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	X			
63.	PROMETAZINA 25 MG/ML, CLORIDRATO DE, SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X		
64.	RANITIDINA 50 MG SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X		X
65.	SOLUÇÃO DE MANITOL 20% FRASCOS COM 250 ML.	X			
66.	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	X			
67.	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% AMPOLA 10 ML	X	X		
68.	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 100 ML	X			
69.	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 250 ML	X	X		
70.	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 500 ML	X	X		
71.	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS 100 ML	X	X		
72.	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS 250 ML	X	X		

73.	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS COM 500 ML	X	X		
74.	SUXAMETÔNIO 100MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X			
75.	SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETROPINA 80 MG INJETÁVEL	X			
76.	SULFATO DE GENTAMICINA 80 MG INJETÁVEL	X			
77.	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% INJETÁVEL	X			
78.	SULFATO DE TERBUTALINA 0,5 MG/ML INJETÁVEL	X			
79.	TETRACAÍNA, CLORIDRATO DE, + FENILEFRINA COLÍRIO	X		X	
80.	TRAMADOL 100MG INJETÁVEL	X			
81.	TROPICAMIDA 1% COLÍRIO			X	
82.	VITAMINA K 10 MG/ML INJETÁVEL	X			

Fonte: Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT

Estes medicamentos não são entregues ao paciente, são medicamentos utilizados nos casos de emergência ou procedimentos médicos/enfermagem, onde o mesmo é utilizado ou administrado ao paciente na própria Unidade de Saúde/Serviço.

A prescrição destes medicamentos poderá ser através de receita médica ou anotada no prontuário do paciente, exceto para os medicamentos da Portaria 344/98, onde é obrigatória a receita médica, para a realização do controle e registros realizados pelo farmacêutico, conforme exigência da Portaria 344/98.

3.2 Elenco de medicamentos padronizados pelo Município na Assistência Farmacêutica com os respectivos locais de distribuição.

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

ITEM	DESCRIÇÃO	PA ADULTO	PA INFANTIL	UBS ÁREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCIA CENTRAL
1.	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 10MG COMPRIMIDO			X	X	

2.	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO			X	X	
3.	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
4.	ACIDO FÓLICO 5 MG COMPRIMIDO			X	X	
5.	ÁCIDO FÓLICO GOTAS			X	X	
6.	ACIDO FOLÍNICO 15 MG COMPRIMIDO			X	X	
7.	ACIDO VALPRÓICO 250 MG CÁPSULA			X	X	
8.	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL			X	X	
9.	ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL			X	X	
10.	ALENDRONATO DISSÓDICO 70 MG COMPRIMIDO			X	X	
11.	ALOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO			X	X	
12.	AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO			X	X	
13.	AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
14.	AMITRIPTILINA 75MG COMPRIMIDO			X	X	
15.	AMOXICILINA 250 MG/ 5ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
16.	AMOXICILINA 250 MG+ ÁCIDO CLAVULÂNICO 5 ML PÓ P/ SUSPENSÃO		X		X	X
17.	AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	X	X	X	X	
18.	AMOXICILINA 500MG+ ÁCIDO CLAVULÂNICO CÁPSULA.	X*			X	X
19.	ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO			X	X	
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 35 COMPRIMIDO			X	X	
23.	ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO			X	X	
24.	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	X		X	X	

25.	AZITROMICINA 600 MG, PÓ P/ SUSPENSÃO ORAL+DILUENTE.		X	X	X	
26.	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 U.I.	X		X	X	
27.	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 U.I.			X	X	
28.	BIPERIDENO 2 MG, CLORIDRATO DE, COMPRIMIDO			X	X	
29.	BROMOPRIDA GOTAS PEDIÁTRICA 4 MG/ML		X	X	X	
30.	BRONFENIRAMINA, MALEATO DE 2MG/ML + FENILEFRINA, CLORIDRATO DE 2,5MG/ML		X	X	X	
31.	BUDESONIDA 32 MCG/DOSE SPRAY NASAL				X	X
32.	BUDESONIDA 64 MCG/DOSE SPRAY NASAL				X	X
33.	CARBAMAZEPINA 100 MG/5ML SUSPENSÃO			X	X	
34.	CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO			X	X	
35.	CARBAMAZEPINA 400MG COMPRIMIDO			X	X	
36.	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG+ VITAMINA D 400 U.I. COMPRIMIDO				X	X
37.	CARBONATO DE LÍCIO 300 MG COMPRIDOS			X	X	
38.	CARVEDILOL 25MG COMPRIMIDO					
39.	CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO			X	X	
40.	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO			X	X	
41.	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO			X	X	
42.	CEFALEXINA 250 MG/5ML SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
43.	CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
44.	CINARIZINA 75 MG COMPRIMIDO			X	X	
45.	CIPROFLOXACINO 3,5MG/G POMADA OFTÁLMICA				X	X
46.	CIPROFLOXACINO 3,5MG/ML COLÍRIO				X	X
47.	CIPROFLOXACINO 500 MG COMPRIMIDO	X*			X	X

48.	CLOMIPRAMINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
49.	CLOMIPRAMINA 75 MG COMPRIMIDO			X	X	
50.	CLONAZEPAN 2 MG COMPRIMIDO			X	X	
51.	CLONAZEPAN 2,5 MG/ML GOTAS			X	X	
52.	CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO NASAL	X	X	X	X	
53.	CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDOS			X	X	
54.	CLORPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
55.	COMPLEXO B DRÁGEA			X	X	
56.	COMPLEXO B XAROPE			X	X	
57.	COMPOSTO VITAMÍNICO MINERAL (protocolo especial)			X	X	
58.	DEXAMETASONA 0,1% COLÍRIO				X	X
59.	DEXAMETASONA 0,1% CREME	X	X	X	X	
60.	DEXAMETASONA+SULF. DE NEOMICINA+ SULFATO DE POLIMININA B COLÍRIO				X	X
61.	DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML SOLUÇÃO ORAL.		X	X	X	
62.	DIAZEPAN 5 MG COMPRIMIDOS			X	X	
63.	DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO			X	X	
64.	DIMETICONA 75 MG/ML SUSPENSÃO			X	X	
65.	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	X		X	X	
66.	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA INJETÁVEL					X
67.	DOXAZOSINA 2 MG COMPRIMIDO			X	X	
68.	DOXICICLINA 100MG COMPRIMIDO					X
69.	ENALAPRIL 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
70.	ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG, INJETÁVEL			X	X	
71.	ESPIRAMICINA 500MG CÁPSULA			X	X	

72.	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
73.	ESTRIOL 1MG/G, CREME VAGINAL			X	X	
74.	ESTROGÊNIO CONJUGADO 0,300MG DRÁGEA			X	X	
75.	FENITOÍNA 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
76.	FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
77.	FENOBARBITAL GOTAS PEDIÁTRICAS 1MG/GOTA			X	X	
78.	FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
79.	FLUCONAZOL 150 MG CÁPSULA			X	X	
80.	FLUOXETINA 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
81.	FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G (protocolo especial)			X	X	
82.	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDOS			X	X	
83.	GENTAMICINA 5MG/M COLÍRIO	X	X	X	X	
84.	GLICLAZIDA 30MG COMPRIMIDO			X	X	
85.	GUACO – MIKANIA GLOMERATA – XAROPE	X	X	X	X	
86.	HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO			X	X	
87.	HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO			X	X	
88.	HALOPERIDOL, DECANOATO DE 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL			X	X	
89.	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
90.	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO SUSPENSÃO					X
91.	HIPROMELOSE 3% COLÍRIO				X	X
92.	IBUPROFENO 50MG/ML		X	X	X	
93.	IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDO	X		X	X	
94.	IMIPRAMINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
95.	INSULINA NPH 100			X	X	
96.	INSULINA REGULAR			X	X	
97.	ISOSSORBIDA 5 MG COMPRIMIDO SUBLINGUAIS			X	X	

98.	ISSORBIDA 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
99.	IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO		X	X	X	
100.	LEVODOPA 250MG + CARBIDOPA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
101.	LEVOMEPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
102.	LEVOMEPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
103.	LEVONORGESTREL 0,75MG COMPRIMIDO			X	X	
104.	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO			X	X	
105.	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO			X	X	
106.	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG COMPRIMIDO			X	X	
107.	LORATADINA 10MG COMPRIMIDOS	X	X	X	X	
108.	LORATADINA 1MG/ML XAROPE		X	X	X	
109.	LOSARTAN POTÁSSICO 50 MG COMPRIMIDO			X	X	
110.	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO			X	X	
111.	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO REVESTIDO			X	X	
112.	METILFENIDATO 10MG COMPRIMIDOS (protocolo especial)					X
113.	METOCLOPRAMINA 10MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
114.	METRONIDAZOL 250 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
115.	METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL			X	X	
116.	METRONIDAZOL CREME VAGINAL + APLICADOR			X	X	
117.	MICONAZOL 20MG/G CREME DERMATOLÓGICO			X	X	
118.	MICONAZOL 100MG/ 4G DE CREME VAGINAL			X	X	
119.	NISTATINA 100.000 UI SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
120.	NITROFURANTOINA 100 MG CAPSULAS	X		X	X	
121.	NORTRIPTILINA 25MG CÁPSULA			X	X	

122.	OMEPRAZOL 20MG. CÁPSULAS			X	X	
123.	ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDOS			X	X	
124.	OSELTAMIVIR 30MG		X	X	X	
125.	OSELTAMIVIR 45 MG		X	X	X	
126.	OSELTAMIVIR 75MG	X	X	X	X	
127.	OXIBUTINA 1MG/ML SOLUÇÃO ORAL			X	X	
128.	OXIBUTINA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
129.	ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D POMADA			X	X	
130.	PARACETAMOL 200 MG/ML GOTAS.	X	X	X	X	
131.	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDOS	X		X	X	
132.	PERMETRINA 10 MG/ML LOÇÃO			X	X	
133.	PERMETRINA 50 MG/ML LOÇÃO			X	X	
134.	PIRIMETAMINA 25 MG			X	X	
135.	PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
136.	PREDNISONA 5 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
137.	PRENIDISOLONA 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL		X	X	X	
138.	PROMETAZINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
139.	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO			X	X	
140.	RANITIDINA 150 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
141.	RANITIDINA 150 MG/10 ML SUSPENSÃO ORAL			X	X	
142.	RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO			X	X	
143.	RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO			X	X	
144.	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	
145.	SALBUTAMOL 100MCG SPRAY ORAL			X	X	

146.	SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
147.	SULFADIAZINA 500MG COMPRIMIDO			X	X	
148.	SULFAMETOXAZOL 200 MG + TRIMETROPINA 40 MG/5ML SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
149.	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETROPINA 80 MG, COMPRIMIDO	X		X	X	
150.	SULFATO FERROSO 40MG DE FERRO ELEMENTAR COMPRIMIDO			X	X	
151.	SULFATO FERROSO GOTAS 125MG/ML			X	X	
152.	TIAMAZOL 5MG COMPRIMIDO			X	X	
153.	TIAMINA 300MG COMPRIMIDO			X	X	
154.	TIAMINA 100MG + PIRIDOXINA 100MG + CIANOCOBALAMINA 500MG INJETÁVEL					X
155.	TIMOLOLO 5% COLÍRIO			X	X	
156.	TIORIDAZINA 100 MG DRÁGEAS			X	X	
157.	TIORIDAZINA 50 MG DRÁGEA			X	X	
158.	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG/ML XAROPE			X	X	
159.	VARFARINA SÓDICA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
160.	VERAPAMIL 80MG COMPRIMIDO			X	X	
161.	VITAMINA A 50.000 UI + VITAMINA D3 10.000 UI/ML GOTAS			X	X	
162.	VITAMINA A+ AMINOÁCIDO+CLORANFENICOL POMADA OFTÁLMICA				X	X

Fonte: Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT

*Medicamentos dispensados apenas nos períodos em que UBS está fechada e em quantidade suficiente até que o paciente procure UBS da área de abrangência.

Para a entrega dos medicamentos nas Unidades de Saúde ou na Farmácia Central é necessário a prescrição médica (receita), cartão nacional de saúde do usuário e cadastro no Município via sistema IPM.

3.3 Normas para prescrição e dispensação dos medicamentos padronizados

Os receituários deverão ser realizados via sistema IPM, contendo carimbo e assinatura do prescritor. Na falta do sistema, os receituários deverão ser identificados, em forma de carimbo, com o nome da Unidade de Saúde. Para isso, o receituário pode ser carimbado previamente por algum funcionário da Unidade antes de ser preenchido pelo prescritor.

A prescrição deverá ser realizada obrigatoriamente pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), de acordo com a Lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, datada e com identificação do prescritor.

As prescrições médicas para doenças crônico-degenerativas deverão apresentar, de maneira explícita pelo prescritor, a identificação do referido período de tratamento (até o limite de seis meses) por meio da posologia e quantidade total de unidades farmacêuticas a serem utilizadas e/ou por meio da descrição do tempo de tratamento. A dispensação deverá ser de forma gradual, para cada sessenta dias de tratamento, obedecendo-se a posologia especificada pelo prescritor. No caso do retorno com o médico especialista não ocorrer em seis meses, a prescrição médica poderá ser renovada pelo clínico geral da UBS.

Os medicamentos de uso contínuo (saúde mental, hipertensão, diabetes, planejamento familiar) só poderão ser retirados na Unidade de Saúde de referência do usuário.

Medicamentos do Planejamento Familiar:

Enantato de noretisterona 50 mg + valerato estradiol 5 mg/ml (Mesigyna®) - injetável – uma ampola a cada 27 a 33 dias.

Medroxiprogesterona 15mg injetável (Depo Provera®) - uma ampola a cada 85 a 91 dias.

Etinilestradiol 0,03 mg+levonorgestrel 0,15 mg cpr (Ciclo 21®) - uma cartela a cada 28 dias.

Se perder a data da aplicação, ou do VO, encaminhar para consulta de enfermagem, farmacêutica ou médica para conduta. Orientar uso de preservativo nas falhas e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Diabetes Mellitus:

Insulinas (NPH e Regular) e insumos – dispensar para 30 dias de tratamento.

Glicosímetros – a dispensação segue conforme protocolo anexo.

As prescrições de antimicrobianos deverão ser feitas em duas vias, e a validade da receita é de 10 dias a partir data de emissão. Na dispensação deverá ser retida a 2ª via da receita, conforme RDC nº 20/2011.

3.4 Medicamentos pertencentes à Portaria 344/98 (medicamentos controlados):

Para os medicamentos da lista A, a quantidade pode ser prescrita para no máximo 30 dias de tratamento, quando prescrita quantidade acima de 30 dias deverá acompanhar justificativa com CID.

Para os medicamentos padronizados constantes na lista B e C a prescrição deverá ser no máximo para 60 dias de tratamento. As prescrições que excederem a quantidade para este período, a entrega será de quantidade suficiente para no máximo 60 dias de tratamento.

A validade da receita e notificação de receita para medicamentos controlados é de 30 dias a partir da data de emissão.

OBS: É obrigatório o preenchimento de todos os campos da notificação de receita. Para os medicamentos constantes na lista C1 (receita branca) a prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 03 (três) medicamentos da lista "C1" (Portaria 344/98).

3.5 Protocolos especiais para dispensação de medicamentos Metilfenidato:

O medicamento metilfenidato 10mg só é dispensado para prescrições do SUS. Na primeira vez para prescrições de médicos neuropediatras, neurologistas e/ou psiquiatras que atendem no SUS, as dispensações subsequentes podem ser para prescrições de médicos das UBS.

Composto vitamínico e fosfomicina

A dispensação destes medicamentos é exclusiva para gestantes.

O composto vitamínico a ser fornecido para pacientes pós cirurgia bariátrica deve ser encaminhado para a Farmácia Central, para abertura de processo administrativo.

4. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

4.1 Programa de Tuberculose

4.1.1 Elenco de medicamentos:

Quadro 3 – Elenco de medicamentos programa de Tuberculose.

1	Estreptomicina 1g Fr ampola
2	Etambutol 400mg comprimidos
3	Etionamida 250mg drágeas
4	Isoniazida 100mg comprimidos *
5	Rifampicina 150mg + isoniazida 75mg + pirazinamida 400mg + etambutol 275mg *
6	Rifampicina 150mg + isoniazida 75mg *
7	Isoniazida 100mg + Rifampicina 150mg
8	Isoniazida 200mg + Rifampicina 300mg
9	Pirazinamida 500mg comprimido
10	Pirazinamida 3% Sol. Oral 150 ml
11	Rifampicina 2% Sol. Oral 50 ml
12	Rifampicina 300mg comp.

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

*medicamentos que estão disponíveis no almoxarifado.

Esquema básico:

Para a entrega dos medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é necessário à prescrição médica e cartão nacional de saúde.

Os medicamentos para o tratamento de tuberculose estão disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde. O paciente deverá procurar a UBS mais próxima da sua residência para fazer o cadastro e inserção ao Programa de Tuberculose. O medicamento é entregue mensalmente para 30 dias de tratamento até concluir o tratamento. Estes medicamentos estão sujeitos às normas de prescrição dos antibióticos.

Esquema especial:

O paciente que apresentar alguma reação ou não responder ao esquema básico deverá ser encaminhado para o Serviço de Referência Secundária, localizado na 2º Regional de Saúde conforme fluxo estabelecido no ANEXO I.

Para o esquema especial os medicamentos deverão ser solicitados ao almoxarifado do município através da cópia da receita que foi fornecida pelo médico da Referência Secundária.

4.1.2 Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes

Ilustração 1 - Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes.

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.

R=Rifampicina H=Isoniazida Z=Pirazinamida E=etambutol

4.1.3 Esquema básico para o tratamento em crianças (<10 anos)

Ilustração 2 - Esquema básico para o tratamento em crianças (<10 anos)

FASES DO TRATAMENTO	FÁRMACOS	PESO DO PACIENTE						
		Até 20Kg	≥21Kg a 25Kg	≥26Kg a 30Kg	≥31Kg a 35Kg	≥36Kg a 39Kg	≥40Kg a 44Kg	≥45Kg
		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.

4.2 Programa de Hanseníase

4.2.1 Elenco de medicamentos

Quadro 4 – Elenco de medicamentos programa de Hanseníase.

1	Multibacilar adulto blister.
2	Paucibacilar blister
3	Multibacilar criança blister
4	Paucibacilar criança blister
7	Talidomida 100mg comprimidos * vide condições específicas
8	Rifampicina 300mg cápsulas
9	Clofazimina 50mg cápsulas
10	Clofazimina 100mg cápsulas
11	Dapsona 100mg comprimidos

Fonte: Protocolo de Hanseníase para monitoramento de situações especiais.

Para a entrega dos medicamentos para hanseníase (exceto talidomida) é necessário à prescrição médica e cartão nacional de saúde.

Os medicamentos para o tratamento de hanseníase estão disponíveis nas UBS e UBSF, onde o paciente deverá fazer o cadastro e inserção ao Programa de Hanseníase, para receber o medicamento. A dose supervisionada deve ser realizada pelo farmacêutico e/ou enfermeiro da UBS/UBSF no momento da dispensação da cartela. As demais doses devem ser orientadas a autoadministração até o final da cartela. A cartela com os medicamentos será entregue mensalmente até a conclusão do tratamento

* Condições específicas para talidomida:

A cada prescrição do medicamento à base de Talidomida, o paciente deverá receber do prescritor a Notificação de Receita de Talidomida e o Termo de Responsabilidade /Esclarecimento (ANEXOS II ou III, conforme o caso).

O Termo de Responsabilidade/Esclarecimento obrigatoriamente deverá ser preenchido e assinado pelo prescritor e pelo paciente, em 3 (três) vias, devendo a primeira via permanecer no prontuário, a segunda via ser arquivada na Farmácia Central e a terceira via ser mantida com o paciente.

A Notificação de receita terá validade de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de sua emissão e somente dentro da unidade federativa onde foi emitida.

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

4.3 Programa de toxoplasmose em gestante

4.3.1 Elenco de medicamentos

Quadro 5 – Elenco de medicamentos 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: Diretrizes clínicas, laboratoriais e terapêuticas da toxoplasmose gestacional / congênita do programa de gestação de alto risco.

4.3.2 Esquema de tratamento da Toxoplasmose na Gestante conforme protocolo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná

Ilustração 3 – Esquema terapêutico para toxoplasmose aguda na gestação, quando não há possibilidade de confirmar infecção fetal no líquido amniótico, por meio de PCR em tempo real.

IDADE GESTACIONAL	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Até 16ª semana	Espiramicina	3 gramas / dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000UI) 2 cp via oral de 8,8h
Entre 17ª e 33ª semana	Sulfadiazina	4 gramas / dia (8 cp de 500 mg) 2 cp via oral de 8,8h
	Primetamina	Dose de ataque: 2 cp via oral de 12/12h, nos dois primeiros dias (100 mg ao dia). Dose de manutenção: 2 cp via oral 24/24h, a partir do 3º dia.
	Ácido Fólico	1 comprimido (15 mg) via oral ao dia.
A partir da 34ª semana	Espiramicina	3 gramas/ dia (6 comp de 500 mg ou 1.500.000 UI) 2 cp via oral de 8,8h

Fonte: Diretrizes clínicas, laboratoriais e terapêuticas da toxoplasmose gestacional / congênita do programa de gestação de alto risco.

Estes medicamentos estão sujeitos às normas da prescrição dos antibióticos.

Não está incluso no protocolo o tratamento de toxoplasmose congênita, nestes casos encaminhar para Farmácia Central para abertura do processo de solicitação do medicamento conforme fluxo dos medicamentos da farmácia especial.

4.4 Programa do tabagismo

4.4.1 Elenco de medicamentos

Quadro 6 – Elenco de medicamentos programa do tabagismo.

Adesivo de Nicotina 21mg
Adesivo de Nicotina 14mg
Adesivo de Nicotina 7mg
Bupropiona 150mg

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo

Para receber o medicamento é necessária a inserção no grupo de tabagismo e participação nas reuniões de grupo.

Para receber o medicamento é necessário a 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 (médico ou dentista) dos medicamentos do programa de acordo com a necessidade individual.

Os medicamentos são dispensados na Farmácia Central ou na Unidade 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 Fagerstron.

A bupropiona será dispensada de acordo com a prescrição médica.

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 fornecida pelo município, conforme o número de grupos previstos pela SMSA.

4.5 Programa de análogos de insulina

4.5.1 Elenco de insulinas

Quadro 7 – Elenco de insulinas.

Insulina glargina: insulina de ação longa, com duração máxima de ação de 24 horas e sem pico de ação.
Insulina detemir: insulina de ação longa, com duração máxima de ação de 24 horas e pico de ação 6 a 8 horas após a administração, menos pronunciado do que o da NPH.
Insulina aspart: insulina de ação ultrarrápida, com início de ação 5 a 10 minutos após a administração, pico de ação em 1 a 3 horas e duração máxima da ação de 4 a 6 horas.
Insulina lispro: insulina de ação ultrarrápida, com início de ação em menos de 15 minutos após a administração, pico de ação em 30 a 90 minutos e duração máxima da ação de 4 a 6 horas.

Fonte: Protocolo clínico para dispensação de análogos de insulinas para atendimento do paciente com diabetes mellitus tipo 1 na rede pública de saúde

Este programa é estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde e segue o fluxo abaixo relacionado:

O paciente que necessitar de Análogos de Insulina deverá ser encaminhado à farmácia da 2ª Regional de Saúde (RS) com a documentação abaixo:

- Cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento;
- Cópia do CPF;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde/SUS;
- Cópia do comprovante de Endereço;
- LME (laudo para solicitação de medicamentos especializado): preencher todos os campos em duas vias (modelo no Anexo VI);
- Prescrição médica em 2 vias, feita por endocrinologistas;
- Relatório Médico Específico para Diabetes Mellitus Tipo 1: preenchido e assinado por especialista endocrinologista, (não é necessário preenchimento obrigatório da glicemia pós-prandial) em duas vias (modelo no Anexo VII);
- Cópia do exame de glicemia de jejum (deve ser realizado a cada 3-6 meses);
- Cópia do exame de hemoglobina glicada (deve ser realizado a cada 3-6 meses).

A cada mês o paciente cadastrado no programa, deverá retornar à farmácia da Regional de Saúde (Curitiba) para retirar a insulina. E semestralmente apresentar resultado da Glicemia em Jejum, Hemoglobina Glicada, receituário médico, LME;(cópia e original) e diária de glicemia ou glicosímetro.

4.6 Imunoglobulina ANTI-RH – Gestantes

Em casos de aplicação antes do parto, será liberado para paciente entre 28 a 34 semanas, com exigências dos seguintes documentos:

- RG e CPF;
- Cartão Nacional de saúde;
- Comprovante de residência;
- Receita médica;
- Solicitação Médica – LME;

– Carteira da gestante – páginas da identificação;

– Exames: Ultrassonografia (preferencialmente do 1º trimestre), Tipagem sanguínea, fator Rh, Coombs Indireto;

Se possível: tipagem sanguínea e fator Rh do pai.

A documentação enviada para scine02rs, que será encaminhada ao nível central para análise, sendo possível a aplicação depois da liberação do memorando com o nome da paciente.

Para aplicação pós-parto, é necessário somente a prescrição médica.

5. PROGRAMA DE 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 paciente é cadastrado no Programa de Medicamentos do CEAF.

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 Central no horário das 07h30 às 16h30. A vigência de cada deferimento é de 6 meses.

No ato de cada dispensação, o paciente assina um recibo, o que comprova o fornecimento do medicamento.

A cada seis (6) meses, o processo de solicitação do medicamento do componente especializado deve ser renovado, mediante apresentação de novo laudo médico.

5.1 Abertura de processos novos:

5.1.1 Documentação Necessária:

- RG ou Certidão de nascimento (menor) (cópia);
 - CPF (cópia);
 - CNS (cópia);
 - Comprovante de endereço (cópia);
 - LME (2 vias – original e cópia)* (modelo no ANEXO VI);
 - Prescrição médica (2 vias)*;
 - Relatório médico detalhado (original)*;
 - Relatórios específicos (conforme CID)*;
 - Termo de consentimento (assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável)*;
 - Exames específicos (conforme CID);
- * Documentos preenchidos pelo médico.

Os modelos dos Relatórios Específicos, Termo de Consentimento e a relação dos exames específicos estão disponíveis no <http://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>

5.1.2 Observações Importantes:

- Não pode ser carteira de habilitação no lugar do RG (não informa local de nascimento);
- LME preenchida nos campos obrigatórios;
- Receita médica com validade para os seis meses de vigência;

- Para medicamentos controlados, são necessárias seis receitas separadas, uma para cada mês de dispensação.

- Os exames e relatórios específicos exigidos dependem do CID;

- Os exames solicitados devem ser o mais recente possível;

- A avaliação das solicitações é feita na SESA-PR, não tendo o município qualquer responsabilidade no processo;

- Após o deferimento do processo no sistema e definida a sua vigência (6 meses), o paciente deverá retirar os medicamentos a cada mês estabelecido na vigência (o sistema não aceita dispensação de medicamentos referentes ao mês anterior, mês vencido = medicamento perdido);

- No quinto mês de retirada do medicamento, é entregue para o paciente pela farmácia CEAF, o LME de renovação já pré-preenchido com o nome do paciente, da mãe, CID e diagnóstico.

5.2 Renovação de processos:

5.2.1 Documentação Necessária:

- LME (2 vias)*;

- Prescrição médica;

- Exames e relatórios específicos exigidos dependem do CID.

* Documentos preenchidos pelo médico.

5.2.2 Observações Importantes:

- LME preenchida nos campos obrigatórios;

- Receita médica com validade para os seis meses de vigência;

- Para medicamentos controlados, são necessárias seis receitas separadas, uma para cada mês de dispensação;

- A renovação dos processos já deferidos anteriormente pode ser feita por outro clínico, desde que não sejam feitas alterações no tratamento;

- O LME para renovação já deve estar em poder do paciente para que o médico possa preenchê-la (em caso de perda, pode-se pedir nova via na farmácia central ou preencher nova LME).

A renovação só pode ser feita a partir do último mês da vigência, e deve ocorrer preferencialmente no momento da dispensação do último mês vigente. (caso seja feita posteriormente, o paciente corre o risco de ficar sem a medicação para o mês seguinte).

6. 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 de Medicamentos de Araucária.

6.1 Abertura do processo:

O paciente deverá ser orientado a abrir o processo de solicitação de medicamento na Farmácia Central, localizada no complexo do NIS, onde deverá apresentar os documentos abaixo relacionados:

- Cópia da receita médica (somente prescrição oriunda do SUS);
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Cópia do comprovante de endereço atualizado no nome do solicitante (caso de menor de idade em nome dos pais) ou declaração da Unidade de Saúde de que o paciente é morador da área de abrangência;
- Cópia do RG ou Certidão de Nascimento no caso de menor;
- Questionário técnico devidamente preenchido pelo médico que prescreveu o medicamento. (modelo no ANEXO VIII).

OBS: A abertura de processo para solicitação de medicamentos não padronizados deverá ser realizado:

- Pelo próprio paciente;
- Por familiar em casos de menor de idade, pacientes especiais ou pacientes com dificuldade de locomoção.

6.2 Análise da solicitação:

Esta solicitação vai ser avaliada pelo farmacêutico responsável, onde verificará:

- Se o medicamento solicitado não consta na rede municipal ou farmácia popular;
- Se o medicamento solicitado não consta nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde do Paraná;
- Verifica a legalidade da receita como data, assinatura e carimbo do médico.

O processo será encaminhado para a auditoria, sendo analisado dentro de 15 dias após a abertura do processo.

Após o deferimento ou indeferimento da solicitação pelo médico auditor, os processos serão encaminhados para a Farmácia Central onde:

- Se o Processo foi indeferido aguardar até que o paciente procure o retorno que é o prazo de 15 dias, se o paciente não procurar o retorno no prazo de 30 dias arquivar o Processo.
- Se o Processo foi deferido, o medicamento será dispensado de acordo com a prescrição médica.

6.3 Dispensação dos Medicamentos:

O paciente ou responsável deverá apresentar o protocolo para a retirada do medicamento. Sendo a retirada registrada no processo do paciente através de carimbo padrão.

Para medicamentos de uso contínuo a Farmácia Central confecciona duas vias da ficha de uso contínuo de medicamentos (modelo no ANEXO IX) sendo uma das vias entregue ao paciente junto com o medicamento. A validade da receita para estes será de 6 meses a partir da data de emissão, e a entrega realizada a cada dois meses, devendo o usuário apresentar na Farmácia Central a ficha de uso contínuo toda vez que vier retirar o medicamento, esta retirada pode ser realizada até 5 dias antes do término do medicamento.

Para medicamentos pertencentes a Portaria 344/98 o paciente deverá apresentar na Farmácia Central a prescrição médica toda vez que necessitar do medicamento.

OBS: A retirada do medicamento deverá ser realizada mediante apresentação de documento de identificação:

Pelo próprio paciente;

Por familiar em casos de menor de idade, pacientes especiais ou pacientes com dificuldade de locomoção;

Pessoas formalmente autorizadas no processo de solicitação de medicamento.

7. 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.

7.1 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 poli medicados, 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, realizar encaminhamentos e prescrever medicamentos.

Exames que podem ser solicitados pelo farmacêutico:

- Beta-hcg quantitativo;
- Colesterol HDL;
- Colesterol LDL;
- Colesterol não HDL;
- Colesterol total;

- Creatinina;
- Glicose;
- Hemoglobina glicada;
- Hemograma;
- Litemia (dosagem de lítio);
- Parasitológico de fezes;
- Parcial de Urina;
- Potássio;
- PSA;
- Sódio;
- T4 livre;
- TGO/AST;
- TGP/ALT;
- Triglicerídeos;
- TSH;
- Uréia;

Profissionais para os quais o farmacêutico pode encaminhar:

- Enfermeiro;
- Médicos generalista/clínico e outros que atuam na UBS/UBSF;
- Nutricionista;
- Psicólogo;

7.2 Prescrição farmacêutica

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, 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 – 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 relacionadas 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.

7.3 Protocolos Clínicos

Conforme a Resolução 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.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**, v1/Secretaria de Atenção à Saúde; editores Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha, Alberto Beltrame. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.981**, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de novembro de 2009.

_____. 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. <Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em: 23/05/2012.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. **Resolução – RDC nº 20** de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. <Disponível em: < <http://pfarma.com.br/noticia-setor-farmaceutico/legislacao-farmaceutica/586-rdc-20-2011-anvisa-antimicrobianos.html>>. Acesso em: 23/05/2012.

_____. 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. <Disponível em: < http://www.sivs.org/images/stories/U_RS-MS-ANVISA-RDC-11_220311.pdf>. Acesso em: 23/05/2012.

_____. 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.

_____. 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.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução 585**, de 28 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências Disponível em: <http://www.cff.org.br>. Acesso em 06/11/2020.

_____. **Resolução 586**, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências Disponível em: <http://www.cff.org.br>. Acesso em 16/11/2020.

_____. **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. Disponível em: <http://www.cff.org.br>. Acesso em 21/03/2021

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2792>. Acesso em: 23/05/2012.

_____. Secretaria de Saúde. **Protocolo clínico para dispensação de análogos de insulinas para atendimento do paciente com diabetes mellitus tipo 1 na rede pública de saúde**. Curitiba, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. **Diretrizes clínicas, laboratoriais e terapêuticas da toxoplasmose gestacional / congênita do programa de gestação de alto risco**. Curitiba, 2007

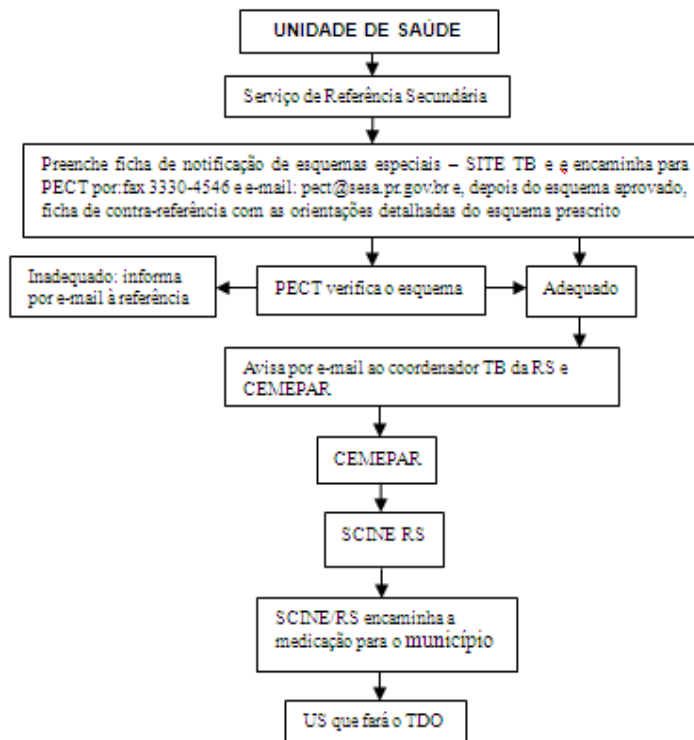
_____. Secretaria de Saúde. **Caderno de Atenção ao Pré-Natal Toxoplasmose**. Curitiba.

_____. Secretaria de Saúde. Coordenação Estadual do Programa de Controle da Hanseníase / DVCDE / DECA / SVS. **Protocolo de hanseníase para monitoramento de situações específica**. Curitiba, 2010.

9. ANEXOS

ANEXO I – Fluxo de liberação de esquemas especiais para tuberculose – referência, conforme orientação da Coordenação do Programa Estadual

FLUXO DE LIBERAÇÃO DE ESQUEMAS ESPECIAIS PARA TUBERCULOSE – REFERÊNCIA, conforme orientação da Coordenação do Programa Estadual



Pós-consulta:

- combinar com o paciente a US que fará o TDO;
- telefonar para US avisando: a data que o paciente foi orientado a comparecer na US e o esquema prescrito;
- passar por fax a receita para Vigilância Epidemiológica do município;
- anotar no prontuário: nome do contato telefônico, data que orientou o retorno à US e demais orientações dadas.

ANEXO II – 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. Informei *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. Informei *verbalmente* também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informei *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informei *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. Informei 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: ____/____/____

ANEXO III – 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. Informei *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. Informei *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. Expliquei *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. Informei *verbalmente* à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
5. Informei *que o medicamento deve ser guardado em local seguro*.
6. *Constatai, 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:*
Data do Teste: _____ Resultado: _____
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____
7. 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: _____
8. *Informei a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.*
9. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
10. Informei *verbalmente* a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
11. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
12. *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: ____/____/____

ANEXO IV – Laudo de solicitação de medicamentos do componente especializado (LME)

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde						
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA						
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)						
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE						
1-Número do CNES* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/>						
3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/>						
4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text"/>						
5- Peso do paciente* <input type="text"/> <input type="text"/> kg						
6- Altura do paciente* <input type="text"/> <input type="text"/> 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* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
10- Diagnóstico <input type="text"/>						
11- Anamnese* <input type="text"/>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="text"/>						
13- Atestado de capacidade* <p>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?</p> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <input type="text"/> <p style="text-align: right;">Nome do responsável</p>						
14- Nome do médico solicitante* <input type="text"/>						
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
16- Data da solicitação* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>						
17- Assinatura e carimbo do médico* <input type="text"/>						
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: <input type="text"/> e CPF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação						
20- Telefone(s) para contato do paciente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
22- Correio eletrônico do paciente <input type="text"/>						
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <input type="text"/>						

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

ANEXO V – Relatório médico específico para Diabetes Mellitus Tipo 1



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - SESA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE - SGS
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR



RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 1

ANÁLOGOS DE INSULINA () **Glargina** () **Detemir** () **Aspart** () **Lispro**

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	Sexo: Masc.() Fem. ()
Data de Nascimento: / /	CARTÃO SUS: _____

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Diabetes tipo: _____ CID: _____
 Data do Diagnóstico: / /
 Histórico de Hipoglicemia? () Sim () Não Nº de Episódios/mês: _____
 Hipoglicemia Noturna Freqüente? () Sim () Não
 Hipoglicemia Severa? () Sim () Não
 Hipoglicemia Leve/Moderada Freqüente? () Sim () Não
 Falta da Percepção da Hipoglicemia? () Sim () Não
 Hiperglicemia Pós-Prandial? () Sim () Não
 Atividade Física Regular? () Sim () Não Peso: _____ Kg Altura: _____ m
 Hipertenso? () Sim () Não
 O Paciente faz auto monitorização atualmente? () Sim () Não

3. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA: histórico de uso anterior de insulinas

Nome Genérico	Dose	Início	Fim	Motivo da Suspensão
Insulina NPH				
Insulina Regular				

4. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO: com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): **descrever evolução e eventuais efeitos adversos**, usar o verso se necessário.

.....

5. PARA 1ª SOLICITAÇÃO, TRANSCREVER OS RESULTADOS DOS EXAMES:

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado
Glicemia de Jejum	/ /	mg/dL	/ /	mg/dL
Glicemia Pós-Prandial	/ /	mg/dL	/ /	mg/dL
Hemoglobina Glicada	/ /		/ /	

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo: _____ Data: / /

Nome do Estabelecimento de Saúde: _____

Endereço do Estabelecimento: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE - SGS
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR
Rua Prof. Lothário Meisner, 350 - Jd. Botânico
Curitiba Paraná CEP 80210-170
Fone (41) 3380-6700 Fax (41) 3380-6703



ANEXO VI – Questionário técnico para prescrição de medicamentos do protocolo complementar da Assistência Farmacêutica (AF)

 <p>PREFEITURA DE ARAUCÁRIA SAÚDE</p> <p>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO PROTOCOLO COMPLEMENTAR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</p>			
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:			
Carimbo e assinatura:			
[] continua no verso			

ANEXO VII – Automonitoramento glicêmico – insulinizados



AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO INSULINIZADOS

Nome do paciente: _____

Data do início do monitoramento: ____/____/____

Data do término do monitoramento: ____/____/____

	Dia 1	Dia 2	Dia 3
Jejum			
Após o café			
Antes do almoço			
Após o almoço			
Antes do jantar			
Após o jantar			
Hora de dormir			
Madrugada 3h da manhã			
Observações Atividades fora da rotina, como: Festas, atividades físicas incomuns, jantares ou amoços 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

ANEXO VIII – Automonitoramento glicêmico – não-insulinizados



AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO NÃO INSULINIZADOS

Nome do paciente: _____

Data do início do monitoramento: ____/____/____

Data do término do monitoramento: ____/____/____

	Dia 1	Dia 2	Dia 3
Jejum			
Após o café			
Antes do almoço			
Após o almoço			
Antes do jantar			
Após o jantar			
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

ANEXO IX – Monitoramento residencial da pressão arterial - MRPA








**PREFEITURA DE
ARAUCÁRIA
SAÚDE**

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				
<p>- Efetuar 3 (três) medidas de manhã, antes da tomada de medicamentos e antes do desjejum, e 3 (três) medidas a noite, antes do jantar, com intervalos de 1 minutos entre cada medida;</p> <p>- 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;</p> <p>- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição;</p> <p>- 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;</p> <p>- Colocar o manguito no braço ao nível do coração;</p> <p>- Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar;</p> <p>- Anotar o horário e o valor de cada medida.</p>				


Farmacêutico responsável

ANEXO X – Plano personalizado de aconselhamento ao paciente

MEDICAMENTO (Princípio ativo/concentração)		 CAFE DA MANHÃ Antes Depois	 ALMOÇO Antes Depois	 LANCHE Antes Depois	 JANTAR Antes Depois	 HORA DE DORMIR	SE NECESSÁRIO	OBSERVAÇÕES
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL:								

Nome do paciente: _____
 Data: ___/___/___

PLANO PERSONALIZADO DE ACONSELHAMENTO AO PACIENTE



ANEXO XI – Protocolo para fornecimento dos glicosímetros

1) FORNECIMENTO DE GLICOSÍMETRO

O **fornecimento** de glicosímetro, sem exceções, deve ser pautado de acordo com o seguinte critério:

- **O usuário deve ser portador de: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), ou diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulino-dependente ou diabetes gestacional (DG), E ser inscrito e possuir participação ativa (mensal) no Programa de Diabetes em sua unidade de saúde de referência.**

2) UTILIZAÇÃO EM PACIENTES NÃO INSULINO-DEPENDENTES

Pacientes que não são insulino-dependentes devem, se necessário, fazer o controle da glicemia na Unidade de Saúde de origem.

Estudos recentes 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).

3) ORIENTAÇÕES GERAIS

3.1. Os pacientes insulino-dependentes que necessitem de uso de glicosímetro deverão ser avaliados pelo enfermeiro, e/ou farmacêutico, e/ou médico, quanto ao critério para dispensação do aparelho.

3.2. 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. Essa deverá ser feita em receituário, assinada e carimbada pelo profissional que solicitou, constando número de medidas/controle de glicemia por dia, com a **quantidade de tiras a ser fornecida, limitadas em 100 por mês**. Situações clínicas específicas e **temporárias**, as quais

eventualmente demandem um consumo maior, deverão ser discutidas entre a equipe do Serviço de Saúde de Referência.

3.3. Para abertura do processo é necessário possuir cadastro no Sistema Único de Saúde de Araucária. O usuário deverá apresentar cópia dos seguintes documentos: RG e CPF (frente e verso), Cartão Nacional de Saúde, comprovante de endereço e solicitação de glicosímetro (conforme item 2).

3.4. O processo deverá ser aberto na Unidade de Saúde através do preenchimento do Formulário de Solicitação de Glicosímetro, seguindo uma numeração própria, conforme modelo no Anexo I.

3.5. Após abertura do processo, é feita a solicitação do aparelho diretamente ao almoxarifado.

3.6. A entrega do aparelho ao usuário deverá ser realizada pela unidade de saúde pelo farmacêutico ou enfermeiro, que fornecerá as devidas orientações de uso do aparelho e solicitar assinatura do paciente no termo de comodato do aparelho em duas vias (Anexo II). Uma via fica no anexo do processo e a outra pertence ao usuário.

3.7. A reavaliação dos pacientes deverá ser realizada nos casos em que os pacientes não estiverem mais enquadrados no critério de inclusão no programa (participação mensal), devendo ser realizada **busca ativa depois de 60 dias em que o usuário permanecer inativo.**

4) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

De acordo com a Portaria GM/MS nº2583 de 2007 (BRASIL, 2007), seguem informações sobre critérios de inclusão para monitoramento contínuo da glicemia dos pacientes:

- O automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) não deve ser considerado como uma intervenção isolada;

- A 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”.

5) CÁLCULO DA QUANTIDADE DE TIRAS/MEDIÇÕES

5.1) HORÁRIOS IDEAIS PARA AS DETERMINAÇÕES DE GLICEMIA

- Para **insulinas de ação intermediária, por exemplo a NPH**, o melhor horário para medir o seu efeito é no pico de ação de 8 a 12 horas após a aplicação de insulina;
- Para **insulinas de ação rápida, R ou regular**, análogos rápidos (Humalog/Novorapid) o melhor horário para medir o seu efeito é de 1 ½ a 2 horas após a aplicação de insulina;
- Os pacientes com diabetes tipo 1 bem controlados podem dosar sua glicemia 2 a 3 vezes por semana, em horários antes das refeições em alguns dias e após as refeições em outros dias.

ANEXO XII – Formulário para solicitação de glicosímetro

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO

Nº DO PROCESSO		UNIDADE DE SAÚDE	
NOME DO PACIENTE			
ENDEREÇO			
TELEFONE			

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (todos os critérios devem estar atendidos)
() Inscrito e participante do Programa de Diabetes na Unidade de Saúde de Referência.
() Portador de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) OU Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) insulino-dependente OU Diabetes gestacional.
() Passou por avaliação do enfermeiro, e/ou farmacêutico, e/ou médico.

____/____/____

Data

Ciência do Coordenador

ANEXO XIII – Termo de comodato do aparelho de glicemia

TERMO DE COMODATO DO APARELHO DE GLICEMIA

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.

Coordenador: _____

Assinatura do Paciente

Araucária, _____ de _____ de 20__.

10. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo Assistência Farmacêutica			
Edição	Elaborado por (Nome/data)	Aprovado por (Nome/data)	Descrição da Edição
04	Marion Thiessen Helrighel 03/2021	CFT 16/03/2021	Revisão
03	Marion Thiessen Helrighel 10/2020	CFT 21/10/2020	Revisão
02	Marion Thiessen Helrighel 12/2019	CFT 09/12/2019	Revisão
01	Telma Rozinha Dambroski de Freitas 12/2014	CFT 01/12/2014	Revisão
00	Telma Rozinha Dambroski de Freitas 10/2012	CFT 12/11/2012	Elaboração.