DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO

Prefeitura Municipal de Malhada de Pedras - BA

Quarta-Feira, 09 de Dezembro de 2020 - Edição nº 388

SUMÁRIO

- COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.

- ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MALHADA DE PEDRAS.

- Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Esta edição está assindada digitalmente com certificação digita emitida pela Certsign nos termos do Decreto 2.200/01 que instituiu a estrutura de chaves públicas (ICP-Brasil) e encontra-se disponível no site www.malhadadepedras.ba.gov.br no link "Diário Oficial" podendo ser validada neste mesmo endereço eletrônico com a utilização do nº de autenticação que consta no rodapé de cada uma das páginas.

Nº de autenticação: 6D19700811-F43AABD349-E6B7816991-401FCF7CBB

PREFEITURA MUNICIPAL DE MALHADA DE PEDRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

I. FINALIDADE

Art. 1 - Trata-se de uma comissão colegiada de caráter permanente, consultiva e deliberativa responsável por elaborar e revisar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), elaborar e implementar políticas públicas que garantam assistência farmacêutica integral aos munícipes, estabelecer normas e rotinas que incentivem e/ou promovam o uso racional de medicamentos e insumos, além de assessorar a gestão municipal da saúde em assuntos relacionados a esta área.

II. CRITÉRIOS SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 2 – Para seleção e revisão da REMUME a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) observará os seguintes critérios de inclusão:

a) Registro no país em conformidade com a legislação sanitária vigente;

b) Necessidade segundo perfil nosológico e epidemiológico da população;

c) O princípio ativo deve estar conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, Denominação Comum Internacional (DCI);

d) Contribuir para o uso racional de medicamentos;

e) Possuir informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos;

f) Apresentar custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

g) Ter menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, levando-se em conta a segurança, eficácia, efetividade e qualidade do medicamento;

h) Está inserida na primeira e segunda linha de tratamento, conforme evidências científicas robustas;

i) Valor terapêutico comprovado, com base em evidências clínicas de alto nível, destacando segurança, eficácia e efetividade;

j) Entre medicamentos de igual eficácia, selecionar os de maior efetividade;

k) Selecionar, preferencialmente, apresentações com um único princípio ativo e as associações de comprovada utilidade;

l) Entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante com propriedades que atenda as necessidades estabelecidas;

m) Concentrações e formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações, considerando: - Facilidade para a administração aos pacientes;

¬ Uso em diferentes faixas etárias, como idosos e crianças;

¬ Facilidade para cálculo de dose a ser administrada;

¬ Facilidade de fracionamento ou multiplicação de doses;

¬ Perfil de estabilidade mais adequado às condições de armazenamento e uso.

Art. 3 – Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de acesso a medicamentos e insumos no âmbito da rede municipal de saúde deverão observar os dispositivos do Art. 2º deste regimento.

III. COMPOSIÇÃO

Art. 4 – A composição mínima da comissão deverá ser de 5 (cinco) membros, distribuídos idealmente de forma multiprofissional e interdisciplinar, abrangendo farmacêuticos, médicos, enfermeiros, odontólogos e representantes da gestão.

Art. 5 – Quando julgar necessário, a CFT poderá solicitar pareceres externos.

Art. 6 – Para desenvolvimento das atividades da comissão os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais, nas datas e horários das reuniões, com tempo a ser definido pela coordenação da CFT.

Parágrafo único - Havendo necessidade, deverão ser consultadas as chefias imediatas dos integrantes da CFT, de forma a garantir as atividades da comissão, sem prejuízo para as atividades assistenciais.

IV. MANDATO

Art. 7 – O mandato será de 24 (vinte e quatro) meses, podendo ser renovado conforme definição da gestão municipal da saúde.

Art. 8 – A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde em Diário Oficial a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 1 – Os membros da comissão deverão preencher um Termo de Isenção de Conflito de Interesses (Anexo I), que deverá ser avaliado pela CFT para aprovar sua participação, antes que haja a publicação em portaria.

§ 2 – No caso de substituição de algum de seus membros, o novo integrante também deverá preencher o Termo de Isenção de Conflito de Interesses para ser apreciado pela CFT.

Art. 9 – A comissão será representada pelo (a) Coordenador (a) e Secretário (a), eleitos por votação direta entre os membros, com mandato de 2 (dois) anos.

Art. 10 – A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 24 (vinte e quatro) meses gera sua exclusão automática.

V. FUNCIONAMENTO

Art. 11 – Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário previamente definido e informado, sendo no mínimo uma reunião trimestral.

Art. 12 – As reuniões terão início no máximo 30 minutos após o horário determinado em convocatória, com quórum de 50% mais um dos membros presentes.

Art. 13 – Na impossibilidade de participação do coordenador, os membros da comissão poderão indicar um de seus integrantes para presidir a reunião.

Art. 14 – As deliberações da comissão serão colocadas em votação aberta, com aprovação dependente de maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo único - Havendo empate na votação, caberá ao coordenador a decisão final.

Art. 15 – Os pareceres técnicos e demais atividades da CFT serão distribuídos para execução entre seus membros, de forma paritária, seguindo a afinidade de cada membro com o tema a ser discutido, baseado em um calendário previamente definido.

Parágrafo único – O membro responsável por emitir um parecer deverá apresentá-lo a comissão dentro do prazo preestabelecido.

Art. 16 – As reuniões poderão contar com convidados, após autorização da coordenação da comissão ou plenária.

Art. 17 – As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Parágrafo único - Deverá ser encaminhada cópia da ata ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 18 – A comissão poderá receber solicitações externas de revisão da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais através de formulário próprio (Anexo II), que deve estar com todos os campos preenchidos e ter anexado estudos que embasem o pedido realizado.

Parágrafo único - A cada processo de atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais a comissão deverá definir um período para recebimento dos formulários de solicitação externa.

Art. 19 – Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo (a) Secretário Municipal de Saúde, pelo (b) Coordenador (c) ou por pelo menos dois terços dos membros da comissão.

VI. ATRIBUIÇÕES

Art. 20 – São atribuições da CFT:

a. Elaborar e atualizar periodicamente (a cada 2 anos) a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais;

b. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;

c. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por solicitação externa mediante preenchimento de formulário específico;

d. Reforçar a prescrição dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira (DCB);

e. Revisar periodicamente as normas e rotinas de prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito da rede municipal de saúde;

f. Participar da elaboração de protocolos terapêuticos nos diferentes serviços clínicos;

g. Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de itens, boletins, dentre outros;

h. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos e atividades de farmacovigilância;

i. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;

j. Assessorar a Gestão Municipal de Saúde em assuntos de sua competência;

k. Definir anualmente metas de melhoria de suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação em Educação Permanente em Saúde;

l. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 21 – São atribuições da coordenação da CFT, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a. Aprovar previamente a pauta das reuniões;

b. Convocar e presidir as reuniões;

c. Representar a comissão junto a Gestão Municipal de Saúde, ou indicar seu representante;

d. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e. Fazer cumprir o regimento.

Art. 22 – São atribuições e competências da secretaria da CFT:

a. Organizar a pauta das reuniões;

b. Receber e protocolar os processos e expedientes;

c. Conferir o preenchimento dos Formulários de Solicitação Externa recebidos;

d. Lavrar a ata das reuniões;

e. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo coordenador;

f. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VII. DISPOÇÕES GERAIS

Art. 23 – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com sua coordenação e, se necessário, com a Gestão Municipal de Saúde.

Art. 24 – Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 25 – Este regimento entrará em vigor após aprovação pelos membros desta comissão e publicação em Diário Oficial.

ANEXO 1

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

1. Dados Pessoais

Nome: _____CPF:_____

Profissão: _____

Setor que representa: _____

Telefone: _____ email:_____

2. Questionário

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses? Sim( ) Não ( )

Você teve, nos últimos 4 (quatro) anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos? Sim( ) Não ( )

Se você respondeu "sim" a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir. Tipo de vínculo/relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras):

_____

Nome da empresa: _____

Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho?_____

O interesse é vigente no momento atual? Sim ( ) Não ( )

Se não, quando cessou o interesse? _____

Existe algum outro fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT? _____

3. Declaração de Compromisso e de Confidencialidade

Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesse por mim conhecido. Declaro que tenho pleno conhecimento de minha responsabilidade no que concerne ao sigilo que deve ser mantido sobre as atividades desenvolvidas ou as ações realizadas na CFT, bem como, sobre todas as informações que, por força de minha função ou eventualmente, venham a ser do meu conhecimento, comprometo-me a guardar o sigilo necessário a que sou obrigado nos termos da Legislação vigente. Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Data:____/____/_____ Assinatura:_____

ANEXO II

Solicitação de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) Malhada de Pedras

Solicitante:_____
Formação:_____

Instituição:_____

Telefone e e-mail para contato: _____

Observação: Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada ficha deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). Nos casos de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituído.

INCLUSÃO ( ) EXCLUSÃO ( ) SUBSTITUIÇÃO ( )

1 – Nome do medicamento: _____

2 – Nomes comerciais: _____

3 – Designar as formas farmacêuticas que você deseja que sejam incluídas/excluídas:

Comprimido ( ) Cápsula ( ) Ampola ( ) Suspensão Oral ( ) Solução Oral ( ) Pomada ( ) Creme ( ) Supositório ( )

4 – Indicações terapêuticas sugeridas:

_____
_____
_____

5 – Em caso de inclusão indique:

Dose para adulto:_____ Dose para criança:_____ Duração do tratamento:_____

6 – Razões terapêuticas para inclusão, exclusão ou substituição do suposto medicamento proposto:

_____
_____
_____

7- Indique as contraindicações, precauções e toxicidade relacionadas com o uso do medicamento:

_____
_____
_____

8 - Em caso de exclusão indique que outros medicamentos existentes na REMUME que podem substituí-lo e, em caso de inclusão, que outros medicamentos poderá substituir o que está sendo proposto e por qual motivo:

_____
_____
_____

9- Listar e enviar cópias de estudos conforme a melhor evidência científica disponível que fundamente a eficácia/efetividade do fármaco.

a-_____
(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

b- _____
(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

c- _____
(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

Hierarquia das evidências

*Ensaio clínico controlado e randomizado.

10- Outras informações:

¬ O medicamento está disponível no mercado nacional? SIM ( ) NÃO ( )

¬ Está incluído na lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)? SIM ( ) NÃO ( )

¬ Está registrado sob a forma GENÉRICO? SIM ( ) NÃO ( )

¬ Custo diário médio do tratamento (comparado) ABCFarma; Consulta de Remédios http://www.consultaremedios.com.br; Banco de Preços em Saúde. Custo: _____R$/Dia

PREFEITURA MUNICIPAL DE MALHADA DE PEDRAS
Secretaria Municipal de Saúde
Praça da Saudade, SN – Centro
Telefone: (77) 3449-2000
CNPJ: 09.565.660/0001-94
E-mail: smsmpedras@gmail.com

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MALHADA DE PEDRAS

Malhada de Pedras, 08 de dezembro de 2020.

FILIPE GOMES GADEIA BRITO
Secretário Municipal de Saúde de Malhada de Pedras

Conselho Municipal de SAÚDE
MALHADA DE PEDRAS-BA

RESOLUÇÃO Nº 01/2019

Aprova o Plano Municipal de Saúde 2018-2021

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Malhada de Pedras – CMS, no uso de suas atribuições e competências conferidas pela Lei nº 2497, de 21 de dezembro de 2009, em Reunião Ordinária em 28 de março de 2019,

Resolve:

Aprovar o Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Malhada de Pedras, 28 de março 2019.

Marilha Leal Borges
MARILHA LEAL BORGES
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Malhada de Pedras

Erivan Santos Andrade
ERIVAN SANTOS ANDRADE
Secretário do Conselho Municipal de Saúde de Malhada de Pedras

PREFEITURA MUNICPAL DE MALHADA DE PEDRAS - BAHIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REMUME

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

2020

1. Apresentação

A Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) é base estruturante para a implantação, acompanhamento e avaliação da Política de Assistência Farmacêutica do Município de Malhada de Pedras. Foi elaborada com base na Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) e ampara-se nos instrumentos legais do Sistema Único de Saúde, como a Portaria GM/MS nº 3.916/98 que estabelece a Política Nacional de Medicamentos.

Os medicamentos da REMUME de Malhada de Pedras (ANEXO 1) estão classificados pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS nº 204/07), e destina-se a apoiar as ações da Atenção Básica do município. Foram designados pela Denominação Comum Brasileira (DCB), com suas formas farmacêuticas, concentrações e apresentações.

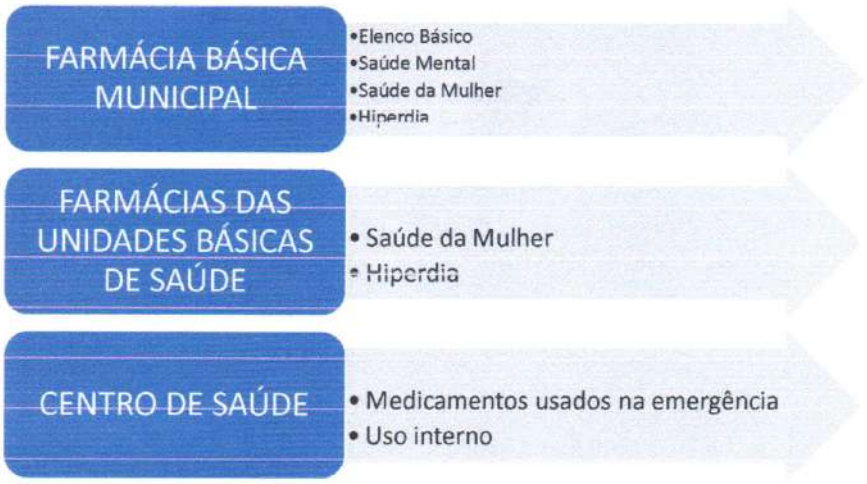
Esse trabalho foi coordenado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do município de Malhada de Pedras e tem a participação ativa dos farmacêuticos e dos profissionais da CFT.

2. Acesso aos medicamentos

Os medicamentos são dispensados no município de Malhada de Pedras pela Farmácia Básica Municipal e nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da sede e zona rural (Tabuleirinho, Peri-Peri e Poço Dantas). Para ter acesso aos medicamentos, os usuários devem apresentar uma prescrição feita por profissional (médico, odontológico, enfermeiro) dentro do exercício regular de suas profissões no SUS.

A dispensação dos medicamentos será atendida quando a prescrição estiver em conformidade com o elenco disponibilizado pelo município mediante apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e Registral Geral (RG) do usuário. É obrigatório, no ato da dispensação, carimbar a via do paciente e lançar a receita no Hórus, programa utilizado para o controle e distribuição dos medicamentos do município.

A Figura a seguir exemplifica onde a dispensação dos medicamentos é feita, dividindo-a por programas do município.



2.1 Medicamentos do Elenco Básico da Assistência Farmacêutica

Todas as apresentações presentes na REMUME do município que fazem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) estão disponíveis na Farmácia Básica Municipal e são disponibilizados para os usuários gratuitamente. O CBAF promove ao cidadão acesso a medicamentos e insumos para o tratamento dos principais problemas de saúde e programas da Atenção Primária

A farmácia está localizada na Praça da Saudade, S/N e tem como horário de atendimento de segunda a sexta de 08:00 às 17:00, com pausa de uma hora para o almoço e no sábado até as 12:00.

2.2 Medicamentos da Saúde Mental

A dispensação dos medicamentos do Programa é realizada na Farmácias Básica Municipal e deve ser acompanhada de orientações e informações aos

pacientes. Os medicamentos são dispensados nas quantidades suficientes para no máximo 60 (sessenta) dias de tratamento ou 6 (seis) meses nos casos de antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, de acordo com o que rege a Portaria 344/98. A prescrição deve ser avaliada corretamente pelo farmacêutico presente, verificando o nome do fármaco, dosagem e posologia e se a mesma está de acordo com os critérios da Portaria 344/98.

2.3 Saúde da Mulher

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde, lançado em 1984, veio consolidar o compromisso do Governo Federal com as questões referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, e promove uma abordagem integral da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital.

No município de Malhada de Pedras é fornecido todos os medicamentos que fazem parte do PAISM. A dispensação ocorre na Farmácia Básica Municipal e nas Farmácias das Unidades Básicas de Saúde, o usuário deve apresentar uma prescrição feita por um profissional (médico ou enfermeiro) junto com o Cartão Nacional de Saúde.

2.4 Medicamentos Hiperdia

O Programa Hiperdia consiste no acompanhamento mensal dos pacientes com Diabetes mellitus e Hipertensão arterial sistêmica e na dispensação dos medicamentos necessários para o controle destas patologias. Para que o tratamento medicamentoso com os medicamentos (hipoglicemiantes e anti-hipertensivos) ocorra de forma adequada é necessário que os pacientes recebam orientação profissional quanto à utilização correta dos medicamentos, forma adequada de utilização e o uso diário dos medicamentos. Além disso, também acontece o fornecimento de insumos para insulino-dependentes (tiras reagentes para medição glicêmica, aparelho para medição, lancetas, agulhas e seringas para administração da insulina).

ANEXO 1. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

MUNICÍPIO DE MALHADA DE PEDRAS - BAHIA

ELENCO DA RELAÇÃO MUNICPAL DE MEDICAMENTOS

ITEM	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	UNIDADE	COMPONENTE DA AF	UNIDADES DE DISPENSAÇÃO
1. ANTI-HIPERTENSIVOS					
1.1. AGENTES QUE ATUAM NO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA					
1	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO 25MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	ENALAPRIL, MALEATO	COMPRIMIDO 5 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
3	LOSARTANA POTÁSSICA	COMPRIMIDO 50 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
1.2. SIMPATICOMIMÉTICOS DE AÇÃO CENTRAL					
1	METILDOPA	COMPRIMIDO 250 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
1.3. BETA-BLOQUEADORES					
1	ATENOLOL	COMPRIMIDO 50 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	PROPRANOLOL, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 40 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
1.3. BLOQUEADORES DE CANAIS DE CÁLCIO					
1	ANLODIPINO, BESILATO	COMPRIMIDO DE 5 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
1.4. DIURÉTICOS					
1	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO 25 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO 40 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
3	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO 25 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2. GLICOSÍDEOS CARDÍACOS					
1	DIGOXINA	COMPRIMIDO 0,25 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
3. ANTI-ARRÍTMICOS					
1	AMIODARONA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 200 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
4. PREPARAÇÕES ANTI-ANÊMICAS					
1	ÁCIDO FÓLICO	COMPRIMIDO 5 MG	COMP	CBAF	FBM UNS
2	SULFATO FERROSO	COMPRIMIDO 40 MG FE++	COMP	CBAF	FBM UBS

5. ANTIBACTERIANOS					
5.1. DERIVADOS IMIDAZÓLICOS					
1	METRONIDAZOL	COMPRIMIDO 250 MG	COMP	CBAF	FBM
		GEL VAGINAL 10% (100MG/G)	BNG	CBAF	FBM
2	METRONIDAZOL (BENZOILMETRONIDAZOL)	SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML	FRAS	CM	FBM
5.2. MACROLÍDEOS					
1	AZITROMICINA	PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML	FRAS	CBAF	FBM
		COMPRIMIDO 500 MG	COMP	CBAF	FBM
5.3. QUINOLONAS					
1	CIPROFLOXACINO	COMPRIMIDO 500 MG	COMP	CBAF	FBM
5.3. SULFONAMIDAS E TRIMETROPINA					
1	SULFADIAZINA DE PRATA	CREME/POMADA 50MG/G	BNG	CBAF/CM	CDS / Uso interno
2	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	COMPRIMIDO 400 MG + 80 MG	COMP	CBAF	FBM
		SUSPENSÃO ORAL 40 MG+8MG/ML	FRAS	CBAF	FBM
5.4. BETA-LACTÂMICOS E PENICILINAS					
1	AMOXICILINA	CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500 MG	COMP	CBAF	FBM
		PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL 50 MG/ML	FRASC	CBAF	FBM
2	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	COMPRIMIDO 500 MG + 125 MG	COMP	CBAF	FBM
		SUSPENSÃO ORAL 50 MG + 12,5 MG/ML	FRAS	CBAF	FBM
5.5. CEFALOSPORINAS DE 1ª GERAÇÃO					
1	CEFALEXINA	CÁPSULA OU COMPRIMIDO 500 MG	CAP/COM	CBAF	FBM

		6. ANTIFÚNGICOS			
1	NINISTATINA	CREME VAGINAL 25000UI/G	BNG	CM	FBM UBS
2	FLUCONAZOL	CÁPSULA 150 MG	CAP	CBAF	FBM UBS
		7. ANTI-HELMÍNTICOS			
1	ALBENDAZOL	COMPRIMIDO MASTIGÁVEL 400 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
		SUSPENSÃO ORAL 40 MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
		8. ANTIDEPRESSIVOS			
1	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25 MG	COMP	CBAF	FBM
3	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25 MG	COMP	CBAF	FBM
4	FLUOXETINA, CLORIDRATO	CÁPSULA 20 MG	CAP/COM	CBAF	FBM
5	ESCITALOPRAM	COMPRIMIDO 20 MG	COMP	CM	FBM
6	SERTRALINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25 MG	COMP	CM	FBM
		9. ANTICONVULSSIVANTES			
1	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 200MG	COMP	CBAF	FBM
		SUSPENSÃO ORAL 20MG/ML	FRASC		FBM
2	FENITOÍNA SÓDICA	COMPRIMIDO 100 MG	COMP	CBAF	FBM
3	FENOBARBITAL	COMPRIMIDO 100MG	COMP	CBAF	FBM
4	VALPROATO DE SODIO OU ACIDO VALPRÓICO	COMPRIMIDO 500MG	COMP	CBAF	FBM
		SOLUÇÃO ORAL 59MG/ML	COMP	CBAF	FBM
		10. ANTICONVULSSIVANTES			
1	BIPERIDENO	COMPRIMIDO 2MG	COMP	CBAF	FBM
2	LEVODOPA + BENSERAZIDA	COMPRIMIDO 100MG + 50MG	COMP	CBAF	FBM
		11. ANTIPSICÓTICOS			
1	CARBONATO DE LITIO	COMPRIMIDO 300MG	COMP	CBAF	FBM
2	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 100MG	COMP	CBAF	FBM
3	HALOPERIDOL, DECANOATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 50MG/ML	AMP	CBAF	FBM
4	HALOPERIDOL	COMPRIMIDO 1MG	COMP	CBAF	FBM
		COMPRIMIDO 5MG	COMP	CBAF	FBM
5		COMPRIMIDO, 1MG	COMP	CBAF	FBM

	RISPEIRDONA	COMPRIMIDO 3MG	COMP	CBAF	FBM
11. ANSIOLITICOS					
1	CLONAZEPAM	COMPRIMIDO 5MG	COMP	CBAF	FBM
		SOLUÇÃO ORAL 2.5MG/ML	FRAS	CBAF	FBM
2	DIAZEPAM	COMPRIMIDO 5MG	COMP	CBAF	FBM
		COMPRIMIDO 10MG	COMP	CBAF	FBM
12. ANTIALÉRGICO					
1	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO	SOLUÇÃO ORAL OU XAROPE 0,4MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
2	LORATADINA	XAROPE 1MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
3	PROMETAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COMP	CBAF	FBM UBS
13. ANTI-INFLAMATÓRIOS					
13.1 NÃO ESTEIRODAIS					
1	IBUPROFENO	SUSPENSÃO ORAL 50MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
		COMPRIMIDO 600MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	PROMETAZINA, CLORIDRATO	COMPRIMIDO 25MG	COMP	CBAF	FBM UBS
13.2 ESTEIRODAIS – CORTICOSTEROIDES					
1	DEXAMETASONA, ACETATO	CREME 0,1% (1MG/G)	BNG	CBAF	FBM UBS
2	PREDNISONA	COMPRIMIDO 5MG	COMP	CBAF	FBM UBS
		COMPRIMIDO 20MG	COMP	CBAF	FBM UBS
14. ANALGESICOS E ANTIPIRETICOS					
1	DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO ORAL 500MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
		COMPRIMIDO 500MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	PARACETAMOL	PARACETAMOL 200MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
		PARACETAMOL 500MG	COMP	CBAF	FBM UBS

15. ANTITROMBÓTICOS					
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	COMPRIMIDO 100 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
16. HIPOGLICEMIANTES					

1	GLICLAZIDA	COMPRIMIDO 30MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO 5MG	COMP	CBAF	FBM UBS
3	METFORMINA	COMPRIMIDO 850MG	COMP	CBAF	FBM UBS
4	INSULINA HUMANA NPH	SUSPENSÃO INJETÁVEL 100UI/ML	FRAS/AMP	CBAF	FBM
5	INSULINA HUMANA REGULAR	SOLUÇAO INJETÁVEL 100UI/ML	FRAS/AMP	CBAF	FBM
17. MEDICAMENTOS PARA DESORDENS GASTROINTESTINAIS					
17.1 PROPULSIVOS					
1	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO	CÁPSULA 20 MG	CAP	CBAF	FBM UBS
17. INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS					
1	OMEPRAZOL	CÁPSULA 20 MG	CAP	CBAF	FBM UBS
18. ANTIFISÉTICOS INTESTINAIS					
1	SIMETICONA	EMULSÃO ORAL 75MG/ML	FRAS	CBAF	FBM UBS
19. MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS RESPIRATÓRIAS					
1	SALBUTAMOL, SULFATO	AEROSOL 100MCG/DOSE	FRAS	CBAF	FBM USF
2	FENOTEROL, BROMIDRATO	SOLUÇÃO INALANTE 5MG/ML	FRAS	CM	CDS / Uso Interno
3	IPRATRÓPIO, BROMETO	SOLUÇÃO INALANTE	FRAS	CM	CDS Uso interno
20. EXPECTORANTES					
1	AMBROXOL, CLORIDRATO	XAROPE 3 MG/ML	FRAS	CM	FBM UBS
		XAROPE 6 MG/ML	FRAS	CM	FBM UBS
2	HEDERA HELIX, L	XAROPE 7MG/ML	FRAS	CM	FBM UBS
21. HIPOLIPEMIANTES					
3	SINVASTATINA	COMPRIMIDO 20MG	COMP	CBAF	FBM UBS
36. SUPLEMENTOS MINERAIS					
1	CARBONATO DE CALCIO + COLECALCIFEROL	COMPRIMIDO 1250MG + 400UI	COMP	CBAF	FBM UBS
37. FORMULAÇÕES PARA REIDRATAÇÃO ORAL					
1	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	PÓ PARA SOLUÇÃO ORAL	ENV	CBAF	FBM UBS
39. MEDICAMENTOS PARA DESORDENS DA TIREÓIDE					
1	LEVOTIROXINA SÓDICA	COMPRIMIDO 25 µG	COMP	CBAF	FBM UBS
		COMPRIMIDO 75 µG	COMP	CBAF	FM UBS
		COMPRIMIDO 100 µG	COMP	CBAF	FBM UBS
40. CONTRACEPTIVOS HORMONAIS					

1	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	CARTELA COM 21 COMPRIMIDOS 0,03 MG + 0,15 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
2	LEVONORGESTREL	CARTELA COM 2 COMPRIMIDOS 0,75 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
3	MEDROXIPROGESTERONA, ACETATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL 150 MG/ML - AMPOLA	AMP	CBAF	FBM UBS
4	NORETISTERONA	CARTELA COM 35 COMPRIMIDOS 0,35 MG	COMP	CBAF	FBM UBS
5	NORETISTERONA, ENANTATO + ESTRADIOL, VALERATO	SOLUÇÃO INJETÁVEL (50 MG + 5 MG) - AMPOLA	AMP	CBAF	FBM UBS
43. INSUMOS PARA DIABETES					
1	LANCETAS PARA PUNÇÃO DIGITAL	UNIDADE		CBAF	CDS/FBM
2	SERINGAS COM AGULHA ACOPLADA PARA APLICAÇÃO DE INSULINA	UNIDADE		CBAF	CDS/FBM
3	TIRAS REAGENTES PARA	CAIXA		CBAF	CDS/FBM
44. ANTIESPAMÓDICOS					
1	ESCOPOLAMINA, BULTILBROMETO	COMPRIMIDO 10MG	COMP	CM	CDS / Uso interno
2	ESCOPOLAMINA, BULTILBROMETO+DIPIRONA SÓDICA	SOLUÇÃO ORAL 6,67MG/ML + 333,4 MG/ML FRASCO 20ML	FRASC	CM	CDS / Uso interno

LEGENDAS DA TABELA

FBM = Farmácia Básica Municipal

UBS = Unidade Básica de Saúde

CDS = Centro de Saúde

CAF = Central de Abastecimento Farmacêutico

CM = Contrapartida Municipal

CBAF = Componente Básico da Assistência Farmacêutica

COMP = Comprimido

FRAS = Frasco

AMP = Ampola

FRAS/AMP = Frasco/Ampola

BNG = Bisnaga

ENV = Envelope

Erivan Santa Andrade

Erivan Andrade
Farmacêutico
CRF:10488

Filipe Gomes Gadelha Brito
Secretário de Saúde
Malhada de Pedras - BA
Decreto n. 12/2017

REFERÊNCIAS

ASSIS, M M. A.; BORBONI, A. R.; OLIVEIRA, L.C.F. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos a Atenção Básica à Saude. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 3):3561-3567, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.916, de 30 de outubro de 1998**. Política Nacional de Medicamentos. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf> acessado em 09/07/202020.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2007. **Cartilha Entendendo o SUS**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf> acessado em 09/07/2020.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria **nº. 344 de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília. 1998.