



Instruções Técnicas e Administrativas para Promoção do Uso Racional de Medicamentos

2ª Edição



“Existe uso racional quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade.”

OMS, Conferência Mundial Sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairóbi, 1985.

Agosto
2025



PUBLICAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PENEDO

PREFEITO

Ronaldo Pereira Lopes

VICE-PREFEITO

José Evaldo dos Santos *Monteiro*

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Waninna Priscilla Santos Mendonça

DIREÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ângelo Barros Mendes

EQUIPE TÉCNICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Gisela Nunes Costa Machado

Sharliny Alves Lopes

Mery Jane dos Santos Silva

Vanessa da Silva Veiga



PREFÁCIO

As ideias que basearam a elaboração desta cartilha são três:

A primeira, dispor informações básicas sobre medicamentos e sobre como ter acesso a eles no Sistema Único de Saúde – o SUS.

A segunda, retratar o modo como se organiza a Assistência Farmacêutica do município de Penedo e abordar diversificadas questões ligadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos. Com isso e, além disso, fornecer subsídios para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuir para com o aperfeiçoamento do SUS e facilitar meios para que uma Assistência Farmacêutica de qualidade seja efetiva em nosso município.

A terceira, anunciar a Comissão de Farmácia e Terapêutica à disposição dos profissionais da Saúde, bem como dos ilustres membros do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Procuradoria Geral do Município para os assuntos aqui abordados.



SUMÁRIO

Assistência Farmacêutica	5
Medicamentos Padronizados no município de Penedo	7
Analgésicos e Antipiréticos	7
Anti-inflamatórios	7
Anti-infectantes, Antifúngicos e Antivirais	7
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Cardiovascular	9
Medicamentos que atuam sobre o Sangue	10
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Digestório	10
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Respiratório	11
Medicamentos que atuam sobre o Sistema Endócrino	11
Programa Saúde da Mulher	12
Medicamentos utilizados no tratamento da Pele e Mucosa	13
Antiparasitários	14
Medicamentos que Atuam no Sistema Nervoso Central	14
Protocolo Estadual para dispensação de Análogos de Insulina	16
Dispensação de Rivastigmina - NT SESAU/AL 004/2013	21
Fornecimento de Fraldas Geriátricas NT SESAU/AL 005/2013	22
Notas Técnicas vigentes no Município	25
Rede Municipal de Atenção à Saúde	26
Comissão de Avaliação das Demandas Administrativas e Judiciais de Saúde	28
Links Úteis	30



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica integral tem sido objeto de reflexões e debates entre gestores, profissionais, poder judiciário e a sociedade. Com base em critérios transparentes e cientificamente respaldados, a Assistência Farmacêutica dá importante contribuição para viabilizar o direito à Saúde à população brasileira. Por recomendação do Conselho Nacional de Justiça, a instalação de Comitês Executivos da Saúde visa melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à Saúde. Com esta finalidade compartilhamos algumas informações sobre o recurso financeiro utilizado na aquisição de medicamentos pelo Município e os gastos envolvendo os medicamentos judicializados em 2018.

Receitas – Assistência Farmacêutica 2018			
Federal	Estadual	Municipal	Total
R\$ 358.749,36	R\$ 151.729,12	R\$ 151.729,12	R\$ 662.207,60

*Repasses referentes ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Previstos pelo Artigo nº 537 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.)

Despesas – Assistência Farmacêutica 2018		
Judicializados, Fraldas e Administrativos	Assistência Farmacêutica	Total
R\$ 711.392,88	R\$ 1.478.333,17	R\$ 2.189.726,05

DÉFICIT (receitas - despesas): -1.527.518,45



GASTOS COM MEDICAMENTOS JUDICIALIZADOS EM PENEDO

A principal demanda judicializada é de medicamentos, sendo 96 pacientes beneficiados por Ações Judiciais e ainda outros 149 atendidos administrativamente, totalizando 299 pacientes.

CUSTOS MENSAIS (ANO 2019)		
ORIGEM	VALOR	PACIENTES
ADMINISTRATIVOS	R\$ 27.679,83	149
DECISÕES JUDICIAIS	R\$ 31.602,91	96
Total		R\$ 59.282,74

Financiamento x Despesas		
ANO	Repasso Federal*	Total das compras em R\$
2012	R\$ 311.518,20	R\$ 226.560,88
2013	R\$ 311.518,20	R\$ 105.001,27
2014	R\$ 311.518,20	R\$ 502.021,84
2015	R\$ 311.518,20	R\$ 911.651,46
2016	R\$ 311.518,20	R\$ 1.522.752,43
2017	R\$ 311.518,20	R\$ 1.721.374,49
2018	R\$ 358.749,36	R\$ 2.189.726,05



MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

1 - ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Dipirona	▶ 500mg/ml, solução oral, 20ml ▶ Dipirona Sódica 500mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Paracetamol	▶ 20mg/ml, solução oral, 20ml ▶ 500mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Tramadol	▶ 50mg, comprimido ▶ 100mg, comprimido	FARMACRO

2- ANTI-INFLAMATÓRIOS

2.1- ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTERÓIDE

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Ibuprofeno	▶ 600mg, comprimido ▶ 50mg/ml, suspensão oral, 30ml	UBS/Farmácia Central
Nimesulida	▶ 100mg, comprimido	UBS/Farmácia Central

2.2- ANTI-INFLAMATÓRIO ESTERÓIDE

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Dexametasona	▶ 10mg, comprimido ▶ 0,10%, creme, 10g	UBS/Farmácia Central
Prednisona	▶ 5mg, comprimido ▶ 20mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Prednisolona	▶ 3mg/mL, solução oral	UBS/Farmácia Central

2.3 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA GOTA

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Alopurinol	▶ 100mg, comprimido ▶ 300mg, comprimido	Farmácia Central



3 - ANTI-INFECTANTES, ANTIFÚNGICOS, ANTIVIRAIS E ANTIPARASITÁRIOS

3.1- CEFALOSPORINAS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Cefalexina	▶ 500mg, comprimido ▶ 50mg/mL, suspensão oral	UBS/Farmácia Central
Ceftriaxona	▶ 1g, pó para solução injetável	Farmácia Central

3.2- PENICILINAS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Amoxicilina	▶ 500mg, cápsula ▶ 50mg/ml, pó para suspensão oral, 60ml	UBS/Farmácia Central
Amoxicilina + Clavulônico de Potássio	▶ 50+12,5mg/ml, suspensão oral, 100ml ▶ 500 + 125 mg, comprimido	Farmácia Central
Benzilpenicilina benzatina	▶ 1.200.000 UI, pó para suspensão injetável	Farmácia Central/Vigilância Epidemiológica nos Casos de Sífilis

3.3- SULFONAMIDAS E NITROFURANOS

Sulfametoxazol + Trimetoprima	▶ 400+80mg, comprimido ▶ 40+8 mg/ml, suspensão oral, 100ml	UBS/Farmácia Central
Nitrofurantoína	▶ 100mg, comprimido	UBS (Solicitar à CAF) Apenas para infecção urinária em gestantes

3.4- MACROLÍDEOS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Azitromicina	▶ 40 mg/ml, pó para suspensão oral (600mg) ▶ 500mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Eritromicina	▶ 50mg/ml, suspensão oral, 100ml	UBS/Farmácia Central

3.5- QUINOLONAS

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Ciprofloxacino	▶ 500mg, comprimido	UBS/Farmácia Central

3.6- ANTIFÚNGICOS



MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Cetazonazol	▶ 200mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Fluconazol	▶ 150mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Nistatina	▶ 100.000UI/mL, suspensão oral	UBS/Farmácia Central
3.7- ANTIVIRAIS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Aciclovir	▶ 200mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
3.8 - ANTIHELMINTÍCOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Albendazol	▶ 400mg, comprimido ▶ 40mg/ml, suspensão oral, 10ml	UBS/Farmácia Central
Ivermectina	▶ 6mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
3.9- ANTIPROTOZOÁRIOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Metronidazol	▶ 250mg, comprimido ▶ 40 mg/ml, suspensão oral, 100ml	UBS/Farmácia Central
Secnidazol	▶ 1g, comprimido revestido	UBS/Farmácia Central
3.10- ANTIMICROBIANOS, ANTIFÚNGICOS E ANTIPARASITÁRIOS TÓPICOS E MUCOSAS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Permetrina 5%	▶ solução tópica, 60 ml	UBS/Farmácia Central
Neomicina + Bacitracina	▶ 5+250mg/g, pomada, 15g	UBS/Farmácia Central
Permanganato de Potássio	▶ 100mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Metronidazol	▶ 100mg/g, creme vaginal	UBS/Farmácia Central
Miconazol	▶ 2%, creme vaginal ▶ 2%, creme tópico de 30g	UBS/Farmácia Central
Nistatina	▶ 100.000UI, creme vaginal	UBS/Farmácia Central
3.11- MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Espiramicina	▶ 500mg, comprimido	Vigilância Epidemiológica
Sulfadiazina	▶ 500mg, comprimido	Vigilância Epidemiológica



Pirimetamina	▶ 25mg, comprimido	Vigilância Epidemiológica
4- MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA CARDIOVASCULAR		
4.1- ANTIHIPERTENSIVOS, ANTIARRÍTMICOS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Caverdilol	▶ 3,125 mg comprimido ▶ 6,25mg, comprimido ▶ 12,5 mg, comprimido ▶ 25mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Digoxina	▶ 0,25mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Propranolol	▶ Cloridrato 40mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Anlodipino	▶ 5mg, comprimido ▶ 10mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Nifedipino	▶ 10mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Atenolol	▶ 25mg, comprimido ▶ 50mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Metildopa	▶ 250mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Losartana Potássica	▶ 50mg, cápsulas	UBS/Farmácia Central
Captopril	▶ 25mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Enalapril	▶ 5mg, comprimido ▶ 10mg, comprimido ▶ 20mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
4.3- HIPOLIPEMIANTE		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Sinvastatina	▶ 20mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Atorvastatina	▶ 10mg, comprimido ▶ 10mg, comprimido ▶ 10mg, comprimido	CEAF ver protocolo de dislipidemias
5- MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SANGUE		
5.1- ANTIANÊMICOS		



MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Ácido Fólico	▶ 5mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Sulfato Ferroso	▶ 40mg, comprimido ▶ 25 mg/ml, solução oral, 30ml	UBS/Farmácia Central
5.2- ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Ácido Acetilsalicílico	▶ 100mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
6- MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA DIGESTÓRIO		
6.1- TRATAMENTO DA H. PYLORI		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
KIT * amoxicilina + claritromicina + omeprazol	▶ comprimido ou cápsula 500mg ▶ comprimido ou cápsula 500mg ▶ comprimido ou cápsula 20mg	UBS/Farmácia Central
6.2- ANTISECRETORES		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Omeprazol	▶ 20mg, cápsula	UBS/Farmácia Central
Ranitidina	▶ 15mg/mL, xarope	UBS/Farmácia Central
6.3- ANTIFLATULENTOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Simeticona	▶ 75mg/mL, solução oral	UBS/Farmácia Central
6.4- ANTIEMÉTICOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Metoclopramida	▶ 4mg/mL, solução oral ▶ 10mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
7- MEDICAMENTOS QUE ATUAL NO SISTEMA RESPIRATÓRIO		
7.1- ANTIASMÁTICOS, EXPECTORANTES E BRONCODILATADORES		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO



Aminofilina	▶ 100mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Guaco (Mikania glomerata)	▶ xarope, 100 ml	UBS/Farmácia Central
Salbutamol	▶ 100mcg, aerossol, 200 doses	Farmácia Central
Ipratrópio	▶ 0,25mg/ml, solução para inalação, 15ml	UBS/Farmácia Central
Fenoterol Bromidrato	▶ 5mg/ml, solução para nebulização, 20ml	UBS/Farmácia Central
7.2- ANTIALERGICO		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Dexclorfeniramina	▶ 2mg/5ml, xarope, 100ml	UBS/Farmácia Central
Loratadina	▶ 10mg, comprimido ▶ 1mg/ml, xarope, 100ml	UBS/Farmácia Central
7.3- CORTICOSTEROIDES INALATÓRIOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Budesunida	▶ 32mcg, comprimido	Farmácia Central
8- MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA ENDÓCRINO		
8.1- MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA ENDÓCRINO		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Levotiroxina Sódica	▶ 25mcg, comprimido ▶ 50mcg, comprimido ▶ 100mcg, comprimido	Farmácia Central
Propiltiouracil	▶ 100mg, comprimido	Farmácia Central
8.2- HIPOGLICEMIANTE ORAIS E INSULINAS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Glibenclamida	▶ 5mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Glicazida	▶ 30mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Metformina	▶ 500mg, comprimido ▶ 850mg, comprimido	UBS/Farmácia Central
Insulina humana NPH	▶ suspensão injetável 100 ▶ UI/ml	UBS/Farmácia Central
Insulina humana regular	▶ suspensão injetável 100 ▶ UI/ml	UBS/Farmácia Central



9- PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE DA MULHER		
9.1- CONTRACEPTIVOS ORAIS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Levonorgestrel + etinilestradiol	▶ 0,15+0,03mg	UBS
Noretisterona	▶ 0,35mg, comprimido	UBS
Levonorgestrel	▶ 0,75mg, comprimido	UBS
9.2- CONTRACEPTIVOS INJETÁVEIS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Medroxiprogesterona	▶ 150mg/ml 1ml	UBS/Farmácia Central
Noretisterona + estradiol	▶ 50+5 mg/ml	UBS/Farmácia Central
9.3- OUTROS CONTRACEPTIVOS E PREVENTIVOS DE DST		
ITEM	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Preservativo masculino lubrificado	▶ 52mm	UBS
Preservativo feminino	▶	UBS
Dispositivo intra-uterino (DIU de Cobre)	▶	UBS/Farmácia Central
Gel lubrificante íntimo	▶ Sachê de 5g	UBS
9.4- REPOSITORES HORMONAIS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Estriol	▶ 1mg/g creme vaginal	Farmácia Central
Estrogênios conjugados	▶ 0,3mg, comprimido	Farmácia Central
9.5- PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Carbonato de Cálcio + Calciferol (Vitamina D3)	▶ 500 mg + 400UI, comprimido	UBS/Farmácia Central
Alendronato de Sódio	▶ 70 mg, comprimido	UBS/Farmácia Central



10- MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO		
10.1- ANTICONVULSIVATES		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Ácido valpróico ou valproato de sódio	▶ cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) ▶ 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico/mL)	CAPS/Farmácia Central
Carbamazepina	▶ comprimido 200 mg ▶ suspensão oral 100 mg/ml	CAPS/Farmácia Central
Fenitoína	▶ comprimido 100 mg	CAPS/Farmácia Central
Fenobarbital	▶ comprimido 100 mg ▶ gotas orais 40 mg/ml	CAPS/Farmácia Central
10.2- TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Biperideno	▶ Comprimido 2mg	Farmácia Central
Levodopa + carbidopa	▶ Comprimido 200 + 25 mg	Farmácia Central
Levodopa + benserazida	▶ Comprimidos dispersíveis de liberação prolongada 200 + 50mg	Farmácia Central
10.3- ANTIDEPRESSIVOS E ESTABILIZANTES DE HUMOR		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Amitriptilina	▶ comprimido 25 mg	CAPS/Farmácia Central
Carbamazepina	▶ comprimido 200 mg ▶ suspensão oral 100 mg/ml	CAPS/Farmácia Central
Carbonato de lítio	▶ comprimido 300 mg	CAPS/Farmácia Central
Clomipramina	▶ comprimido 10 mg ▶ comprimido 25 mg	CAPS/Farmácia Central
Fluoxetina	▶ cápsula ou comprimido 20 mg	CAPS/Farmácia Central
Imipramina	▶ comprimido 25 mg	CAPS/Farmácia Central
Nortriptilina	▶ comprimido 25 mg ▶ comprimido 50 mg ▶ comprimido 75 mg	CAPS/Farmácia Central
Paroxetina	▶ comprimido 20 mg	FARMACRO



Sertralina	▶ comprimido 50 mg	FARMACRO
10.4- ANTIPSICÓTICOS E ADJUVANTES		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Biperideno	▶ comprimido 2 mg	CAPS/Farmácia Central
Clorpromazina	▶ comprimido 25 ▶ comprimido 100mg	CAPS/Farmácia Central
Decanoato de haloperidol	▶ solução injetável 50 mg/ml	CAPS/Farmácia Central
Haloperidol	▶ comprimido 5 mg ▶ comprimido 1 mg ▶ ampola de 1mL, 5mg/mL ▶ solução oral 2 mg/mL	CAPS/Farmácia Central
Levomepromazina	▶ solução oral 40 mg/ml ▶ 25mg comprimido ▶ 100mg comprimido	CAPS/Farmácia Central
Periciazina	▶ solução oral 1% ▶ solução oral 4% ▶ 25mg comprimido	CAPS/Farmácia Central
Prometazina	▶ 25mg comprimido	CAPS/Farmácia Central
10.5- ANSIOLÍTICOS E HIPOSEDATIVOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Alprazolam	▶ 0,5mg comprimido ▶ 2mg comprimido	FARMACRO
Bromazepam	▶ 3mg comprimido ▶ 6mg comprimido	FARMACRO
Clonazepam	▶ comprimido 2 mg ▶ comprimido 0,5 mg ▶ 2,5mg/ml gotas	CAPS/Farmácia Central
Diazepam	▶ 5mg comprimido ▶ 10mg comprimido ▶ 5mg/ml ampola de 2 ml	CAPS/Farmácia Central
11- OUTROS		
11.1- ANTIVERTIGINOSOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Cinarizina	▶ 75mg comprimido	UBS/Farmácia Central



11.2- VITAMINAS E SAIS MINERAIS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Polivitamínico	▶ comprimidos	UBS/Farmácia Central
Sais para Reidratação Oral	▶ pó, 27,9g	UBS/Farmácia Central
11.3 TABAGISMO		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Nicotina	▶ 21mg, adesivo transdérmico ▶ 14mg, adesivo transdérmico ▶ 7mg, adesivo transdérmico	UBS mediante formação de grupo de tabagismo
Bupropiona	▶ 150mg, comprimidos	UBS mediante formação de grupo de tabagismo
11.4- ANTIESPASMÓDICOS		
MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
Baclofeno	▶ 10mg, comprimidos	

TOTALIZANDO 99 TIPOS DE MEDICAMENTOS E 145 APRESENTAÇÕES

Alguns protocolos Estaduais foram publicados em Alagoas, nos quais a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu os critérios para disponibilização de Análogos de Insulina, Rivastigmina Transdérmica e Fraldas geriátricas, por via administrativa, mediante solicitação direta dos pacientes ou por intermédio das Secretarias Municipais de Saúde.

PROTOCOLOS DISPONÍVEIS PARA CONSULTA:

PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE **ANÁLOGOS DE INSULINA** PARA PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS

Conforme o estabelecido na legislação federal e estadual, o programa de atendimento aos pacientes diabéticos conta com o fornecimento sistemático das insulinas:



a) Insulina NPH Humana 100 UI/ml: insulina de ação intermediária, início de ação em 2 horas, pico de ação entre 4 e 6 horas e tempo efetivo de ação entre 12 e 18 horas. É utilizada para manter os requerimentos basais de insulina.

b) Insulina Regular Humana 100 UI/ml: insulina de ação curta, início de ação em 30 minutos, pico de ação em 2 horas e tempo de ação entre 4 e 8 horas. É utilizada para reduzir a magnitude dos picos de glicose pós-prandiais.

Estas insulinas são adquiridas pelo Ministério da Saúde e distribuídas pelo Estado aos municípios através das Regionais de Saúde, mediante cadastro dos pacientes.

Em relação aos insumos, conforme pactuação estabelecida na Deliberação CIB nº 23, de 22/02/2008, a aquisição e distribuição das tiras reagentes de medida de glicemia capilar (e glicosímetro que as acompanha) é de responsabilidade do Estado, e a aquisição e distribuição das lancetas, agulhas e seringas é responsabilidade dos municípios.

**TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA
DESTINADO AO ATENDIMENTO DOS PORTADORES DE DIABETES
INSULINO-DEPENDENTES DO ESTADO DE ALAGOAS –
TAC/DIABETES:**

Firmado em 13 de Junho de 2011 entre Defensoria Pública e Ministério Público Estaduais de Alagoas de um lado e Secretarias de Saúde Estadual e Municipal de outro, com o objetivo de determinar ao Estado de Alagoas e ao Município de Maceió, a elaboração do Protocolo de Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Diabetes, inserindo em sua relação de medicamentos oficiais para fornecimento à população, as insulinas de longa duração GLARGINA (LANTUS) ou DETEMIR (LEVEMIR) e de curta duração LISPRO (HUMALOG) e ASPART (NOVORAPID), bem como a criação de centros de referência, cabendo ao Estado o fornecimento das insulinas conforme este Protocolo e ao município de Maceió, a criação dos centros de referências que ficam incumbidos pelo atendimento médico, disponibilização dos exames



envolvidos no diagnóstico e controle do Diabetes, bem como pelo encaminhamento do paciente ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado – CEAF, portando documentação específica para cadastro, inclusão ou renovação, os quais serão analisados conforme critérios deste Protocolo sendo dispensados os análogos de insulina regularmente aos pacientes, em caso de deferimento.

CLASSIFICAÇÃO – CID10 E10 - Diabetes mellitus insulino-dependente.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

1. Análogos de insulina de longa duração (Glargina e Detemir):

Serão incluídos pacientes que se enquadrarem em dois dos seguintes critérios:

- Hemoglobina glicada 2 pontos acima do valor máximo para o método, comprovada pelos exames apresentados.
- Glicemia pós-prandial (2 horas) maior que 180,0 mg/dl, comprovada pelos exames apresentados. Sinais e sintomas de hipoglicemia, descritos no relatório médico apresentado, descrevendo quadros de hipoglicemia grave, hipoglicemia leve ou moderada frequente, hipoglicemia noturna frequente e/ou perda da percepção da hipoglicemia,

2. Análogos de insulina de curta duração (Aspart e Lispro):

Critérios de Inclusão: Serão incluídos pacientes que se enquadrarem em dois dos seguintes critérios:

- Hemoglobina glicada 2 pontos acima do valor máximo para o método, comprovada pelos exames apresentados.
- Glicemia pós-prandial (2 horas) maior que 180,0 mg/dl, comprovada pelos exames apresentados. Sinais e sintomas de hipoglicemia, descritos no relatório médico apresentado, descrevendo quadros de hipoglicemia grave, hipoglicemia leve ou moderada frequente, hipoglicemia noturna frequente e/ou perda da percepção da hipoglicemia.

SITUAÇÕES ESPECIAIS



Paciente que já faz uso de análogo de insulina: Será necessário o atendimento ao todos os critérios estabelecidos neste protocolo (item 6), referente ao tempo anterior do início do uso do análogo.

Paciente com altas doses de análogos de insulina: O paciente com prescrição de altas doses de análogos de insulina (acima de 80 UI/dia de análogos de longa duração e acima de 40 UI/dia de análogos de curta duração), deverá apresentar para ser analisado pela Auditoria do CEAF:

- Relatório médico justificando a dose prescrita e os critérios clínicos e laboratoriais que levaram ao diagnóstico de Diabetes tipo 1;
- Informar o peso atual do paciente para efeito de cálculo da dose/kg que está sendo utilizada.

FLUXO DE FORNECIMENTO DE ANÁLOGOS DE INSULINAS

Atendimento ao Paciente Portador de Diabetes

1. O paciente com indicação de uso de Análogos de Insulina deve ser encaminhado pelos centros de referência às farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF das Regiões de Saúde (RS), de acordo com a localização de seu município de origem;
2. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF e, principalmente, os centros de referência em diabetes do município, devem informar/orientar o paciente a respeito dos documentos necessários, bem como disponibilizar o formulário Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento (LME);
3. O médico endocrinologista deve preencher todos os campos do LME e orientar o paciente para que retorne ao CEAF da RS com toda a documentação necessária;
4. O CEAF cadastra o paciente em programa informatizado e encaminha o processo para avaliação da auditoria;
5. Caso o paciente atenda aos critérios estabelecidos neste protocolo, será cadastrado no Programa de Análogos de Insulina;
6. Se o paciente não se enquadrar nos critérios deste protocolo, a auditoria médica emitirá um parecer do motivo do indeferimento e o processo será devolvido ao paciente;



7. Mensalmente o paciente cadastrado no programa deve retornar ao CEAF da RS para a retirada da insulina, trazendo a documentação exigida para manutenção no programa, de acordo com o estabelecido neste protocolo.

ANEXO: LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO.



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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

1- Nome do Paciente _____

2- CNS _____

3- Nome do estabelecimento do médico solicitante _____

4- CNES _____

	5- Medicamento	6- Quantidade solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

7- Diagnóstico _____

8- CID-10 Principal _____

9- CID-10 Secundário _____

10- Anamnese _____

11- Alterações laboratoriais significativas _____

12- Tratamentos prévios _____

ATESTADO DE CAPACIDADE

13- A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO

SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável _____

14- Nome do médico solicitante _____

15- Data da solicitação ____/____/____

16- Documento CPF CNS _____

17- Nº documento _____

18- Assinatura e carimbo do médico _____

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

19- Data de nascimento ____/____/____

20- Altura (m) _____

21- Peso (Kg) _____

22- Sexo Masc Fem

23- Município de residência/UF _____

24- Endereço _____

25- Telefone de contato _____

26- Nome da mãe ou responsável _____

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____

28- Data preenchimento ____/____/____

29- Documento CPF CNS _____

30- Nº documento _____

31- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____

NOTA TÉCNICA DAF/SESAU/AL Nº 004/2013 - DISPENSAÇÃO DE RIVASTIGMINA TRANSDÉRMICA (EXCELON PATCH 5MG, 10MG E 15MG) NO ESTADO DE ALAGOAS.

O Ministério da Saúde disponibiliza para o tratamento da DA, conforme Portaria 1554, de 30 de julho de 2013, que define o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, os medicamentos orais: **Rivastigmina 1,5mg, 3mg, 4,5mg e 6mg comprimidos e 2mg/ml solução oral, Donepezila 5mg e 10mg comprimidos e Galatamina 8mg, 16mg e 24mg comprimidos**, tendo em Alagoas aproximadamente 400(quatrocentos) pacientes cadastrados na Farmácia do CEAF/DAF, que atendem aos critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT estabelecidos pelo Ministério da saúde;

Considerando a Ação Civil Pública de nº 001.10.043037-7, movida pela Defensoria Pública do Estado de Alagoas no ano de 2010 e o quantitativo de pacientes que recebem o medicamento Rivastigmina na apresentação transdérmica (Excelon Patch) que já totalizam 800 (oitocentos) pacientes, remete a possibilidade de prescrição e uso indiscriminados do medicamento na apresentação transdérmica, em detrimento as apresentações por via oral, faz-se necessário que os portadores de Alzheimer apresentem a documentação relacionada abaixo, para fins de cadastramento na Farmácia de Acolhimento – DAF, de acordo com o entendimento mantido entre esta Diretoria de Assistência Farmacêutica e o Núcleo dos Direitos Difusos, Coletivos e Humanos da Defensoria Pública do Estado de Alagoas.

Relação de Documentos a serem apresentados:

- ▶ Cópia da Carteira de Identidade – RG;
- ▶ Cópia do Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- ▶ Cópia do Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- ▶ Cópia do Comprovante de Residência;
- ▶ Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos;
- ▶ Prescrição Médica (Neurologista, Geriatra ou Psiquiatra) atualizada a cada três (3) meses;
- ▶ Identificação da incapacidade de adesão ao tratamento por via oral, através de um atestado sobre o motivo da escolha da via transdérmica, se intolerância à via oral ou risco desta via para o paciente.

NOTA TÉCNICA DAF/SESAU/AL Nº 005/2013 - TERMO DE AJUSTE E CONDUTA PARA O FORNECIMENTO GRATUITO **DE FRALDAS DESCARTÁVEIS GERIÁTRICAS** AOS PACIENTES USUÁRIOS DO SUS EM ALAGOAS.

À Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas coube a responsabilidade de regularizar o fornecimento das fraldas aos residentes em municípios diversos a Maceió e baseado nisso surgiu a necessidade de definição de critérios técnicos e estabelecimento de um fluxo administrativo para fornecimento das fraldas para as Secretarias Municipais de Saúde, (anexo IV).

A regularização do fornecimento das fraldas descartáveis geriátricas ocorrerá mediante a reposição dos estoques deste item na Central de Abastecimento Farmacêutico/DAF, que solicitarão aquisição do quantitativo para suprimento anual através de Pregão Eletrônico com Ata de Registro de Preços.

Os pedidos deverão ser encaminhados mensalmente à GNCM/DAF/SUAS, através do sistema HÓRUS, sistema oficial da Secretaria Considerando que no máximo 0,5% da população poderá vir a utilizar simultaneamente fraldas descartáveis por estar acamada ou com perda da mobilidade motora, a Secretaria Estadual de Saúde propõe um co-financiamento onde a SESAU arcaria com 50% do quantitativo de fraldas a ser disponibilizado aos usuários cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde, ficando para o município a responsabilidade de arcar com o fornecimento dos outros 50%.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1 - Serão incluídos no Protocolo para recebimento de fraldas geriátricas descartáveis os usuários portadores de:

- ▶ Doenças Crônico-degenerativas;
- ▶ Patologias que necessitem de cuidados especiais;
- ▶ Incapacidade funcional provisória ou permanente;

2 - Serão atendidos os usuários provenientes de Serviços Públicos Municipais de Saúde ou no caso de serem atendidos inicialmente por Unidade Privada de Saúde, deverão procurar a Unidade de Saúde ou Programa de Referência no Município para acompanhamento;

3 - A solicitação inicial deverá ser pelo médico do ESF/MELHOR EM CASA/NASF/AB, após avaliação e diagnóstico médico, sendo renovada pelo enfermeiro no prazo máximo de 90 (noventa) dias;



4 - Para efeito de programação e acompanhamento pela Diretoria de Assistência Farmacêutica/SESAU, será considerado inicialmente para cadastramento, o quantitativo limite de 0,25% da população (IBGE 2011) de cada município, não sendo contemplados usuários que estejam internados em Unidade Hospitalar ou similares e sim aqueles que estejam em cuidados domiciliares;

5 - Serão fornecidas no máximo 120 (cento e vinte) unidades de fraldas geriátricas descartáveis mensalmente, para cada usuário cadastrado, suficientes para 04 (quatro) trocas diárias;

6 - O médico ou enfermeira da equipe do ESF/MELHOR EM CASA/NASF/AB de referência do usuário deverá realizar a reavaliação no prazo máximo de 90 (noventa) dias, com o objetivo de definir a necessidade de continuidade ou suspensão do fornecimento de fraldas geriátricas descartáveis.

7 - As Secretarias Municipais de Saúde deverão realizar o pedido diretamente à Diretoria de Assistência Farmacêutica – DAF/SUAS/SESAU através do sistema HÓRUS, onde o quantitativo solicitado, respeitando as diretrizes estabelecidas neste protocolo, será enviado através das rotas já existentes e utilizadas;

8 - As Secretarias Municipais de Saúde, se achar necessário poderão elaborar um protocolo próprio para orientar o fluxo de dispensação de fraldas de acordo com a realidade vivenciada, e aprovar em Comissão de Farmácia Terapêutica – CFT e/ou Conselho Municipal de Saúde.

FLUXO PARA ENTREGA DE FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS

1 - O paciente que necessite utilizar fraldas geriátricas descartáveis, deverá ser atendido por profissional médico do ESF/MELHOR EM CASA/NASF/AB, Unidade de Saúde ou Programa de Saúde Municipal pelo qual venha sendo acompanhado, após avaliação e diagnóstico médico, sendo reavaliada pelo enfermeiro no prazo máximo de 90 (noventa) dias através do FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS - modelo em ANEXO;

2 - O FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS devidamente preenchido deverá ser encaminhado para o setor competente, designado por cada Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com cópias do cartão SUS, comprovante de residência, documentos pessoais e prescrição médica e/ou de enfermagem, discriminando o tempo de tratamento, não excedendo o quantitativo para 03 (três) meses;

3 - A análise do cadastro inicial por parte dos técnicos do setor designado não deverá exceder o prazo de 05 (cinco) dias úteis, devendo ser emitido PARECER TÉCNICO PARA CONCESSÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS - modelo em ANEXO;



Parágrafo Único: A documentação e o PARECER TÉCNICO PARA CONCESSÃO DE FRALDAS GERIÁTRICAS DESCARTÁVEIS deverão ser encaminhados e arquivados na CAF ou Unidade Local de Dispensação Municipal, devendo ser efetuado o cadastro dos usuários habilitados no sistema HÓRUS, sendo esta uma das condicionantes ao recebimento de fraldas geriátricas descartáveis;

4 – Poderá ser realizado, a critério da Unidade dispensadora (DAF), visitas e/ou requisição dos documentos arquivados nas CAF's ou Unidades Locais de Dispensação Municipais.

5 - A Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF municipal receberá mensalmente a relação dos pacientes cadastrados pelas Unidades de Saúde ou Programa e avaliará o quantitativo disponível para distribuição de acordo com o prazo de atendimento dos MAPAS MENSAIS;

Parágrafo Único: Não serão distribuídas fraldas geriátricas descartáveis para usuários que não se enquadrem nas doenças ou situações elencadas neste protocolo, considerando os Programas Sociais existentes com financiamentos próprios.

6 - O início para recebimento das fraldas geriátricas descartáveis dependerá da análise da CAF municipal quanto ao estoque disponível no momento da solicitação inicial, devendo enviar à equipe de avaliação mensalmente o relatório emitido pelo HÓRUS para acompanhamento e monitoramento por parte da Equipe de Supervisão e demais técnicos da Diretoria;

Parágrafo Único – Em caso de inclusão de novo paciente no período fora do envio dos MAPAS MENSAIS ou ocorrência de aumento da quantidade inicialmente cadastrada de fraldas geriátricas descartáveis, a Unidade poderá realizar pedido extra com a devida JUSTIFICATIVA MÉDICA – modelo em ANEXO.

7 – A dispensação das fraldas geriátricas descartáveis, por parte das CAF's ou Unidades Locais de Dispensação Municipais, aos pacientes devidamente avaliados e cadastrados no sistema HÓRUS, deverá ocorrer exclusivamente através do sistema HÓRUS;

8 - As fraldas geriátricas descartáveis deverão ser fornecidas enquanto perdurar a necessidade, atestada por profissional competente, cabendo ao interessado comunicar à Unidade dispensadora das fraldas geriátricas descartáveis a suspensão do uso ou intolerância do produto, bem como mudança de endereço ou óbito do(a) paciente.

9 – Ocorrendo os casos descritos no item anterior, ou seja, suspensão do uso ou intolerância do produto (fraldas geriátricas descartáveis), mudança de endereço ou óbito do(a) paciente, deverá haver a devolução do quantitativo não utilizado em sua integralidade à Unidade dispensadora.



NORMAS TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE PENEDO.

Nota Técnica 07/2016

ASSUNTO: *Tiras para aferição de Glicemia Capilar e seus respectivos aparelhos – Critérios para fornecimento e cadastro de novos pacientes.*

Para cadastro de pacientes novos será necessário:

1. Cópia do Cartão SUS;
2. Cópia do CPF e RG;
3. Cópia de comprovante de residência;
4. Declaração do PSF que o paciente reside na área;
5. Declaração do médico ou enfermeiro que o paciente é insulino dependente;
6. Receita Médica solicitando o aparelho e as fitas;

Para dispensação de tiras de glicemia:

1. Receita do médico ou do enfermeiro com quantitativo máximo de 100 tiras/mês;
2. Paciente deve estar munido do cartão SUS;
3. Em caso do paciente mandar outra pessoa, o mesmo deve estar com o cartão SUS do paciente.

Penedo, 14 de julho de 2016

Ângelo Barros Mendes - Coordenador de Assistência Farmacêutica

Nota Técnica 08/2015

ASSUNTO: *Protocolo para dispensação de Benzilpenicilina 1.200.000UI.*

Considerando que a administração de penicilina é o tratamento preconizado para doenças de relevante impacto em saúde pública, como febre reumática, sífilis e erisipela;

Considerando a dificuldade para aquisição da mesma em todo território Nacional;

Resolve:

1. Fica determinado que a penicilina seja dispensada aos pacientes ou membros das unidades de Atenção Básica à Saúde, apenas nas patologias supracitadas em que seu uso é indicado.
2. Fica determinado que o paciente ou profissional de saúde deve estar munido de:
 - Cartão SUS;
 - Laudo Médico descrevendo sua patologia com CID;
 - Receituário Médico;

Penedo, 18 de julho de 2015

Ângelo Barros Mendes - Coordenador de Assistência Farmacêutica



COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DAS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS E JUDICIAIS DE SAÚDE.

Como estratégia para equacionar a garantia do direito constitucional à saúde e ao cumprimento das responsabilidades sociais, administrativas e financeiras que a gestão do SUS requer, a Secretaria Municipal de Saúde de Penedo criou a **Comissão de Avaliação das Demandas Administrativas e Judiciais de Saúde**, que dentre outros objetivos, visa a realização de estudos e intervenções técnicas que resultem em mecanismos que garantam o direito dos usuários e a contenção racional da Judicialização no Município.

Portaria PMP/GAB n.º xx/2016

Dispõe sobre a instituição da **Comissão de Avaliação das Demandas Administrativas e Judiciais de Saúde do Município de Penedo**, O EXMO SR. PREFEITO MUNICIPAL DE PENEDO, no uso de suas atribuições conferidas pelo art. x, x e x, da Lei Complementar nº XXX, de XX de XXXX de 20XX (Lei Orgânica do Município de Penedo),

CONSIDERANDO a crescente e onerosa judicialização da saúde, gerando um custo anual em 2015 para o município no importe aproximado de R\$ 400 mil reais;

CONSIDERANDO a evolução de trabalho na agenda da Procuradoria Geral do Município decorrentes das demandas repetitivas de saúde;

CONSIDERANDO a premente necessidade de atuação eficaz e racional da Procuradoria Geral do Estado, e de atuação funcional com homogeneidade, a instituição de diálogos intra e interinstitucionais, a criação de medidas combativas e ordenadas em âmbito municipal;

CONSIDERANDO o art. 42, inciso XIII, qual dispõe que o Procurador do município tem, no desempenho de suas atividades a atribuição de participar de comissões e grupos de trabalho;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir a **Comissão de Avaliação das Demandas Administrativas e Judiciais de Saúde do Município de Penedo**, vinculada à Procuradoria Geral do Municipal de Penedo, em caráter permanente para desempenhar as seguintes atribuições:

§ 1º - Realizar estudos e intervenções técnicas ligadas à judicialização da Saúde;

§ 2º - Emitir pareceres técnicos e administrativos de acordo com as respectivas áreas de atuação dos membros;

§ 3º- Criar medidas para concretizar o direito fundamental à saúde, considerando a Rede pública de Serviços instalada, Unidades Conveniadas e contratadas;

§ 4º- Contribuir para a redução dos custos com as demandas repetitivas de prestação de serviços;



§ 5º- e promover o uso racional de medicamentos e produtos para a saúde.

Art. 2º Ficam designados para atuar na Comissão de Avaliação, sem prejuízo de suas atribuições ordinárias:

I – Sandra Gomes Santos Venegas - Procuradora do Município;

II – José da Silva Souza Cirilo – Assessor Técnico SMS - Penedo;

III – Bárbara Morgana Souto Camilo – Assessora Técnica SMS - Penedo;

IV – Ângelo Barros Mendes - Coordenador de Assistência Farmacêutica - Penedo;

V – Gisela Nunes Costa Machado – Farmacêutica da Farmácia de Crônicos de Penedo;

VI – Ronaldo Santos Silva – Coordenador do Controle e Avaliação SMS – Penedo;

VII – Waninna Pricylla Santos Mendonça – Coordenadora Administrativa SMS – Penedo;

VIII – Camylla Ataíde Rezende - Enfermeira UPA – Unidade de Pronto Atendimento/SMS Penedo;

IX – Solange Beltrão Souza – Médica USF/UPA – Unidade de Pronto Atendimento/SMS Penedo;

X – Ihara Eugênia Feitosa Barros Matias – Coordenadora de Atenção Básica da SMS – Penedo.

Art. 3º - Integrará a presente Comissão, 01(um) Conselheiro efetivo do Conselho Municipal de Saúde, a ser indicado posteriormente pelo Plenário do CMS;

Art. 4º - A coordenação dos trabalhos fica a cargo do membro representante da Procuradoria Geral do Município, podendo ser substituído, nos impedimentos, por outro Procurador que o Município designar.

Art. 5º - A Comissão de Estudo poderá contar com o auxílio de outras autoridades ou especialistas de entidades públicas e privadas, com atuação em área correlata.

Art. 6º - Serão realizadas reuniões presenciais, sob a coordenação do(a) Procurador(a).

Art. 7º - Para fins de subsídio financeiro às atividades realizadas pela referida Comissão, ficará a Secretaria Municipal de saúde responsável pela inclusão de rubrica em seu Plano Orçamentário Anual – POA.

Art. 8º - As ações e resultados da Comissão de Estudo serão avaliados com base em relatório quadrimestrais, nos períodos de maio, agosto e janeiro.

Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Penedo, 13 de maio de 2016

Marcus Beltrão Siqueira

PREFEITO



REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO A SAÚDE

ATENÇÃO BÁSICA

	Unidade	código	Localização
1	ROSETE ANDRADE	PSF 1	Urbano
2	BAIRRO VITÓRIA	PSF 2	Urbano
3	VILA MATIAS	PSF 3	Urbano
4	GABRIEL	PSF 4	Urbano
5	GABRIEL	PSF 5	Urbano
6	CENTRO	PSF 6	Urbano
7	OITEIRO	PSF 7	Urbano
8	RAIMUNDINHO	PSF 8	Urbano
9	RAIMUNDINHO	PSF 9	Urbano
10	COOPERATIVA	PSF 10	Rural
11	CAPELA	PSF 11	Rural
12	PONTA MOFINA	PSF 12	Rural
13	TABULEIRO DOS BRANCOS	PSF 13	Rural
14	PALMEIRA ALTA	PSF 14	Rural
15	SANTO ANTÔNIO	PSF 15	Urbano
16	COHAB	PSF 16	Urbano
17	SESI	PSF 17	Rural
18	SANTA MARGARIDA	PSF 18	Rural
19	SÃO JOSÉ	PSF 19	Urbano
20	JOSÉ EDILENO	PSF 20	Urbano



ATENÇÃO ESPECIALIZADA

	Unidade	Localização
1	CAPS DR. OCEANO CARLEAL	Urbano
2	LABORATÓRIO MUNICIPAL	Urbano
3	CENTRO DE ESPECIALIDADES	Urbano
4	CENTRO DE DIAGNÓSTICO	Urbano
5	CENTRO DE SAÚDE DA MULHER	Urbano
6	CEO – CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICO	Urbano

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

	Unidade	código	Localização
1	UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	UPA II	Urbano
2	SAMU – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA	SAMU	Urbano



LINKS ÚTEIS

- **Portal CEAF – SESAU**

<http://www.saude.al.gov.br/assistencia-farmaceutica-ceaf/>

- **Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF. Portaria nº 1.555, de 30 de Julho de 2013.**

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html

- **Financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF. Portaria nº 1.554, de 30 de Julho de 2013.**

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html



CONTATO: farm.penedo@gmail.com

