



PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Resolução nº 04, de 06 de julho de 2016.

Dispõe sobre a Norma Técnica 04/2016, que regulamenta o acesso aos serviços de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde de Vinhedo/SP. e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe confere o art. 53, inc. XI da Lei Municipal 112/2011 e o Art. 6.º do Decreto 114/2015, e;

Considerando a garantia de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como parte dos objetivos da Lei Orgânica nº 8.080/90 (que institui o Sistema Único de Saúde), regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, e considerando as Políticas Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, a Secretaria Municipal de Saúde de Vinhedo institui o Protocolo de Assistência Farmacêutica de Vinhedo.

Considerando que o Decreto Municipal nº 114/2015 de 22 de Maio de 2015 estabelece a obrigatoriedade de regulamentação do acesso aos recursos de saúde municipal por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas instituídas através de Normas Técnicas.

Resolve:

Art. 1º - Instituir a Norma Técnica nº 04/2016, que regulamenta o acesso aos serviços de Assistência Farmacêutica, utilizando-se das prerrogativas conferidas pelo Decreto 114/2015.

Art. 2.º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Vinhedo, aos 06 do mês de julho de dois mil e dezesseis.

ÉRICA PIN PEREIRA
Secretária Municipal da Saúde

Flávio Alves Moreira
Diretor de Assistência

Brunna Raphaelly Amaral da Silva
Gerência de Assistência Farmacêutica

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

NORMA TÉCNICA Nº 04/2016 DO DECRETO Nº 114 DE 22 DE MAIO DE 2015

PROTOCOLO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE VINHEDO.

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O SUS organiza sua Assistência Farmacêutica por meio do Decreto nº 7.508 de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90. Esta legislação estabelece uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), composta por um rol de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde a ser disponibilizado à população no âmbito do SUS prescritos por profissionais integrantes de seus quadros. Há exceções que permitem aos entes federativos franquear o fornecimento de determinados medicamentos da RENAME também à população não usuária do SUS, por motivos de saúde pública justificados.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define Assistência Farmacêutica como:

“Trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004).

Neste sentido, o uso racional de medicamentos é estabelecido quando o paciente recebe o tratamento medicamentoso apropriado para sua situação clínica, nas doses que atendam às suas necessidades individuais, pelo período estabelecido pelo profissional prescritor, ao menor custo possível para ele e sua comunidade.

Sendo de responsabilidade compartilhada entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal, a Assistência Farmacêutica no SUS Vinhedo é formada pelos seguintes Componentes:

- Componente Básico – medicamentos e insumos da Relação Municipal de Medicamentos de Vinhedo (REMUME) utilizados na Atenção Básica/Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Componente Estratégico – medicamentos utilizados no tratamento de agravos específicos como por exemplo: DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, entre outros;
- Componente Especializado (Farmácia de Alto Custo) - tratamento medicamentoso para determinadas doenças, com base nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

Neste contexto, esta Norma Técnica regulamenta o Protocolo de Assistência Farmacêutica de Vinhedo, fluxos, localização das farmácias e tipo de atendimento prestado com relação aos medicamentos padronizados. A lista de medicamentos padronizados no município de Vinhedo, a REMUME, pode ser consultada no ANEXO I deste documento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

1. FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIDADES

Os medicamentos dispensados nas UBSs, conforme REMUME, são destinados ao tratamento dos principais agravos e programas de saúde: hipertensão, diabetes, dislipidemias, asma, distúrbios digestivos, distúrbios endócrinos, distúrbios respiratórios, saúde da mulher (contraceptivos) e saúde mental.

1.1 MEDICAMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA

a) Fluxo de Trabalho – os medicamentos de Atenção Básica podem ser retirados nas farmácias das UBSs por cidadão maior de 18 anos, mediante a apresentação de receituário prescrito por profissional devidamente habilitado, e cartão Cidadão Vinhedo.

O receituário deve apresentar: papel timbrado da rede ou estabelecimento emitente conforme regra da RENAME esclarecida na introdução da presente norma técnica, nome completo do paciente, caligrafia legível, posologia e duração do tratamento, nome completo do medicamento, nome do prescritor, carimbo com número de seu registro no conselho de classe, data e assinatura do mesmo.

Os medicamentos não participantes da RENAME que possuem diretrizes terapêuticas específicas, serão contemplados em norma técnica diversa, contendo os respectivos protocolos.

Observação: De acordo com as diretrizes relativas à prescrição, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o documento deve adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI), isto é, prescrição contendo o nome do princípio ativo do medicamento e não nome comercial.

b) Validade do receituário

- Medicamentos de uso contínuo – a prescrição pode ser atendida por até seis meses a partir da data de emissão, quando estiver descrito “uso contínuo”;
- Medicamentos antimicrobianos, anti-inflamatórios e antipiréticos – prescrição válida por dez dias a partir da data de emissão;
- Medicamentos antimicrobianos de uso contínuo – validade máxima de 90 dias;
- Anti-inflamatórios e analgésicos de uso contínuo serão dispensados pelo tempo determinado pelos prescritores especialistas (neurologia, nefrologia, reumatologia, ortopedia) ou com justificativa para dor crônica (em tratamento para câncer por exemplo);
- Medicamentos sujeitos ao controle especial (Portaria ANVISA nº 344/1998) – prescrição válida por até trinta dias a partir da data de emissão;
- Medicamentos anticoncepcionais – prescrição válida por até um ano a partir da data de emissão, quando estiver descrito “uso contínuo”.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

c) Locais de atendimento das Farmácias

- **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS:** Avenida Benedito Storani, 209 – Centro
Observação: dispensação de medicamentos apenas para pacientes atendidos neste serviço.

- **Farmácia Municipal:** Avenida Presidente Castelo Branco, 1375 – Jardim São Matheus.
- **Policlínica da Capela:** Rua Juliana Von Zuben Dêgelo, 90 – Capela.
- **UBS Casa Verde:** Rua Morubixaba, s/nº - Casa Verde.
- **UBS Jardim Três Irmãos:** Rua Agenor Gallo, s/nº - Jardim Três Irmãos.
- **UBS Planalto:** Rua Brasília, 273 – Vila Planalto
- **UBS Vila João XXIII:** Rua Artur Biancalana, 120 - Vila João XXIII.
- **UBS Von Zuben:** Rua 1º de maio, 214 – Jardim Von Zuben.

d) Considerações finais

Medicamentos termolábeis, como insulinas, serão dispensados apenas se o paciente levar a caixa térmica com gelo reutilizável para manter a temperatura do medicamento durante o transporte até a residência.

1.2 MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL

a) Fluxo de Trabalho

A dispensação dos medicamentos sujeitos ao controle especial pode ser realizada somente na Farmácia Municipal, Policlínica Capela e Centro de Atenção Psicossocial-CAPS (apenas para pacientes atendidos neste serviço), por cidadão maior de 18 anos, mediante a apresentação de receituário prescrito por profissional devidamente habilitado, Cartão Cidadão Vinhedo e documento de identificação pessoal com foto.

O receituário deve apresentar: identificação do estabelecimento emissor, nome completo do paciente, caligrafia legível, posologia e duração do tratamento, nome completo do medicamento, nome do prescritor, carimbo com número de seu registro no conselho de classe, data e assinatura do mesmo, conforme exigências da Portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 344/1998.

Observação: De acordo com as diretrizes relativas à prescrição, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o documento deve adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI), isto é, prescrição contendo o nome do princípio ativo do medicamento e não nome comercial.

a) Validade das receitas e quantidade dispensada

As prescrições (Receita e Notificação de Receita) têm validade por até 30 dias a partir da data de emissão.

As prescrições com substâncias da lista B1 só podem ser adquiridas dentro da Unidade Federativa (UF) em que foram emitidas. Já as Receitas de Controle Especial, para substâncias da lista C1, são válidas em todo território nacional.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Os medicamentos sujeitos a Notificação de Receita A podem ser dispensados em UF diferente da que foi emitida. As farmácias que receberem Notificações de Receita A de outras UF devem apresentá-las à Vigilância Sanitária Municipal em até 72 horas para averiguação e visto.

- **ANTIDEPRESSIVOS**

Receituário de Controle Especial em 2 vias
Quantidade máxima para 60 dias de tratamento

- **ANTIPARKISONIANOS / ANTIDISCINÉTICO**

Receituário de Controle Especial em 2 vias
Protocolo da Secretaria da Saúde: Quantidade máxima para 90 dias de tratamento

- **ANTIPSICÓTICOS / NEUROLÉPTICOS**

Receituário de Controle Especial em 2 vias
Quantidade máxima para 60 dias de tratamento

- **ANTICONVULSIVANTES / ANTIEPILÉTICOS**

Receituário de Controle Especial em 2 vias
Protocolo da Secretaria da Saúde: Quantidade máxima para 90 dias de tratamento

- **TRANQUILIZANTES / ANSIOLÍTICOS / SEDATIVOS**

Notificação de Receita Azul (B)
Quantidade máxima para 60 dias de tratamento

- **ESTIMULANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

Notificação de Receita Amarela (A)
Quantidade máxima para 30 dias de tratamento

- **ANALGÉSICO NARCÓTICO**

Receituário de Controle Especial em 2 vias
Quantidade máxima para 30 dias de tratamento

1.3 INSUMOS

a) Fluxo de Trabalho

Os insumos dispensados nas farmácias das UBSs são:

- Aparelho glicosímetro, lanceta para punção digital e tiras reagentes para determinação de glicemia capilar – dispensação sujeita aos critérios do PROTOCOLO DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR (AMGC), conforme ANEXO II a VI do presente protocolo.
- Seringa descartável de 1ml com agulha para aplicação de insulina – dispensação de quantidade necessária para um mês de tratamento, conforme posologia indicada no receituário, em todas as UBSs.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

- Preservativo lubrificado masculino – disponível sobre o balcão de todas as farmácias ou recepção das UBSs.

2. FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS - utilizados para o tratamento das doenças de perfil endêmico como DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Esquistossomose, Meningite, entre outras.

a) Fluxo de Trabalho

Os medicamentos Estratégicos podem ser retirados somente na farmácia da UBS Casa Verde por cidadão maior de 18 anos, mediante a apresentação de receituário prescrito por profissional devidamente habilitado, e cartão Cidadão Vinhedo.

O receituário deve apresentar: identificação do estabelecimento emissor, nome completo do paciente, caligrafia legível, posologia e duração do tratamento, nome completo do medicamento, nome do prescritor, carimbo com número de seu registro no conselho de classe, data e assinatura do mesmo.

Observação 1: De acordo com as diretrizes relativas à prescrição, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o documento deve adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional (DCI), isto é, prescrição contendo o nome do princípio ativo do medicamento e não nome comercial.

Observação 2: De acordo com a RDC 44/2009 no seu Art. 40 estabelece que “§1º Os medicamentos deverão permanecer em área de circulação restrita aos funcionários, não sendo permitida sua exposição direta ao alcance dos usuários do estabelecimento.”

b) Dispensação de medicamentos para DST/AIDS – antirretrovirais

A dispensação dos medicamentos ANTIRRETROVIRAIS (ARVs) segue as exigências da Portaria 344/98 sendo que a prescrição só poderá ser feita por médico em formulário próprio estabelecido pelo programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde e será aviada ou dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, onde a receita ficará retida. Ao paciente, deverá ser entregue um receituário médico com informações sobre seu tratamento. A prescrição dos fármacos em discussão poderá conter, em cada receita, no máximo 5 (cinco) substâncias constantes dos antirretrovirais listados na Portaria 344/98.

A prescrição objeto é restrita aos médicos infectologistas, de forma que a mesma fica vedada aos demais profissionais da área da saúde.

Para pacientes já em tratamento:

Os ARVs só deverão ser dispensados mediante a apresentação do Formulário de Solicitação de Medicamentos e de Receituário em 2 vias, com todos os dados devidamente preenchidos e assinado pelo médico.

Observação: A receita é válida por 30 ou 60 ou 90 dias (conforme registrado pelo prescritor no Formulário) a partir da data de sua emissão. Para pacientes em início de tratamento, o cadastramento dos usuários SUS é obrigatório para a realização da dispensação dos ARVs e para tal deve-se preencher todos os campos do Formulário de cadastramento de usuário SUS.

c) Dispensação de medicamentos para tuberculose

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Será realizada mediante apresentação da ficha de Notificação da Doença (ou cópia) para encaminhamento a Vigilância Epidemiológica Municipal e ao DRS VII Campinas. O cadastramento do usuário será realizado em ficha própria da Unidade. A dispensação dos medicamentos para tratamento da TUBERCULOSE será realizada conforme a RDC 20/2011 por se tratarem de medicamentos antimicrobianos.

d) Dispensação de medicamentos para hanseníase

Quando o tratamento for com Talidomida, a ficha de Notificação da Doença (ou cópia) será solicitada para encaminhamento a Vigilância Epidemiológica Municipal e ao DRS VII Campinas. O cadastramento do usuário será realizado em ficha própria da Unidade. A dispensação será realizada conforme RDC 11/2011, sendo que somente poderá ser dispensado por farmacêutico e mediante a apresentação e retenção dos seguintes documentos: Notificação de Receita de Talidomida e o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento. A Notificação de Receita terá validade de 20 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 dias.

Observação: A TALIDOMIDA só poderá ser dispensada para as seguintes doenças classificadas com o CID (Classificação Internacional de Doenças): A 30, B 23.8, M 32, L 93.0, L 93.1, T 86.0, C 90.

Quando o tratamento for com Dapsona 100mg ou Tratamento Multibacilar (adulto ou infantil) ou Tratamento Paucibacilar (adulto ou infantil), a dispensação seguirá o mesmo procedimento dos medicamentos para tuberculose.

e) Dispensação de medicamentos para esquistossomose (praziquantel 600 mg)

Idem ao descrito em medicamentos para Tuberculose

f) Dispensação de medicamentos para meningite:

Solicitação caso a caso apenas diretamente para a Vigilância Epidemiológica Municipal.

g) Dispensação de medicamentos para febre maculosa (cloranfenicol xarope 125 mg/5ml):

Disponível na UPA, Policlínica e Farmácia Municipal mediante apresentação de receita após notificação.

3. PROTOCOLO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS (ALTO CUSTO)

a) Fluxo de Trabalho

A partir dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e Portarias da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP), os medicamentos do Componente Especializado (Alto Custo) podem ser acessados por meio da Farmácia de Alto Custo de Vinhedo.

O paciente deve comparecer à Farmácia de Alto Custo de Vinhedo levando o receituário e o Cartão Cidadão Vinhedo.

O funcionário da farmácia avaliará se o medicamento prescrito pelo médico se enquadra na listagem definida pelo Ministério da Saúde ou pela SES-SP e se é contemplado nos requisitos para fornecimento.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Caso o medicamento se enquadre nestes requisitos, o funcionário da farmácia fornecerá os formulários necessários a serem preenchidos pelo médico solicitante e pelo paciente ou seu responsável legal.

O paciente também receberá informações de quais documentos e exames deverá apresentar na farmácia, seguindo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Quando o processo estiver completo, a Farmácia encaminhará o mesmo para o Departamento Regional de Saúde - DRS VII, em Campinas, onde será avaliado por médicos auditores e, se autorizado, liberado para a dispensação na Farmácia de Alto Custo de Vinhedo.

O paciente receberá o medicamento e as orientações para a continuação do tratamento.

b) Local e horário de atendimento

Avenida Presidente Castelo Branco, nº 1375, Jardim São Matheus.

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 07h às 16h.

Observação: Devido a retirada de medicamentos deste Componente no DRS VII Campinas, a Farmácia de Alto Custo de Vinhedo será fechada dois dias no mês, conforme cronograma previamente afixado no mural da Farmácia.

c) Considerações finais

- Medicamentos termolábeis serão dispensados apenas se o paciente levar a caixa térmica com gelo reutilizável para manter a temperatura do medicamento durante o transporte até a residência;
- O medicamento será entregue apenas para o paciente ou seu representante legal. O paciente também poderá indicar pessoas para realizar a retirada, devendo ser previamente autorizado conforme ANEXO IV;
- Os medicamentos ficam disponíveis para retirada durante o mês que foi feito o agendamento e o mês posterior. Após este período, o medicamento não será mais entregue;
- Após 3 meses sem efetuar retiradas, o cadastro será cancelado e quando necessário, solicitado processo de Caso Novo.

4. FLUXO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

a) Fluxo de Trabalho

A Farmácia da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Vinhedo atenderá às prescrições geradas internamente na UPA/PA Capela (Pronto Atendimento), mediante a apresentação do Cartão Cidadão Vinhedo, para a retirada completa dos medicamentos prescritos.

Para o atendimento da prescrição na Farmácia da UPA, o paciente deve ter passado anteriormente no serviço de Pós Consulta, salvo nos casos em que a funcionária responsável por este serviço esteja em algum horário de pausa ou ausente.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Nos casos em que o paciente foi atendido na UPA/PA sem a apresentação do Cartão Cidadão Vinhedo, a prescrição será atendida parcialmente, sendo entregue apenas os medicamentos antimicrobianos (antibióticos), dose total.

Assim, a farmácia não atenderá receitas externas ao serviço UPA/PA, por exemplo: receitas de consultórios ou hospitais particulares/convênios, receitas da atenção básica de Vinhedo, ou ainda receitas de outros municípios, mesmo que o paciente apresente o Cartão Cidadão Vinhedo.

As receitas geradas no serviço PA Capela poderão ser atendidas na rede de Assistência Farmacêutica de Vinhedo e, pela proximidade, na farmácia da Policlínica, atentando para o horário de funcionamento desta farmácia. Em caso de final de semana ou feriado, as receitas do PA Capela poderão ser atendidas na farmácia da UPA em seu horário de funcionamento.

b) Local de atendimento

- UPA Vinhedo – Rua Engenheiro Aurélio Frediani, 45 – Jardim Santa Rosa.
- PA Capela – Rua Juliana Von Zuben Dêgelo, 90 – Capela.

5 - Os medicamentos não participantes da RENAME que possuem diretrizes terapêuticas específicas, serão contemplados em norma técnica diversa, contendo os respectivos protocolos.

6 - As despesas decorrentes do serviço de Assistência Farmacêutica instituído pela presente Norma Técnica correrão pela dotação orçamentária da pasta da saúde prevista e delimitada nas fichas nºs 171 e 176 - Material de Distribuição Gratuita, funções programáticas 10.02.10.301.1004.2.101.339032.01.310000 e 10.03.10.301.1122.2.184.339032.05.310000, respectivamente, cujos recursos serão dispensados dentro dos recursos disponíveis;

7 - Os medicamentos da REMUME serão dispensados de acordo com o protocolo estabelecido na presente norma técnica e no limite dos recursos disponíveis citados no item 06.

8 - A rede municipal pública de saúde priorizará o fornecimento dos medicamentos da RENAME, que integram a REMUME, arrolados na tabela 1 do anexo I. Os medicamentos não participantes da RENAME, arrolados na tabela 2 do anexo I serão dispensados de acordo com os recursos financeiros disponíveis na dotação orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde.

Esta norma técnica entra em vigor na data de sua publicação, com prazo de dois anos nos termos do parágrafo 5º do artigo 5º do Decreto nº 114/15.

Vinhedo, aos 06 do mês de julho de dois mil e dezesseis.

ÉRICA PIN PEREIRA
Secretária Municipal da Saúde

Flávio Alves Moreira
Diretor de Assistência

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Brunna Raphaelly Amaral da Silva
Gerência de Assistência Farmacêutica

ANEXO I – RESUMO: RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS DE VINHEDO

Tabela 1 - MEDICAMENTOS PARTICIPANTES DA RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)

	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	TIPO DE SERVIÇO	ENTE FEDERATIVO
1	ACICLOVIR	200 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
2	ACIDO ACETILSALICÍLICO	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
3	ÁCIDO FÓLICO	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

4	ÁCIDO VALPRÓICO	250 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
5	ÁCIDO VALPRÓICO	50 mg/ml	Xarope - frasco 100 ml	PORTARIA 344/98	Município
6	ALBENDAZOL	400 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
7	ALBENDAZOL	40 mg/ml	Suspensão oral – frasco 10 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
8	ALENDRONATO SÓDICO	70 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
9	ALOPURINOL	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
10	ALOPURINOL	300 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
11	AMANTADINA	100 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
12	AMIODARONA	200 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
13	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO	25 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
14	AMOXICILINA	500 mg	Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
15	AMOXICILINA	50 mg/ml	Pó para suspensão oral - Frasco 150 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
16	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO	875 mg + 125 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
17	AMOXICILINA, ASSOCIADA COM CLAVULANATO DE POTÁSSIO	50 mg + 12,5 mg/ml	Suspensão - Frasco 75 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
18	ANLODIPINO BESILATO	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
19	ATENOLOL	50 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
20	AZITROMICINA	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
21	AZITROMICINA	600 mg	Pó para suspensão oral - Frasco	ATENÇÃO BÁSICA	Município
22	BENZILPENICILINA BENZATINA	1.200.000 UI	Injetável - Frasco ampola	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
23	BENZILPENICILINA, POTÁSSICA, ASSOCIADA À PENICILINA PROCAINADA	100.000 UI + 300.000 UI	Injetável - Frasco ampola	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
24	BETAMETASONA, ACETATO, ASSOCIADA COM BETAMETASONA FOSFATO	3 mg + 3 mg/ml	Injetável – ampola 1ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
25	BIPERIDENO	2 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
26	BIPERIDENO, LACTATO	5 mg/ml	Solução injetável – ampola 1ml	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
27	BUDESONIDA	32 mcg/dose	Aerossol nasal - Frasco 120 doses	ATENÇÃO BÁSICA	Município
28	BUDESONIDA	50 mcg/dose	Aerossol nasal - Frasco 200 doses	ATENÇÃO BÁSICA	Município
29	BUPROPIONA CLORIDRATO	150 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE**

30	CAPTOPRIL	25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
31	CARBAMAZEPINA	200 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
32	CARBAMAZEPINA	20 mg/ml	Xarope - frasco 100 ml	PORTARIA 344/98	Município
33	CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL (VIT.D3)	500 mg + 400 UI	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
34	CARBONATO DE LÍCIO	300 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
35	CARVEDILOL	12,5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
36	CARVEDILOL	6,25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
37	CEFALEXINA	50 mg/ml	Suspensão oral - Frasco 60 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
38	CEFALEXINA	500 mg	Comprimido/Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
39	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
40	CLARITROMICINA	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
41	CLINDAMICINA, CLORIDRATO	300 mg	Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Município
42	CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO	25 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
43	CLONAZEPAM	2,5 mg/ml	Solução oral - Frasco 20 ml	PORTARIA 344/98	Município
44	CLOPIDOGREL	75 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
45	CLORPROMAZINA	100 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
46	CLORPROMAZINA	25 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
47	CLORPROMAZINA	40 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	PORTARIA 344/98	Município
48	DEXAMETASONA	0,10%	Solução oftálmica estéril - frasco 5 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
49	DEXAMETASONA	1%	Creme - Bisnaga 10 g	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
50	DIAZEPAM	10 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
51	DIGOXINA	0,25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
52	DIPIRONA SÓDICA	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
53	DIPIRONA SÓDICA	500 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 10 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
54	DOXAZOSINA MESILATO	2 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
55	DOXAZOSINA MESILATO	4 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
56	DOXICICLINA	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE**

57	ENALAPRIL, MALEATO	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
58	ENALAPRIL, MALEATO	20 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
59	ERITROMICINA, ESTEARATO	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
60	ESPIRONOLACTONA	25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
61	ESPIRONOLACTONA	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
62	ESTRADIOL, VALERATO ASSOCIADO COM NORETISTERONA ENANTATO	5 mg + 50 mg/ml	Injetável 1ml	ATENÇÃO BÁSICA	MS Saúde da Mulher
63	ESTROGÊNIOS CONJUGADOS	0,625 mg/g	Creme vaginal	ATENÇÃO BÁSICA	Município
64	FENITOÍNA SÓDICA	100 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
65	FENOBARBITAL SÓDICO	100 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
66	FENOBARBITAL SÓDICO	40 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	PORTARIA 344/98	Município
67	FINASTERIDA	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
68	FLUCONAZOL	150 mg	Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Município
69	FLUOXETINA	20 mg	Comprimido/Cápsula	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
70	FUROSEMIDA	40 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
71	GLIBENCLAMIDA	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
72	GLICLAZIDA	30 mg	Comprimido – Liberação controlada	ATENÇÃO BÁSICA	Município
73	HALOPERIDOL	1 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
74	HALOPERIDOL	2 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
75	HALOPERIDOL	5 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
76	HALOPERIDOL, DECANOATO	70,52 mg/ml	Solução injetável - ampola 1 ml	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
77	HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
78	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO	62 mg/ml	Suspensão oral - Frasco com 150 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
79	IBUPROFENO	300 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
80	INSULINA HUMANA NPH	100 UI/ml	Injetável - Frasco 10 ml	ATENÇÃO BÁSICA	MS
81	INSULINA HUMANA REGULAR	100 UI/ml	Injetável - Frasco 10 ml	ATENÇÃO BÁSICA	MS
82	ISOFLAVONA	60 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
83	ISOSSORBIDA, MONONITRATO	20 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE**

84	IVERMECTINA	6 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
85	LACTULOSE	667 mg/ml	Xarope - Frasco 120 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
86	LEVODOPA, ASSOCIADA À BENSERAZIDA	200 mg + 50 mg	Comprimido/Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Município
87	LEVODOPA, ASSOCIADA À BENSERAZIDA	100 mg + 25 mg	Comprimido/Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Município
88	LEVODOPA, ASSOCIADA À CARBIDOPA	250 mg + 25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
89	LEVOFLOXACINO	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
90	LEVONORGESTREL	0,75 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	MS Saúde da Mulher
91	LEVONORGESTREL, ASSOCIADO À ETINILESTRADIOL	0,15 mg + 0,03 mg	Cartela com 21 comprimidos	ATENÇÃO BÁSICA	MS Saúde da Mulher
92	LEVOTIROXINA SÓDICA	25 mcg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
93	LEVOTIROXINA SÓDICA	50 mcg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
94	LEVOTIROXINA SÓDICA	100 mcg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
95	LORATADINA	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
96	LORATADINA	1mg/ml	Xarope – Frasco 100 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
97	LOSARTANA POTÁSSICA	50 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
98	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
99	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	150 mg/ml	Solução injetável – Frasco ampola	ATENÇÃO BÁSICA	MS Saúde da Mulher
100	METFORMINA CLORIDRATO	850 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
101	METILDOPA	250 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
102	METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
103	METRONIDAZOL	40 mg/ml	Suspensão oral - Frasco 100 ml (benzoilmetronidazol)	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
104	METRONIDAZOL	250 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
105	METRONIDAZOL	100 mg/g	Geleia vaginal - Bisnaga 50 g	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
106	MICONAZOL	2%	Creme vaginal - Bisnaga 80 g + aplicador	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
107	NAPROXENO	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
108	NIFEDIPINO	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
109	NISTATINA	100.000 UI/ml	Suspensão oral - Frasco 50 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

110	NITRAZEPAM	5 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
111	NITROFURANTOÍNA	100 mg	Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
112	NORETISTERONA	0,35 mg	Comprimido – Blister calendário com 35 unidades	ATENÇÃO BÁSICA	Município
113	NORFLOXACINO	400 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
114	NORTRIPTILINA CLORIDRATO	25 mg	Comprimido/Cápsula	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
115	OMEPRAZOL	20 mg	Cápsula	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
116	PARACETAMOL	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
117	PARACETAMOL	200 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 15 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
118	PENTOXIFILINA	400 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
119	PERMANGANATO DE POTÁSSIO	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
120	PIRIMETAMINA	25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
121	PREDNISOLONA	3 mg/ml	Solução oral - Frasco 60 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
122	PREDNISONA	20 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
123	PREDNISONA	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
124	PRESERVATIVO MASCULINO LUBRIFICADO 52 MM			ATENÇÃO BÁSICA	Município
125	PROMETAZINA CLORIDRATO	25 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
126	PROPAFENONA CLORIDRATO	300 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
127	PROPRANOLOL CLORIDRATO	40 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
128	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	Pó composto por: Cloreto de sódio 3,5 g Cloreto de potássio 1,5 g Citrato de sódio 2,9 g Glicose 20 g	Envelope com 27,9 g	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
129	SALBUTAMOL	100 mcg/dose	Aerossol oral – Frasco 200 doses	ATENÇÃO BÁSICA	Município
130	SINVASTATINA	20 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
131	SULFADIAZINA	500 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
132	SULFAMETOXAZOL, ASSOCIADO À TRIMETOPRIMA	40 mg + 8 mg/ml	Suspensão oral - Frasco 100 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
133	SULFAMETOXAZOL, ASSOCIADO À TRIMETOPRIMA	400 mg + 80 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
134	SULFATO FERROSO	40 mg	Comprimido/Drágea	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
135	TIAMINA	300 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

136	TOPIRAMATO	50 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
137	VARFARINA SÓDICA	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
138	VERAPAMIL CLORIDRATO	80 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município

Tabela 2 - MEDICAMENTOS NÃO PARTICIPANTES DA RENAME

	MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	FORMA FARMACÊUTICA	TIPO DE SERVIÇO	ENTE FEDERATIVO
1	ACEBROFILINA	5 mg/ml	Xarope infantil – frasco 120 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
2	ACEBROFILINA	10 mg/ml	Xarope adulto – frasco 120 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
3	ACICLOVIR	400 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
4	AMINOFILINA	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
5	BETAISTINA, DICLORIDRATO	16 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
6	BROMAZEPAM	6 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
7	BROMOPRIDA	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
8	BROMOPRIDA	4 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
9	CETIRIZINA, DICLORIDRATO	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
10	CETIRIZINA, DICLORIDRATO	1 mg/ml	Solução oral	ATENÇÃO BÁSICA	Município
11	CETOCONAZOL CREME	2%	Creme - Bisnaga 30 g	ATENÇÃO BÁSICA	Município
12	CIANOCOBALAMINA, ASSOCIADA COM DEXAMETASONA, PIRIDOXINA E TIAMINA	5.000 mcg + 4 mg (4,37) + 100 mg + 100 mg	Injetável - Ampola I com Tiamina e Piridoxina. Ampola II com Dexametasona e Cianocobalamina	ATENÇÃO BÁSICA	Município
13	CICLOBENZAPRINA, CLORIDRATO	5 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
14	CLONAZEPAM	2 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
15	CLORETO DE BENZALCÔNIO + CLORETO DE SÓDIO	0,1 mg + 9 mg/ml	Solução nasal - Frasco 30 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
16	CLORETO DE POTÁSSIO	60 mg/ml	Solução oral - Frasco 150 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
17	CLOSTEBOL ACETATO, ASSOCIADO COM NEOMICINA SULFATO	5 mg + 5 mg/g	Creme - bisnaga 40 g	ATENÇÃO BÁSICA	Município
18	CROMOGLICATO DE SÓDIO	40 mg/ml	Solução Oftálmica - Frasco 5 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
19	DELTAMETRINA	0,2 mg/ml	Loção - Frasco 100 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
20	DELTAMETRINA	0,2 mg/ml	Shampoo - Frasco 100 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
21	DILTIAZEM, CLORIDRATO	60 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
22	DIMENIDRINATO, ASSOCIADO COM PIRIDOXINA CLORIDRATO	25 mg + 5 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
23	DIPIRONA SÓDICA, ASSOCIADA À ADIFENINA E PROMETAZINA	500 mg + 10 mg + 5 mg/1,5 ml	Solução oral gotas - Frasco 15 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

24	ESCOPOLAMINA BUTILBROMETO	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
25	ESTROGÊNIO CONJUGADOS	0,625 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
26	HIDROXIQUINOLINA BORATO, ASSOCIADA COM TROLAMINA	0,4 mg + 140 mg/ml	Solução otológica - Frasco 8 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
27	HIPROMELOSE + DEXTRANA 70	3mg + 1mg/ml	Solução oftálmica lubrificante estéril - Frasco 15 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
28	IMIPRAMINA	25 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
29	LEVOMEPROMAZINA	100 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
30	LEVOMEPROMAZINA	40 mg/ml	Solução oral - Frasco 20 ml	PORTARIA 344/98	Município
31	MEBENDAZOL	20 mg/ml	Suspensão oral - frasco 30 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
32	METILFENIDATO CLORIDRATO	10 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
33	NEOMICINA, ASSOCIADA COM BACITRACINA	5 mg + 250 UI/G	Pomada -Bisnaga 15 g	ATENÇÃO BÁSICA	Município
34	NIFEDIPINO	20 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
35	NIMESULIDA	100 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
36	NIMESULIDA	50 mg/ml	Solução oral gotas - Frasco 15 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
37	NISTATINA	25.000 UI/g	Creme vaginal - Bisnaga 60 g + aplicador	ATENÇÃO BÁSICA	Município
38	PERICIAZINA	40 mg/ml (4%)	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	PORTARIA 344/98	Município
39	POLIMIXINA B, ASSOCIADA COM NEOMICINA E DEXAMETASONA	6.000 UI + 0,5% + 0,1%	Suspensão oftálmica - frasco 5 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
40	POLIMIXINA B, ASSOCIADA COM NEOMICINA, FLUOCINOLONA E LIDOCAÍNA	11.000 UI + 3,85 mg + 0,275 mg + 20 mg/ml	Solução otológica - frasco 5 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
41	POLIVITAMÍNICO GOTAS Vitamina A + Tiamina (Vitamina B1) + Riboflavina (Vitamina B2) + Ácido pantotênico (Vitamina B5) + Biotina (Vitamina B8) + Ácido ascórbico (Vitamina C) + Vitamina E + Vitamina D	375mcg + 0,2mg + 0,3mg + 1,7mg + 5mg + 25mg + 2,7mg + 5mcg (Porção de 0,25ml ou 6 gotas)	Solução oral gotas - Frasco 20 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
42	RETINOL, ASSOCIADO COM AMINOÁCIDOS + METIONINA + CLORANFENICOL	10.000 UI + 25 mg + 5 mg + 5 mg/g	Pomada oftálmica - bisnaga 3,5 g	ATENÇÃO BÁSICA	Município
43	RETINOL, ASSOCIADO COM COLECALCIFEROL	50.000 UI + 10.000 UI/ml	Solução oral gotas - frasco 10 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
44	RETINOL, ASSOCIADO COM COLECALCIFEROL E ÓXIDO DE ZINCO	100.000 UI/100 g + 40.000/100 g + 10 g	Pomada - Bisnaga 45 g	ATENÇÃO BÁSICA	Município
45	SECNIDAZOL	30 mg/ml	Suspensão oral - Frasco 15 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

46	SECNIDAZOL	1.000 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
47	SIMETICONA	75 mg/ml	Solução oral - Frasco 10 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
48	SULFATO FERROSO	68 mg/ml	Solução oral - Frasco 30 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Programa Dose Certa FURP – SES-SP
49	TERCONAZOL	8 mg/g	Creme vaginal - Bisnaga 30 g + aplicador	ATENÇÃO BÁSICA	Município
50	TIAMAZOL	10 mg	Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
51	TIORIDAZINA CLORIDRATO	100 mg	Comprimido	PORTARIA 344/98	Município
52	TOBRAMICINA	0,30%	Solução oftálmica - Frasco 5 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
53	TRAMADOL CLORIDRATO	50 mg	Comprimido/Cápsula	PORTARIA 344/98	Município
54	VITAMINAS DO COMPLEXO B		Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município
55	VITAMINAS DO COMPLEXO B		Injetável - ampola 2 ml	ATENÇÃO BÁSICA	Município
56	VITAMINAS E SAIS MINERAIS		Comprimido	ATENÇÃO BÁSICA	Município

Obs.: Os medicamentos não participantes da RENAME, arrolados na tabela 2 do anexo I serão dispensados de acordo com os recursos financeiros disponíveis na dotação orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE**

ANEXO II

PROTOCOLO DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR (AMGC)

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento de graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença.

As intervenções terapêuticas do diabetes visam o rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar as complicações crônicas micro e macro vasculares, assim como evitar complicações agudas, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar.

Para elaboração de um plano terapêutico adequado ao paciente diabético, são necessárias várias ações, estando entre elas o controle glicemia capilar. O automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) pode ajudar na compreensão da doença e promover a autoconfiança, facilitando as mudanças comportamentais necessárias, otimizando a terapia e consequentes desfechos positivos.

Visando o acesso ao glicosímetro de maneira adequada e igualitária a nossa população, elaboramos esse protocolo embasado na Portaria N° 2.583 do Ministério da Saúde de 2007.

INCLUSÃO E SEGUIMENTO NO PROGRAMA DE AMGC

Segundo o Ministério da Saúde, não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar deve ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe de saúde.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

Portanto, fica definido como critérios de inclusão:

- DM tipo I
- DM tipo II em insulinoterapia
- DM gestacional

Após a inclusão, durante o uso do glicosímetro, as seguintes orientações devem ser observadas:

- O paciente deve ser regularmente atendido por um médico;
- O médico deve preencher a ficha de inclusão do protocolo e orientar o paciente a entregar o impresso preenchido e carimbado na farmácia;
- O paciente deve, ao receber o glicosímetro, assinar termo de responsabilidade sobre o mesmo junto ao farmacêutico/técnico de farmácia da unidade;
- As lancetas e fitas regentes serão dispensadas na farmácia, mensalmente, mediante apresentação do aparelho glicosímetro para leitura das medições de glicemia do mês anterior. O controle glicêmico mensal será impresso na Farmácia/Unidade Básica de Saúde mediante leitura no aparelho glicosímetro e será entregue ao paciente para posterior apresentação ao médico;
- O médico deve orientar, por escrito, com que frequência e em quais horários o paciente deve realizar os controles glicêmicos;
- Em consulta médica, o médico deve dar ciência nas tabelas de controle glicêmico, no mínimo a cada 6 meses e reavaliar sua prescrição, anotando na própria tabela para controle da farmácia;
- Em caso de DM gestacional, o aparelho deve ser devolvido assim que houver autorização médica para tal;
- Caso o paciente faça uso inadequado do glicosímetro, ou não realize as aferições conforme solicitado, inicialmente será reorientado. Caso continue não aderindo ao tratamento, será solicitada a devolução do aparelho;
- Após a inclusão neste protocolo, caso o paciente não retire tiras e fitas reagentes por mais de 6 meses, o mesmo será excluído do cadastro nas farmácias, havendo a necessidade de apresentação de nova ficha de inclusão para novas retiradas;
- A partir da data de publicação deste protocolo, pacientes que não retiravam tiras e lancetas nas farmácias, há mais de 6 meses, precisarão de nova ficha de inclusão, considerando os critérios deste protocolo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste protocolo, a Secretaria de Saúde do Município de Vinhedo almeja otimizar o uso dos recursos materiais disponibilizados para AMGC e melhorar o controle glicêmico dos seus usuários diabéticos, com aumento da sobrevida desses indivíduos e incremento na sua qualidade de vida.

Este protocolo será periodicamente revisto, afim de ser atualizado de acordo com as necessidades e dificuldades que surgirem.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO III

PROTOCOLO DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR (AMGC)

FICHA DE INCLUSÃO

NOME: _____

DATA DE NASC.: ___/___/___ PRONTUÁRIO: _____ CARTÃO CIDADÃO VINHEDO: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____ CRM: _____ ou carimbo:

DATA DA INCLUSÃO: ___/___/_____

INDICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO:

- () DM TIPO I
- () DM TIPO II EM USO EM INSULINOTERAPIA
- () DIABETES GESTACIONAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA E ORIENTAÇÕES:

(Referente à medicação e insumos)



PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE APARELHO DE GLICEMIA

1. Zelar pelo bom manuseio e conservação do aparelho de glicosímetro, de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde;
2. Em caso de perda ou roubo fazer boletim de ocorrência e encaminhar documento para farmácia de referência onde está cadastrado, para resgatar um novo aparelho;
3. Em caso de defeito encaminhar o aparelho até a equipe de Enfermagem da Unidade Básica de Saúde de referência, que fará a avaliação e, se necessário, a solicitação de troca do aparelho junto a equipe da Farmácia;
4. Em caso de Diabetes Mellitus gestacional, devolver o aparelho de glicosímetro assim que houver autorização médica para tal.
5. Em caso de interrupção da monitorização da glicemia por óbito ou alta, devolver o aparelho na farmácia da Unidade Básica de Saúde de referência.
6. **Importante:** para melhor conservação do aparelho, bem como obtenção dos dados do controle glicêmico, é fundamental que a data e hora do glicosímetro estejam sempre corretos com o horário de Brasília, não alterar data e hora. Atenção na troca de bateria do glicosímetro, buscar marcas de qualidade, pois marcas inferiores e mais baratas podem ter voltagem diferente, menor durabilidade e, conseqüentemente, promover o mau funcionamento do aparelho e inconsistências nas medidas diárias, o que prejudicará o acompanhamento mensal. Se a troca da bateria for feita rapidamente, o aparelho mantém a configuração de data e hora.



PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE, Eu _____, CPF _____, Cartão do SUS _____, Cartão Cidadão _____, Nome da mãe _____, Endereço: _____, Bairro _____, Telefones de contato _____, Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____ anos, em uso dos medicamentos: _____, mediante este instrumento de aceitação assumo que recebi as orientações contidas no **TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE APARELHO DE GLICEMIA**

Código e marca do aparelho: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do responsável pela dispensação

Vinhedo, ____ de ____ de ____

Atestamos que o equipamento foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- () Em perfeito estado
- () Apresentando defeito
- () Faltando peças ou acessórios



PREFEITURA MUNICIPAL DE VINHEDO
SECRETARIA DE SAÚDE

_____ (Responsável pelo recebimento)

ANEXO V

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____,

RG nº _____ autorizo, de acordo com o preconizado na Portaria nº 1.554/2013 que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados (Farmácia de Alto custo de Vinhedo), para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

REPRESENTANTE - 1
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:
REPRESENTANTE - 2
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:
REPRESENTANTE - 3
Nome Completo:
Nº Documento de Identidade (RG):
Endereço Completo:
Telefones para contato:

Data: / /

Assinatura: