



MANUAL DE APOIO

ÀS UNIDADES

LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS

DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO

FARMACÊUTICO - CAF

2ª Edição - AGOSTO/2016

Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA
Divisão de Apoio à Farmácia
Porto Velho



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	3
2	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO CAF:	4
3	PREENCHIMENTO DO MAPA MENSAL DE MEDICAMENTOS PELA FARMÁCIA:	4
3.1	OS CAMPOS SOLICITADOS NOS MAPAS A SEREM PREENCHIDOS SÃO:.....	5
3.2	ANEXOS REFERENTE AO CONTROLE DE CADASTROS DE PACIENTES:.....	6
3.3	ANEXO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS:.....	6
3.4	MEDICAMENTOS FARMÁCIA BÁSICA:.....	6
3.5	MEDICAMENTOS INJETÁVEIS:.....	6
3.6	MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS:.....	6
3.6.1	PROGRAMA TUBERCULOSE.....	7
3.6.2	PROGRAMA DST/AIDS.....	8
3.6.3	PROGRAMA HANSENÍASE.....	9
3.6.4	PROGRAMA DIABETES (INSULINO DEPENDENTES).....	10
3.6.5	PROGRAMA TOXOPLASMOSE.....	11
3.6.6	DEMAIS PROGRAMAS.....	12
3.6.7	USO DO HIPOCLORITO DE SÓDIO.....	12
4	ANÁLISE DE MAPAS DE MEDICAMENTOS:	14
5	ENTREGA DE MEDICAMENTOS DO CAF ÀS UNIDADES:	14
6	RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS PELA UNIDADE	14
7	ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	15
8	MEDICAMENTOS VENCIDOS	16
8.1	UNIDADES URBANAS:.....	16
8.2	UNIDADES RURAIS:.....	16
9	MEDICAMENTOS AVARIADOS	17
10	MEDICAMENTOS EXCEDENTES	18
11	VISITAS TÉCNICAS:	19
12	REMANEJO E/OU PERMUTAS DE MEDICAMENTOS:	19
13	CONSIDERAÇÕES FINAIS:	20



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

1 INTRODUÇÃO

A Divisão de Apoio à Farmácia – DAF é uma Divisão ligada a Secretaria Municipal de Saúde e é responsável pela Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal (tudo que envolve medicamentos e serviços farmacêuticos), bem como orientar as Unidades de Saúde como deverá funcionar os fluxos das Farmácias, procedimentos com medicamentos, logística, programação, dentre outros. A Divisão de Farmácia possui um setor exclusivo, a **Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF** para prestar os serviços que atendem as solicitações sobre o abastecimento de medicamentos às farmácias municipais como:

- Padronização de Mapa;
- Execução de cronograma semestral de entregas de mapa mensal referente a movimentação e solicitação de medicamentos a ser cumprido pelas unidades de farmácias;
- Transporte de entrega dos medicamentos referentes aos mapas mensais;
- Análise técnica das informações contidas no mapa mensal entregues ao DAF acerca da movimentação completa dos medicamentos existentes nas unidades de farmácias;
- Gerenciamento das movimentações em geral.

Aproveitamos para ressaltar que existe uma padronização de uma **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais REMUME**, que já estabelece o nosso rol de medicamentos para atendimento dos serviços a serem prestados na atenção básica de saúde. O Mapa Mensal deve contemplar essa relação de medicamentos. Por este motivo não é permitido a alteração do dados descritivos de medicamentos nos mapas, uma vez que está disposto conforme perfil da unidade.

Desta feita, vimos por meio deste, informar/atualizar sobre alguns procedimentos adotados pela Gestão da Divisão de Apoio à Farmácia - DAF a partir da presente data afim de organizar os serviços prestados.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

2 SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS AO CAF:

A solicitação de medicamentos da unidade de farmácia municipal deverá ser realizada por meio de pedido de **MAPA MENSAL** conforme **CRONOGRAMA** semestral pré estabelecido pela DAF. É de suma importância que haja programação para definir os quantitativos dos medicamentos de acordo com o consumo médio mensal para cada item.

Nota 1: *É permitida a solicitação de medicamentos extra mapa mensal, em qualquer período fora do cronograma oficial, desde que justificado.*

Nota 2: *No caso de solicitações extras de Insulinas, a unidade deverá obrigatoriamente trazer o isopor para acondicionamento e transporte da mesma. Caso contrário as mesmas não serão entregues.*

3 PREENCHIMENTO DO MAPA MENSAL DE MEDICAMENTOS PELA FARMÁCIA:

Os Medicamentos devem ser solicitados via mapa padronizado pela equipe DAF e os dados devem ser preenchidos de forma a abranger veracidade nas informações, pois as unidades deverão ter ciência e responder sobre as informações preenchidas no Mapa Mensal quando constatado a incoerência nas informações, uma vez que a equipe técnica do DAF possui as informações anteriores (mapas) e todas as requisições de entrega (reposição de medicamentos) para as unidades. Cobrança esta, também solicitada pelos órgãos fiscalizadores sobre as suas Unidades de Saúde à esta Divisão. As incoerências encontradas nos Mapas serão enviadas via documento à unidade de farmácia para ciência do diretor da unidade de saúde e/ou farmacêutico, afim de alertar e esclarecer à unidade que tenha controle sobre as movimentações de medicamentos recebidos pela Central de abastecimento Farmacêutico - CAF. Seguem abaixo algumas informações sobre os campos a serem preenchidos no mapa.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

3.1 OS CAMPOS SOLICITADOS NOS MAPAS A SEREM PREENCHIDOS SÃO:

		PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA DIVISÃO DE APOIO À FARMÁCIA - DAF Av.: Jorge Teixeira de Oliveira, 1146- Nova Porto Velho- PVH – RO. Fone: (69) 3901-3635									
MAPA MENSAL DE MEDICAMENTOS											
Data de Referência: ___/___/___ a ___/___/___ (DATA SALDO ANTERIOR a DATA SALDO ATUAL)					NOME DO SERVIDOR/DATA/HORA RECEBIMENTO PELO DAF:						
UNIDADE:				LOCALIDADE:				A SER PREENCHIDO PELA DIVISÃO DE FARMÁCIA BÁSICA - DAF			
ITEM	CÓD	FARMÁCIA BÁSICA	UNID	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	REMANEJO / PERDAS	CONSUMO	SALDO ATUAL	PEDIDO	QUANTIDADE ATENDIDA	LOTE FORNECIDO

- **DATA REFERÊNCIA:** são respectivamente **Data SALDO** mês **ANTERIOR** e a **Data SALDO ATUAL**, onde foram realizadas as respectivas contagens dos medicamentos;
- **UNIDADE:** Nome da unidade de saúde;
- **LOCALIDADE:** nome da localidade que pertence a unidade de saúde;
- **SALDO ANTERIOR:** referente ao campo "**SALDO ATUAL**" do mapa do mês anterior;
- **ENTRADA:** quantidade de medicamentos que a unidade de farmácia recebeu do DAF no período;
- **REMANEJO/PERDAS:** Remanejamento só pode ser realizado com autorização do DAF deverá ser justificadas via documento e anexado ao mapa. PERDAS, refere-se a alguma avaria e/ou vencimento do medicamento;
- **CONSUMO:** saída de medicamentos referente as dispensações realizadas no período na unidade de farmácia;
- **SALDO ATUAL:** contagem da quantidade de medicamentos realizada pelo servidor da farmácia para confeccionar o MAPA (o que realmente existe fisicamente de medicamento na prateleira da farmácia);
- **PEDIDO:** deverá ser solicitado conforme consumo médio mensal, acrescentando uma margem de segurança a mais por uma possível necessidade;
- **QUANTIDADE ATENDIDA:** Não Preencher!!Preenchimento exclusivo da equipe do DAF;
- **LOTE FORNECIDO:** Não Preencher!!Preenchimento exclusivo da equipe do DAF;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

3.2 ANEXOS REFERENTE AO CONTROLE DE CADASTROS DE PACIENTES:

Devem justificar a quantidade pacientes que estão em tratamento e recebendo medicamento referente aos programas (TUBERCULOSE, HANSENÍASE e INSULINO-DEPENDENTES,...) As informações não são por equipe, mas pelo consolidado da Unidade de Saúde. A apresentação deste tornar-se obrigatória e devem estar devidamente assinadas;

3.3 ANEXO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS:

Devem ser preenchidos conforme estabelecido no formulário. Vide Item 07 MEDICAMENTOS VENCIDOS;

3.4 MEDICAMENTOS FARMÁCIA BÁSICA:

Serão disponibilizados para dispensação nas unidades de farmácias os medicamentos listados no mapa mensal conforme perfil de atendimento da unidade de saúde. Este critério não se aplica aos seguintes medicamentos: **BROMETO de FENOTEROL e BROMETO de IPRATROPIO**, pois devem ser de uso interno da unidade para procedimentos de inalação aos pacientes, sendo vetada sua dispensação.

3.5 MEDICAMENTOS INJETÁVEIS:

Serão disponibilizados para as unidades de farmácias os medicamentos listados no mapa mensal conforme perfil de atendimento da unidade de saúde. Serão de uso interno para procedimentos provenientes da própria unidade de saúde sendo vetada a sua dispensação. Este procedimento não se aplica aos contraceptivos e as insulinas.

3.6 MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS:

Serão disponibilizados os medicamentos referentes aos seguintes programas:

- HIPERDIA;
- ASMA E RENITE;
- PLANEJAMENTO FAMILIAR;
- DST/AIDS;
- SUPLEMENTO DE VITAMINA A;
- LEISHMANÍOSE;
- TUBERCULOSE (acompanhado do anexo referente ao cadastro de pacientes);
- HANSENIASE (acompanhado do anexo referente ao cadastro de pacientes);
- INFLUENZA;
- TOXOPLASMOSE;
- MALÁRIA.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

Os mesmos devem ser preenchidos de acordo com a demanda de pacientes obedecendo os critérios de notificações de casos. Existem anexos (tuberculose, hanseníase e insulino dependentes) a serem preenchidos de forma consolidada pela unidade de saúde, para se avaliar e justificar a quantidade solicitada de medicamentos.

Os demais programas devem constar conforme as informações solicitadas no mapa.

3.6.1 PROGRAMA TUBERCULOSE

MEDICAMENTOS DO PROGRAMA TUBERCULOSE											
ITEM	CATMAT	MEDICAMENTO	UNID	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	REMANEJO/ PERDAS	CONSUMO	SALDO ATUAL	PEDIDO	QUANTIDADE ATENDIDA	LOTE FORNECIDO
174	BR0374155	ISONIAZIDA + RIFAMPICINA 75 + 150 MG COMPRIMIDO	COMP.								
175	BR0292205	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO	COMP.								
176	BR0364037	RIFAMPICINA 150MG + ISONIAZIDA 75MG + PIRAZINAMIDA 400MG + ETAMBUTOL 275MG 150 MG + 75MG + 400MG + 275MG COMPRIMIDO	COMP.								
177	BR0299766	ETAMBUTOL, CLORIDRATO 400 MG COMPRIMIDO	COMP.	MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES EM TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - CEM							
178	BR0302748-2	PIRAZINAMIDA 30 MG/ML SUSPENSÃO ORAL 150 ML	FR.								
179	BR0272822	PIRAZINAMIDA 500 MG COMPRIMIDO	COMP.								
180	BR0292208-1	RIFAMPICINA 20 MG/ML (2%) SUSPENSÃO ORAL 50 ML	FR.								
181	BR0272837	RIFAMPICINA 300 MG CÁPSULA	CPS.								

Somente estarão disponíveis nas unidades de saúde os seguintes medicamentos:

- ISONIAZIDA 100MG;
- ISONIAZIDA 75MG + RIFAMPICINA 150MG;
- RIFAMPICINA 150MG+ISONIAZIDA75MG+PIRAZINAMIDA 400MG+ETAMBUTOL 275MG (COXIP 4);

Demais medicamentos serão disponibilizados no Centro de Especialidades Médica – CEM, devido aos casos para tratamento específicos e infantil (PIRAZINAMIDA 500MG, PIRAZINAMIDA 30MG/ML, ETAMBUTOL 400MG, RIFAMPICINA 300MG e RIFAMPICINA 2% SUSP ORAL).



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Pedidos devem ser justificados via preenchimento do anexo consolidado da unidade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA DIVISÃO DE APOIO À FARMÁCIA - DAF							
CADASTRO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE TUBERCULOSE							
UNIDADE:				MÊS/ANO:			
NOME DO PACIENTE	ENDEREÇO	CNS	MEDICAMENTO	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO (dd/m/aaaa)	MÊS VIGENTE (Mês de tratamento)	QUANTIDADE DE ENTREGA (medicamento)	OBSERVAÇÃO

OBS: É OBRIGATORIO A APRESENTAÇÃO DESTE CADASTRO JUNTAMENTE COM O MAPA MENSAL TB PARA JUSTIFICAR O QUANTITATIVO SOLICITADO.

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____

3.6.2 PROGRAMA DST/AIDS

MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DST/AIDS											
ITEM	CATMAT	MEDICAMENTO	UNID	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	REMANEJO/ PERDAS	CONSUMO	SALDO ATUAL	PEDIDO	QUANTIDADE ATENDIDA	LOTE FORNECIDO
161	BR0268372	ACICLOVIR 400 MG COMPRIMIDO	COMP.								
162	BR0268375-2	ACICLOVIR 5 % CREME 10 G	BS.								
163	BR0268951	AZITROMICINA 1 G COMPRIMIDO	COMP.								
164	BR0294097	CEFTRIAXONA SÓDICA 250 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL *	FR-AMP								
165	BR0271355	METRONIDAZOL + NISTATINA 100 MG + 20.000 UI/G CREME VAGINAL 50 G	BS.								
166	BR0372335	METRONIDAZOL 100 MG/G GEL 50 G	BS.								
167	BR0268162-2	MICONAZOL, NITRATO 2 % CREME VAGINAL 80 G	BS.								
169	BR0268299	SECNIDAZOL 1.000 MG COMPRIMIDO *	COMP.								

* RESTRITO: DISPENSAÇÃO SOMENTE COM APRESENTAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO.

* RESTRITO: DISPENSAÇÃO SOMENTE COM APRESENTAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE CASO.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

3.6.3 PROGRAMA HANSENÍASE

Somente estarão disponíveis nas unidades de saúde os medicamentos descritos a seguir.

MEDICAMENTOS DO PROGRAMA HANSENÍASE											
ITEM	CATMAT	MEDICAMENTO	UNID	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	REMANEJO/ PERDAS	CONSUMO	SALDO ATUAL	PEDIDO	QUANTIDADE ATENDIDA	LOTE FORNECIDO
182	BR0267741	PREDNISONA 5 MG COMPRIMIDO	COMP.								
183	BR0267743	PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO	COMP.								
184	BR0328361	TRATAMENTO MULTIBACILAR ADULTO COMPRIMIDO	BLISTER								
185	BR0328362	TRATAMENTO MULTIBACILAR INFANTIL COMPRIMIDO	BLISTER								
186	BR0328364	TRATAMENTO PAUCIBACILAR ADULTO COMPRIMIDO	BLISTER								
187	BR0328363	TRATAMENTO PAUCIBACILAR INFANTIL COMPRIMIDO	BLISTER								

Pedidos devem ser justificados via preenchimento do anexo consolidado da unidade.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA DIVISÃO DE APOIO À FARMÁCIA - DAF							
CADASTRO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE							
UNIDADE:				MÊS/ANO:			
NOME DO PACIENTE	ENDEREÇO	CNS	MEDICAMENTO	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO (dd/mm/aaaa)	MÊS VIGENTE (Mês de tratamento)	QUANTIDADE DE ENTREGUE (medicamento)	OBSERVAÇÃO

OBS: É OBRIGATORIO A APRESENTAÇÃO DESTES CADASTROS JUNTAMENTE COM O MAPA MENSAL HANSENÍASE PARA JUSTIFICAR O QUANTITATIVO SOLICITADO.

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____

Para os agravos decorrentes de Reações Hansênicas que necessitem do medicamento **TALIDOMIDA 100MG**, o paciente deverá ser encaminhado ao Centro de Especialidades Médica – CEM para tratamento, acompanhamento e disponibilidade do medicamento.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

3.6.4 PROGRAMA DIABETES (INSULINO DEPENDENTES)

As solicitações de insulina **NPH** e **REGULAR** devem ser justificados via preenchimento do anexo consolidado da unidade, ou outro documento que contenham as informações solicitadas a seguir.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO MUNICIPAL - CAF Av.: Jorge Teixeira de Oliveira, 621- N.Srª. Das Graças- PVH - RO. Fone: (69) 3901-3635									
CADASTRO GERAL DE PACIENTES DIABÉTICOS INSULINO DEPENDENTES									
UNIDADE:			LOCALIDADE:			MÊS/ANO:			
Nº DE ORDEM	DATA CADASTRO	DATA DA ÚLTIMA RECEITA	NOME COMPLETO DO PACIENTE	ENDEREÇO COMPLETO PACIENTE	CARTÃO SUS OU CPF	NPH		REGULAR	
						UNIDADE DIÁRIA INSULINA NPH	QUANTIDADE FRASCO/MÊS NPH	UNIDADE DIÁRIA A INSULINA REGULAR	QUANTIDADE FRASCO/MÊS REGULAR
QUANTIDADE DE CONSUMO MENSAL									
OBS: É OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DESTE CADASTRO JUNTAMENTE COM O MAPA MENSAL PARA JUSTIFICAR A SOLICITAÇÃO DE INSULINAS.									
CARIMBO/ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:									

3.6.4.1 ESQUEMA DE DISPENSAÇÃO DE INSULINAS

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA DIVISÃO DE APOIO À FARMÁCIA - DAF Av.: Jorge Teixeira de Oliveira, 1146 - Nova Porto Velho - PVH - RO. Fone: (69) 3901-3635			
CÁLCULO DE DISPENSAÇÃO DE INSULINAS			
TIPOS DE INSULINAS		RECEITUÁRIO MÉDICO SUS	
INSULINA REGULAR 100UI/ML FRASCO COM 10ML		<i>PACIENTE: Sr. Fulano de Tal</i>	
INSULINA NPH 100UI/ML FRASCO COM 10ML		<i>Uso Subcutâneo</i>	
DOSE DIÁRIA	QUANTIDADE DE FRASCO AO MÊS	<i>1 - Insulina NPH - Uso Contínuo</i>	
10UI a 30UI	01 FRASCO POR MÊS	<i>Aplica: 50 UI antes do café e 25 UI antes do jantar</i>	
40UI a 70UI	02 FRASCO POR MÊS		
75UI a 100UI	03 FRASCO POR MÊS	<i>2 - Seringa para Insulina com Agulha</i>	
110UI a 130UI	04 FRASCO POR MÊS		
CÁLCULO PARA 50UI ^{CAFÉ} +25UI ^{JANTAR} -75UI ^{IPOR DIA} DISPENSAÇÃO: (VER TABELA)		DISPENSAR 03 FRASCOS POR MÊS	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

3.6.4.2 ACONDICIONAMENTO DE INSULINAS

A unidade deverá manter o controle de temperatura da geladeira onde são acondicionadas as insulinas para que não haja desvio de qualidade devido ao mau acondicionamento e possíveis perdas. Devem também ficar atentos as instabilidades de faltas de energia. A Unidade deverá viabilizar um processo alternativo para conservação do medicamento nos casos de falta e/ou instabilidades de energia. Qualquer eventualidade que possa vir afetar a integridade de acondicionamento das insulinas, deve ser informada ao DAF via documento com o nome da insulina, lote, validade e quantidade e justificativa. No processo de liberação de insulinas, o atendente da farmácia deverá orientar o paciente sobre a necessidade de um isopor com gelox para o transporte da mesma e mantê-la acondicionada na geladeira (evitar o congelamento da mesma).

3.6.5 PROGRAMA TOXOPLASMOSE

Os medicamentos *ESPIRAMICINA 500MG(1,5UI)*, *SULFADIAZINA 500MG*, *PIRIMETAMINA 25MG* e *FOLINATO DE CÁLCIO 15MG* para o tratamento de Toxoplasmose serão disponibilizados pelo CAF\DAF para os casos de **Toxoplasmose Gestacional**, conforme estabelecido no protocolo do programa. Para dispensação, o paciente poderá se dirigir ao Centro de especialidades Médicas - CEM para dispensação ou o diretor da unidade de saúde poderá se dirigir ao DAF para solicitação do medicamento fazendo se necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- Notificação da paciente preenchida e assinada pelo médico;
- Prescrição médica em duas vias obedecendo o disposto da RDC20/2011;
- Cartão do SUS da paciente.

As entradas destes medicamentos devem constar no mapa mensal em forma de controle das movimentações.

MEDICAMENTOS DO PROGRAMA TOXOPLASMOSE											
ITEM	CATMAT	MEDICAMENTO	UNID	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	REMANEJO/ PERDAS	CONSUMO	SALDO ATUAL	PEDIDO	QUANTIDA DE ATENDIDA	LOTE FORNECIDO
188	BR0268292	ÁCIDO FOLÍNICO (FOLINATO DE CÁLCIO) 15 MG COMPRIMIDO	COMP.								MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - CEM
189	BR0267765	SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO	COMP.								
190	BR0343494	ESPIRAMICINA (1,5 MUI) 500 MG COMPRIMIDO	COMP.								
191	BR0268158	PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO	COMP.								



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

3.6.6 DEMAIS PROGRAMAS

As solicitações devem ser preenchidas conforme movimentação individual (entradas/saídas) de cada medicamento disponibilizado às unidades e deverão constar no mapa de forma a abranger a veracidade das informações.

3.6.7 USO DO HIPOCLORITO DE SÓDIO

A liberação do Hipoclorito disponibilizado às unidades de saúde é restrito para utilização de cuidados com a água para o uso humano. Devem constar as informações solicitadas no mapa:

SOLICITAÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO											
ITEM	CATMAT	MEDICAMENTO	UNID	SALDO ANTERIOR	ENTRADA	REMANEJO/ PERDAS	CONSUMO	SALDO ATUAL	PEDIDO	QUANTIDADE DE ATENDIDA	LOTE FORNECIDO
192	BR0343304-2	HIPOCLORITO DE SÓDIO 2,0 A 2,5 % SOLUÇÃO 50 ML	FR.								

Orientações do Cuidado com a Água para o Uso Humano

Tabela 1. Água para consumo humano		
<p>A água para consumo humano deve ser filtrada (com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo), e, posteriormente, fervida. A fervura da água elimina bactérias, vírus e parasitas; por isso, é o método preferencial para tratamento da água de consumo humano. Caso não seja possível ferver, obter água de uma fonte que não tenha sido contaminada por esgoto e realizar a filtração (com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo) e posterior tratamento com hipoclorito de sódio (2,5%).</p>		
Água	Hipoclorito de sódio (2,5%)	Modo de higienização
1 litro	2 gotas	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada litro de água para consumo humano, adicionar duas gotas de hipoclorito de sódio (2,5%); • Deixar repousar por 15 minutos.
20 litros	1 colher das de chá	
200 litros	1 colher das de sopa	
1.000 litros	2 copinhos de café (descartável)	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Tabela 2. Recipientes para armazenamento de água, embalagens de alimentos e utensílios domésticos		
Água	Hipoclorito de sódio (2,5%)	<ul style="list-style-type: none">• A água para higiene dos recipientes de armazenamento de água, embalagens de alimentos e utensílios domésticos deve ser filtrada (com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo) e passar por um posterior tratamento com hipoclorito;• Lavar o recipiente com água e sabão e enxaguar;• Misturar 2 colheres das de sopa de hipoclorito de sódio (2,5%) ou água sanitária (2,0 a 2,5%) com 1 litro de água e jogar no recipiente.• Cobrir o recipiente e agitar a solução para que entre em contato com toda a superfície interna;• Deixar o recipiente coberto por 15 minutos;• Enxaguar com a água para consumo humano (Tabela 1).• Se for utilizar água sanitária, esta deve conter APENAS hipoclorito de sódio (NaClO) e água (H₂O).
1 litro (5 xícaras das de chá)	2 colher das de sopa	
Tabela 3. Frutas, verduras e legumes		
Água	Hipoclorito de sódio (2,5%)	<p>Obs.: Frutas, verduras e legumes que entraram em contato com a água da enchente devem ser descartadas. As demais devem seguir as orientações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Selecionar, retirando as folhas, parte e unidades deterioradas;• Lavar em água corrente os vegetais folhosos, folha a folha, e as frutas e legumes um a um;• Colocar de molho por 10 minutos em água clorada (1 colher das de sopa de hipoclorito de sódio [2,5%] ou água sanitária – 2,0 a 2,5% – para 1 litro de água);• Enxaguar em água corrente os vegetais folhosos, folha a folha, as frutas e legumes um a um;• Deixar secar naturalmente;• Se for utilizar água sanitária, esta deve conter APENAS hipoclorito de sódio (NaClO) e água (H₂O).
1 litro (5 xícaras das de chá)	1 colher das de sopa	
Tabela 4. Pisos, paredes e bancadas que entraram em contato com a água da enchente		
Água	Hipoclorito de sódio (2,5%)	<ul style="list-style-type: none">• Depois de remover a lama e lavar o local, desinfete a área;• Faça uma solução com 20 litros de água com 2 xícaras das de chá de hipoclorito de sódio (2,5%) ou água sanitária (2,0 a 2,5%);• Umedeça panos nessa solução para limpar pisos, paredes e bancadas.
20 litros	2 xícaras das de chá/copo americano (400 ml)	



Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde



Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho

Divisão de Apoio à Farmácia - DAF

Av. Gov. Jorge Teixeira, nº 1146, Nova Porto Velho CEP: 76.820-116 - Tel.: (69) 3901-3635

e-mail: farmaciabasicasemusa@gmail.com



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

4 ANÁLISE DE MAPAS DE MEDICAMENTOS:

Os mapas são analisados exclusivamente pelo **FARMACÊUTICO do DAF**, seguindo os critérios de conferência do saldo anterior, das entradas, do consumo e do perfil de atendimento da unidade. Durante a avaliação o farmacêutico poderá enviar a unidade um **Relatório de Levantamento de Incoerências no Preenchimento das Informações do Mapa**, que servirá de referência para que a unidade realize o preenchimento do mapa com mais cautela obedecendo os critérios de preenchimento e veracidade das informações.

5 ENTREGA DE MEDICAMENTOS DO CAF ÀS UNIDADES:

Os medicamentos serão entregues às unidades conforme cronograma mensal estabelecido pelo DAF, respeitando as rotas de disponibilidade por área, por exemplo: ROTA 04 (Aponiã, Pedacinho de Chão e Ernandes Índio), caso aconteça de atraso em algumas dessas unidades, as demais que estão em dia com o cronograma poderão receber seus medicamentos dentro do estabelecido deixando a unidade em atraso como não prioridade, pois deve-se levar em consideração que existe um roteiro diário de entrega a ser cumprido.

6 RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS PELA UNIDADE

Toda entrega é realizada pelo Farmacêutico e sua equipe às unidades, sendo que no momento da entrega deverá haver impreterivelmente uma conferência conjunta entre as partes, farmacêutico da entrega e o responsável pelo recebimento (atendente e/ou farmacêutico) da unidade de forma a avaliar o estado dos medicamentos em suas embalagens conferindo o nome, a apresentação, lote, prazo de validade e a quantidade recebida de acordo com requisição da DAF. Qualquer notificação deverá ser registrada por escrito e os medicamentos com data de vencimento próximo, que não justifiquem o seu consumo, poderão ser devolvidos no ato da entrega. A requisição deverá ser assinada e datada em todas as vias por quem conferiu (entrega/recebimento) os medicamentos da unidade, e arquivada para eventual consulta. Caso não haja ninguém disponível para o recebimento e a conferência, o farmacêutico da entrega retornará ao



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

CAF com os medicamentos, cabendo a unidade a responsabilidade de se dirigir ao CAF para conferência e transporte do mesmo.

7 ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos devem ser armazenados de acordo com as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos em prateleiras ou Pallets, por ordem alfabética e/ou programa, lote e validade de forma a manter a integridade dos mesmos controlando temperatura e limpeza. Ressaltamos as considerações dispostas na RDC nº 44 de 17/08/2009 que cita em seus artigos as devidas condições de armazenamento:

- Todos os produtos devem ser armazenados de forma ordenada e sob condições que garantam a manutenção de sua identidade, integridade, qualidade, segurança, eficácia e rastreabilidade.
- O ambiente destinado ao armazenamento deve ter capacidade suficiente para assegurar o armazenamento ordenado das diversas categorias de produtos.
- O ambiente deve ser mantido limpo, protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.
- Para aqueles produtos que exigem armazenamento em temperatura abaixo da temperatura ambiente, devem ser obedecidas às especificações declaradas na respectiva embalagem, devendo a temperatura do local ser medida e registrada diariamente.
- As unidades de farmácias podem solicitar à DAF um modelo da metodologia de verificação da temperatura e umidade, onde deverá ser especificado faixa de horário para medida considerando aquela na qual há maior probabilidade de se encontrar a maior temperatura e umidade do dia.
- Os produtos devem ser armazenados em gavetas, prateleiras ou suporte equivalente, afastados do piso, parede e teto, a fim de permitir sua fácil limpeza e inspeção.
- A unidade de farmácia que realizar dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial deve dispor de sistema segregado (armário resistente ou sala



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

própria) com chave para o seu armazenamento, sob a guarda do farmacêutico, observando as demais condições estabelecidas em legislação específica.

8 MEDICAMENTOS VENCIDOS

8.1 UNIDADES URBANAS:

Elaborar um documento “Recolhimento de Medicamentos Vencidos” em 03 (três) vias todas devidamente assinadas pelo Diretor da Unidade e Farmacêutico se houver; sendo 01 (uma) via para arquivar na Unidade, 01 (uma) via para o DAF, 01 (uma) via para a empresa autorizada que fez o recolhimento; A unidade deverá solicitar o recolhimento dos medicamentos vencidos à empresa autorizada pela Semusa para o recolhimento e incineração e entregar somente uma via assinada para ciência ao DAF comprovando o recolhimento.

Devem ser respeitados os seguintes procedimentos para o preenchimento do documento:

- 1 – Cabeçalho com identificação da Unidade de Saúde;
- 2 – Nome do medicamento (principio ativo);
- 3 – Lote;
- 4 – Validade;
- 5 – Quantidade (comprimido, cápsula, frasco, bisnaga, ampola,..);
- 6 – Assinaturas dos responsáveis (Diretor da Unidade/Farmacêutico).

8.2 UNIDADES RURAIS:

As unidades dos distritos da BR e Fluviais devem utilizar o anexo do mapa referente a “**LISTA MEDICAMENTO VENCIDO**”, preencher em 02 (duas) vias todas devidamente assinadas pelo Diretor da Unidade e enviar junto com os medicamentos vencidos/avariados para o DAF, para conferência. Procedimento este em decorrência da inviabilidade de recolhimento pela empresa nestas áreas. O DAF ficará responsável pelo encaminhamento dos mesmos para a incineração.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

NOTA 01: Os medicamentos deverão ser entregues em recipientes adequados como sacos, caixas, entre outros, desde que identificados e organizados de forma a facilitar o transporte e a conferência.

NOTA 02: Evite O VENCIMENTO DE MEDICAMENTOS em sua unidade!! Procure orientação com o Farmacêutico do DAF.

Modelo de preenchimento de dados de medicamentos vencidos e/ou avariados.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIVISÃO DE APOIO À FARMÁCIA						
LISTA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS						
UNIDADE:				DATA:		
ITEM	MEDICAMENTO (NOME DO PRINCÍPIO ATIVO COM A SUA DEVIDA CONCENTRAÇÃO)	APRESENTAÇÃO (COMPRIMIDO, FRASCO, AMPOLA,)	LOTE	VALIDADE	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____

9 MEDICAMENTOS AVARIADOS

São medicamentos que apresentam perda por quebra ou alguma alteração física que demonstre desvio de qualidade do mesmo. Poderão ser devolvidos com a devida justificativa ao DAF via documento, onde deverão constar:

- 1 – Cabeçalho com identificação da Unidade de Saúde;
- 2 – Nome do medicamento (princípio ativo);
- 3 – Lote;
- 4 – Validade;
- 5 – Quantidade (comprimido, cápsula, frasco, bisnaga, ampola,..);
- 6 – Assinaturas dos responsáveis (Diretor da Unidade/Farmacêutico).

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIVISÃO DE APOIO À FARMÁCIA						
LISTA DE MEDICAMENTOS COM AVARIAS (QUEBRA/DESvio DE QUALIDADE)						
UNIDADE:				DATA:		
ITEM	MEDICAMENTO (NOME DO PRINCÍPIO ATIVO COM A SUA DEVIDA CONCENTRAÇÃO)	APRESENTAÇÃO (COMPRIMIDO, FRASCO, AMPOLA,)	LOTE	VALIDADE	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

10 MEDICAMENTOS EXCEDENTES

Consideramos medicamentos excedentes, aqueles cuja quantidade é superior a 02 (dois) meses de consumo, e neste caso solicitamos que seja feito o “*REMANEJAMENTO*” (devolução) ao DAF via documento próprio da unidade ou através de um formulário próprio que o DAF poderá estar disponibilizando, devidamente preenchidos e assinados, onde deve constar as seguintes informações:

- 1 – Cabeçalho com identificação da Unidade de Saúde;
- 2 – Nome do medicamento (princípio ativo);
- 3 – Lote;
- 4 – Validade;
- 5 – Quantidade (comprimido, cápsula, frasco, bisnaga, ampola,..);
- 6 – Assinaturas dos responsáveis (Diretor da Unidade/Farmacêutico).

Procedimentos estes que quando realizados, evitam o acúmulo de medicamentos sem justificativa de um consumo real e conseqüentemente perdas por vencimento e perdas por avarias (armazenamento inadequado).

UNIDADE:		DATA:				
ITEM	MEDICAMENTO (NOME DO PRINCÍPIO ATIVO COM A SUA DEVIDA CONCENTRAÇÃO)	APRESENTAÇÃO (COMPRIMIDO, FRASCO, AMPOLA,)	LOTE	VALIDADE	QUANTIDADE	OBSERVAÇÕES

DATA: ____/____/____ RESPONSÁVEL: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

11 VISITAS TÉCNICAS:

As unidades de farmácias poderão com ou sem agendamento receber visitas técnicas do Farmacêutico do DAF com intuito de avaliação na organização dos serviços que envolvem a farmácia como: armazenamento de medicamentos, dispensação adequada, registro de atendimentos, recolhimento de medicamentos excedentes e demais já citados neste manual. Procedimentos em conformidade com a chefia da Divisão de Farmácia.

12 REMANEJO E/OU PERMUTAS DE MEDICAMENTOS:

Os medicamentos são de aquisição e responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde, **NÃO PODENDO** assim serem remanejados e ou permutados sem o conhecimento formal da Divisão de Apoio à Farmácia ou do Gestor Municipal.

Salientamos as palavras do **Auditor Fiscal da CGU, Sr. Franklin Brasil** em seu trabalho sobre a "Logística de Medicamentos nas Prefeituras", que descreve sobre o tema **"DOAÇÕES, EMPRÉSTIMOS E PERMUTAS"**

*Outro mecanismo previsto na Lei 8.666/93, no seu art. 17, e que interessa sobremaneira aos gerentes da Assistência Farmacêutica, refere-se à possibilidade de doações e permutas de interesse social entre órgãos ou entidades da administração pública. Esse mecanismo, mesmo não se tratando de uma forma de aquisição propriamente dita, possibilita a esses órgãos e entidades a incorporação e/ou alienação de medicamentos nos seus estoques, com o foco voltado para ganhos de eficiência administrativa e o atendimento das necessidades de saúde da sua clientela-alvo. **Porém, todos os atos de doações e/ou permutas devem ser documentados pela Gerência de Assistência Farmacêutica, cuidando dos devidos registros quanto à quantidade, ao nome do medicamento, ao número do lote, à data de validade e ao nome do fabricante. De maneira complementar, recomenda-se que os gestores maiores da secretaria em cada instituição autorizem formalmente essas transações.***



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

- Doações provenientes de outros órgãos (privados e/ou SUS), só poderão ser aceitas via autorização por escrito e assinada pelo gestor de saúde e entregue uma cópia à DAF;
- Medicamentos provenientes de amostras grátis não são permitidas nas farmácias das unidades de saúde, caso seja de posse do médico, o mesmo deverá mantê-lo sob sua responsabilidade;
- Não é permitido o fracionamento dos medicamentos nas unidades dispensadores, pois as mesmas não possuem área específica para as exigências sanitárias **(RDC 80)**;
- Extravio de medicamentos de controle especial ficam sujeitas a penalidades legais, informe ao farmacêutico para as devidas providências;
- Todas as vias do mapa mensal, devem estar obrigatoriamente assinadas pelo diretor da unidade e/ou farmacêutico;
- Mantenha os registros de estoque em dia e organizados. Não deixe faltar e/ou vencer medicamento em sua unidade de farmácia por falta de controle;
- Os Mapas só poderão ser enviados via e-mail ao DAF em casos excepcionais, desde que justificados e com autorização prévia do Farmacêutico. O DAF não se responsabiliza pelas informações não enviadas e exige formalmente a via impressa assinada para controle interno;
- Lembrando que todas as exigências são também provenientes dos órgãos fiscalizadores sobre o controle de estoque e dispensação de medicamentos nas suas unidades de saúde. É importante que as unidades de farmácias mantenham a interação com o CAF\DAF sobre todos os procedimentos adotados. Processo este que possibilitará um melhor controle conforme exigência do Ministério Público (MPE) e Tribunal de Contas (TCE);
- As dúvidas decorrentes do funcionamento da logística de trabalho que envolvem todo o processo sobre a entrega de MAPAS, as solicitações extras, guarda, dispensação de medicamentos e deste manual podem ser esclarecidas e revistas diretamente pela equipe da Divisão de Apoio à Farmácia ou pelo telefone **3901-3635** e e-mail farmaciabasicasemusa@gmail.com.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

Equipe de Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal

Servidor	Função	Atribuições/Assuntos
Eriane Lemos de Lima	Farmacêutica	Chefe da Divisão de Apoio à Farmácia
Ana Maria Marcelino Antônio Barros	Farmacêutica	Respostas técnicas ao Serviço Social e demais oriundas de outros Órgãos e Mandados Judiciais.
Eudes Costa de Souza	Farmacêutico	Processo de aquisição de Medicamentos/Análise Técnica;
Maíra Oliveira Nery	Farmacêutica	Processo de aquisição de Medicamentos/Análise Técnica;
Maria Gorete de Amorim Rocha	Farmacêutica	Análise e Conferência das informações sobre as solicitações dos medicamentos provenientes das unidades (MAPAS).
Tássia Priscila Gonsalves da Silva	Farmacêutica	Atendimento em Geral às Unidades de Saúde.
Fabília Glauciane Santos Meneses	Farmacêutica	Responsável pelos Medicamentos dos Programas do MS
Lígia Fernandes Arruda Silveira Pereira	Farmacêutica	CPFT, REMUME, SISFARMA, HÓRUS, POPS, MANUAIS, medicamentos da saúde mental, capacitação, normas técnicas, projetos e assessoria técnica.
João Victor Batista Silva Moreira	Farmacêutico	Responsável pela entrega e conferência de medicamentos às Unidades de Farmácias municipais.
Juscelino Nascimento da Silva	Farmacêutico	Responsável pela Logística do CAF (Controle de Estoque de Medicamentos).
Vanessa Maria Correia	Agente de Epidemiologia	Responsável pelos Medicamentos da Malária

Divisão de Apoio à Farmácia - SEMUSA

Av. Governador Jorge Teixeira, nº 1146 - Bairro: Nova Porto Velho
Porto Velho CEP: 78.820-116

Fone: (69) 3901-3635 - e-mail: farmaciabasicasemusa@gmail.com