

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

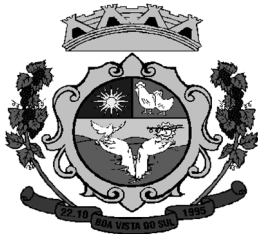
REGIMENTO INTERNO

I. FINALIDADE

Art. 1 - Trata-se de uma comissão de caráter permanente, consultivo e deliberativo responsável por elaborar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e por promover o uso racional de medicamentos. Conforme as diretrizes da OMS, o primeiro passo para a efetiva implementação de uma política de Medicamentos Essenciais é a seleção dos mesmos, devendo ser realizada nos níveis locais e atualizada periodicamente. A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica. É fundamental que cada uma das atividades e, portanto, o serviço como um todo, seja centrado nos pacientes e não na própria estrutura administrativa, garantindo aos usuários o melhor cuidado possível. Assim, tanto a seleção como as atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição constituem os pilares para objetivos mais nucleares, quais sejam: o acesso e o uso racional de medicamentos.

Art. 2 - Para seleção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) a CFT observará os seguintes critérios de inclusão:

- I. Medicamentos de valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica;
- II. Medicamentos que supram as necessidades da maioria da população;
- III. Medicamentos de composição perfeitamente conhecida, com somente um princípio ativo, excluindo-se, sempre que possível, as associações;
- IV. Medicamentos pelo nome do princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB);
- V. Medicamentos que disponham de informações suficientes sobre a segurança, eficácia, biodisponibilidade e características farmacocinéticas;
- VI. Medicamentos de menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle resguardada a qualidade;
- VII. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem, considerando:
 - a) comodidade para a administração aos pacientes;
 - b) faixa etária;
 - c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
 - d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
- VIII. Registro na ANVISA
- IX. Considerar se o medicamento faz parte da RENAME.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

III. COMPOSIÇÃO

Art. 3 - A composição mínima da comissão deverá ser de cinco membros, distribuídos idealmente de forma multidisciplinar e interdisciplinar, abrangendo farmacêuticos (as), médicos(as), enfermeiros(as), psicólogos(as) e cirurgiões(ões)-dentistas, além disso poderão ser incluídos outros profissionais de Nível Superior que integrem o quadro de servidores da Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 4 - Quando julgar necessário, a CFT pode solicitar um parecer externo de um consultor especialista no tema em análise.

Art. 5 - Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais.

Art. 6 - Além dos profissionais acima, recomenda-se um auxiliar administrativo.

IV. MANDATO

Art. 7 - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e dos membros da CFT.

Art. 8 - A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de Portaria em Diário Oficial a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 1 - A cada renovação de mandato os membros da comissão deverão preencher um Termo de Isenção de Conflito de Interesses (anexo 1), que deverá ser avaliado pela CFT para aprovar sua participação, antes que haja a publicação em portaria.

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

Art. 9 - O coordenador da comissão será uma(um) Farmacêutica(o).

§ 1 - Os demais membros podem ser indicados por suas respectivas categorias profissionais devendo ser aprovados pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde.

§ 2 - O cargo de secretário(a) da comissão poderá ser definido por seus integrantes.

Art. 10 - A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

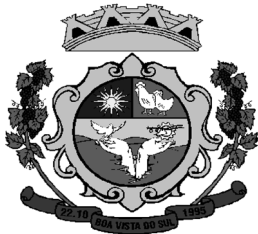
FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 11 - Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horários previamente definidos e informados, sendo no mínimo uma reunião semestral.

Art. 12 - As reuniões deverão ter início no máximo 15 minutos depois do horário estipulado com pelo menos metade dos membros presentes.

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

Rua Emancipação, nº 2702 – Centro.
Boa Vista do Sul/RS – CEP: 95.727-000
Fone: (54) 3435-5366/ 3435-5387
www.boavistasul.rs.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

Art. 14 - As decisões da comissão serão tomadas após aprovação por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

§ 1 - Havendo empate na votação, caberá ao coordenador a decisão final.

Art. 15 - Poderão ser convidados outros profissionais especialistas para participar das reuniões, desde que autorizados em plenária prévia.

Art. 16 - Cada reunião da comissão deverá ser registrada em ata resumida e arquivada contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 1 - Deverá ser encaminhada cópia da ata para o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde.

Art. 17 - A comissão poderá receber solicitações externas de revisão da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais através de um formulário próprio (anexo 2), que deve estar com todos os campos preenchidos e ter anexado pelo menos três estudos que embasem o pedido realizado.

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

Art. 18 - Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

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

VI. ATRIBUIÇÕES

Art. 20 - São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- a. Elaborar e atualizar periodicamente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais;
- b. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- c. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por solicitação externa mediante preenchimento de formulário específico;
- d. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira(DCB);
- e. Revisar periodicamente as normas de prescrição;
- f. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos e atividades de farmacovigilância;
- g. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
- h. Assessorar o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde em assuntos de sua competência;
- i. Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todos os serviços da Secretaria Municipal de Saúde, com atualizações periódicas, sempre que possível, contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;

Art. 21 - São atribuições do Coordenador da CFT:

- a. Aprovar previamente a pauta das reuniões;
- b. Convocar e presidir as reuniões;
- c. Representar a comissão junto ao(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, ou indicar seu representante;
- d. Subscriver todos os documentos da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e. Fazer cumprir o regimento.

Art. 22 - São atribuições e competências da(o) Secretária(o) da Comissão:

- a. Organizar a pauta das reuniões;

Rua Emancipação, nº 2702 – Centro.
Boa Vista do Sul/RS – CEP: 95.727-000
Fone: (54) 3435-5366/ 3435-5387
www.boavistasul.rs.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

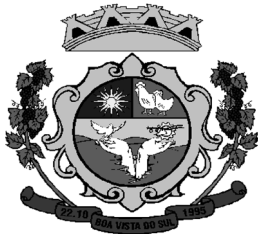
Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

- b. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c. Conferir o preenchimento dos Formulários de Solicitação Externa recebidos;
- d. Lavrar a ata das reuniões;
- e. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador.
- f. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- g. Preparar a correspondência;
- h. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta secretaria.

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 23 - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 24 - Este regimento entrará em vigor após aprovação pelo Secretário(a) Municipal de Saúde e publicação em Diário Oficial.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

ANEXO 1

TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Nome: _____

Cargo: _____

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

Sim ____ Não ____

2 - Você teve, nos últimos 4 anos, emprego ou outra relação profissional com empresa farmacêutica ou distribuidora de medicamentos?

Sim ____ Não ____

3 - Se você respondeu "sim" a alguma das questões, dê, por favor, detalhes a seguir.

Tipo de vínculo/ relacionamento (patentes, empregos, brindes, pagamentos, consultorias, palestras): _____

Nome da empresa: _____

Nome da empresa: _____

4 -Alguma empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde pertence a você, sua família ou grupo de trabalho?

Sim ____ . Qual? _____

Não ____

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

Declaro que as informações acima são corretas e que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecidos.

Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

ANEXO 2

Formulário para solicitação de alteração na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

PROPOSTA DE: Inclusão Exclusão Substituição

DESCRIÇÃO DO PRODUTO:

Denominação Genérica (DCB ou DCI): _____

Forma farmacêutica: _____

Concentração: _____

Consta da última edição da RENAME? Sim Não

DADOS FARMACOLÓGICOS:

Grupo(s) Farmacológico(s) (ATC): _____

Principais indicações terapêuticas: _____

Contra indicações, precauções e toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO E SUBSTITUIÇÃO

Dados epidemiológicos: _____

Dose Diária – Pediátrica: _____

Dose Diária - Adultos _____

Duração do tratamento: Contínuo Não contínuo Especifique: _____

Rua Emancipação, nº 2702 – Centro.
Boa Vista do Sul/RS – CEP: 95.727-000
Fone: (54) 3435-5366/ 3435-5387
www.boavistadosul.rs.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

O medicamento proposto pode ser comparado com outros produtos do mesmo grupo ou classe terapêutica constante da RENAME? Não () Sim (), qual(is):

Resumo das evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, extensão do uso, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.), (anexar no mínimo três referências bibliográficas que justifiquem a solicitação).

SOLICITAÇÕES DE EXCLUSÃO

Resumo das evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifiquem a solicitação (extensão do uso, eficácia, efeitos colaterais, contra indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.), (anexar no mínimo três referências bibliográficas que justifiquem a solicitação).

Existem outras opções terapêuticas na REMUME? Não Sim, qual(is):

DADOS DO PROPONENTE

Nome: _____
Profissão: _____ Local de Trabalho: _____
Endereço do local de trabalho: _____
E-mail: _____ Telefone: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Rua Emancipação, nº 2702 – Centro.
Boa Vista do Sul/RS – CEP: 95.727-000
Fone: (54) 3435-5366/ 3435-5387
www.boavistasul.rs.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Municipal da Saúde e Assistência Social
COMISSÃO FARMACOTERAPÊUTICA - CFT

LEGENDA E SUGESTÕES PARA CONSULTAS

DCB: Denominação Comum Brasileira; DCI: Denominação Comum Internacional;
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais;
ATC: Classificação Anatômica Terapêutica Química (Anatomical Therapeutic Chemical)
consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/
www.fda.gov
www.saude.gov.br
bvsalud.org/
www.who.int
www.bnf.org
www.who-umc.org
www.nice.org.uk
www.medscape.com
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
www.whocc.no/atcddd/

Rua Emancipação, nº 2702 – Centro.
Boa Vista do Sul/RS – CEP: 95.727-000
Fone: (54) 3435-5366/ 3435-5387
www.boavistasul.rs.gov.br