SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
DE ITAÚNA DO SUL

Rua Paraná,700, CEP 87970-000
CGC 75.458.836/0002-14
Itaúna do Sul, Estado do Paraná

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)



ATUALIZAÇÃO
2026
4ª EDIÇÃO

APRESENTAÇÃO

A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) constitui instrumento técnico e orientador da Assistência Farmacêutica Municipal, destinado a promover o acesso da população aos medicamentos essenciais, qualificar a assistência à saúde e contribuir para o uso seguro, eficaz, efetivo e racional dos medicamentos disponibilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os medicamentos essenciais são aqueles selecionados para atender às necessidades prioritárias de saúde da população, considerando o perfil epidemiológico, as características e necessidades assistenciais do território, as evidências científicas disponíveis e os critérios de eficácia, efetividade, segurança, qualidade e viabilidade econômica. A seleção de medicamentos deve buscar a melhor relação entre benefício clínico, necessidade da população e sustentabilidade da Assistência Farmacêutica municipal.

A elaboração e a atualização da REMUME fundamentam-se nos princípios e diretrizes do SUS, na Política Nacional de Medicamentos, na Política Nacional de Assistência Farmacêutica e nas demais normas sanitárias e de Assistência Farmacêutica vigentes. A Política Nacional de Medicamentos estabelece, entre suas diretrizes, a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a reorientação da Assistência Farmacêutica e a promoção do uso racional de medicamentos.

A Rename vigente constitui referência nacional para a elaboração das relações estaduais e municipais de medicamentos, devendo sua utilização considerar as necessidades decorrentes do perfil epidemiológico da população e as peculiaridades de cada território. Dessa forma, a REMUME representa a adequação, no âmbito municipal, das referências nacionais e estaduais às necessidades de saúde da população e à organização da rede municipal de serviços de saúde.

A REMUME contempla os medicamentos padronizados para utilização nos serviços próprios da rede municipal de saúde, observadas as respectivas responsabilidades de financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação. Constitui uma ferramenta de gestão clínica e administrativa para o acompanhamento da utilização e avaliação dos resultados relacionados ao uso de medicamentos.

Nesse contexto, a REMUME deverá ser utilizada como referência pelos profissionais de saúde da rede municipal, respeitadas as atribuições e competências de cada categoria profissional, contribuindo para a organização das condutas terapêuticas, a continuidade do cuidado e a promoção do uso racional de medicamentos.

INTRODUÇÃO

A atuação do Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT) constitui elemento fundamental nesse processo. O Comitê deverá contribuir tecnicamente para a seleção, avaliação, revisão e atualização da REMUME, promovendo uma análise multiprofissional e baseada em evidências, de forma a assegurar que as decisões relativas à padronização de medicamentos sejam fundamentadas em critérios clínicos, epidemiológicos, sanitários e econômicos.

A participação dos diferentes profissionais que integram o CFT possibilita a análise das necessidades dos diversos pontos da rede municipal de saúde, permitindo que a seleção de medicamentos considere não apenas a perspectiva da Assistência Farmacêutica, mas também as necessidades relacionadas à atenção básica, assistência médica, enfermagem, odontologia e demais áreas envolvidas no cuidado à saúde.

A revisão periódica da REMUME deverá considerar as mudanças no perfil epidemiológico e assistencial do município, o surgimento de novas evidências científicas, alterações nos protocolos e diretrizes terapêuticas, modificações na Rename e nas relações estaduais, a disponibilidade de alternativas terapêuticas, alterações nos padrões de consumo e os resultados observados na utilização dos medicamentos padronizados.

A incorporação, exclusão ou substituição de medicamentos na REMUME deverá ser precedida de avaliação técnica, considerando a necessidade da população, as evidências disponíveis, a segurança e efetividade da tecnologia, a existência de alternativas terapêuticas e o impacto financeiro decorrente da decisão. Dessa forma, aspectos econômicos serão considerados como parte da avaliação técnica, sem se sobrepor aos critérios clínicos, epidemiológicos e de segurança necessários à garantia da adequada assistência à saúde.

Especial atenção deverá ser destinada aos medicamentos de elevado custo ou elevado impacto orçamentário para o município. A avaliação desses medicamentos deverá considerar a magnitude da necessidade assistencial, o número de usuários potencialmente beneficiados, o custo individual e global do tratamento, a disponibilidade de alternativas terapêuticas padronizadas, as evidências de benefício clínico, a continuidade do tratamento e a capacidade de sustentabilidade financeira da Assistência Farmacêutica municipal.

A existência de medicamentos vinculados a outros componentes da Assistência Farmacêutica ou a programas específicos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde não implica, por si só, responsabilidade municipal pela aquisição. A disponibilização deverá observar as responsabilidades de financiamento, aquisição e fornecimento estabelecidas nas normas e pactuações vigentes do SUS.

No âmbito do Município de Itaúna do Sul–PR, a Assistência Farmacêutica deverá atuar de forma integrada às demais áreas da Secretaria Municipal de Saúde, buscando garantir que os medicamentos selecionados estejam disponíveis em quantidade e condições adequadas, dentro dos limites das responsabilidades municipais e da disponibilidade orçamentária, contribuindo para a continuidade e integralidade do cuidado.

A utilização da REMUME como instrumento norteador também contribui para a racionalização dos processos de aquisição e para o planejamento dos recursos públicos, possibilitando maior previsibilidade da demanda, melhor organização dos estoques, redução

de perdas e vencimentos, qualificação dos processos de compra e utilização mais eficiente dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica.

A padronização de medicamentos deverá, portanto, ser compreendida como uma estratégia de qualificação da atenção à saúde e de promoção da equidade, buscando assegurar que os recursos disponíveis sejam direcionados para medicamentos que apresentem relevância para as necessidades de saúde da população e benefício terapêutico devidamente fundamentado.

Este documento deverá ser amplamente divulgado entre os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, de modo a possibilitar seu conhecimento e utilização como instrumento de apoio à prescrição, dispensação, programação, aquisição e gestão dos medicamentos.

A REMUME deverá ser periodicamente revisada e atualizada, mantendo-se alinhada às necessidades da população, às evidências científicas, às políticas públicas de saúde e às alterações nas relações nacional e estadual de medicamentos.

Assim, a REMUME constitui instrumento de gestão, cuidado e planejamento da Assistência Farmacêutica, tendo como finalidade contribuir para a garantia do acesso aos medicamentos essenciais, para a promoção do uso racional e seguro dos medicamentos, para a qualificação da assistência prestada à população e para a utilização responsável e sustentável dos recursos públicos destinados à saúde.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

A seleção e a revisão dos medicamentos que compõem a REMUME deverão observar critérios técnicos e científicos, considerando, entre outros aspectos:

- perfil epidemiológico e necessidades de saúde da população do município;
- relevância dos problemas de saúde atendidos pela rede municipal;
- eficácia e efetividade terapêutica;
- segurança e perfil de eventos adversos;
- qualidade dos medicamentos e adequação das apresentações disponíveis;
- existência de alternativas terapêuticas já padronizadas;
- evidências científicas disponíveis e atualizadas;
- protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas vigentes;
- facilidade de utilização e adequação às características da população atendida;
- disponibilidade e capacidade de fornecimento;
- custos do tratamento e impacto orçamentário para o município;
- sustentabilidade da Assistência Farmacêutica;
- possibilidade de garantir o acesso regular e contínuo ao tratamento.

DEFINIÇÕES

Assistência Farmacêutica: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Compreende atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos.

Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento ou alívio de doenças e agravos à saúde, utilizado conforme indicação e orientação profissional.

Medicamento essencial: medicamento selecionado para atender às necessidades prioritárias de saúde da população, considerando critérios de eficácia, efetividade, segurança, qualidade, disponibilidade e custo-efetividade, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades assistenciais do território.

REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: documento que estabelece os medicamentos selecionados e padronizados para utilização no âmbito da rede municipal de saúde, de acordo com as necessidades da população, os serviços de saúde existentes, as responsabilidades sanitárias e de financiamento e os critérios técnicos definidos pelo município.

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: relação nacional que apresenta os medicamentos considerados essenciais para atendimento às necessidades de saúde da população brasileira, constituindo referência para a organização da Assistência Farmacêutica no SUS e para a elaboração das relações estaduais e municipais.

Seleção de medicamentos: processo técnico, científico e multiprofissional destinado à escolha dos medicamentos que integrarão a REMUME, considerando critérios de eficácia, efetividade, segurança, qualidade, necessidade epidemiológica, disponibilidade de alternativas terapêuticas, conveniência de utilização e aspectos econômicos.

Padronização de medicamentos: estabelecimento formal dos medicamentos que serão disponibilizados de forma regular pelos serviços municipais de saúde, conforme os critérios definidos pela REMUME e as responsabilidades sanitárias e de financiamento do município.

Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT): instância colegiada, de caráter consultivo e técnico, composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, destinada a apoiar a gestão e a tomada de decisões relacionadas à seleção, padronização, avaliação, utilização e monitoramento de medicamentos, incluindo a elaboração, revisão e atualização da REMUME.

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT): documento que estabelece critérios para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização da assistência a determinadas doenças ou condições de saúde, orientando a utilização das tecnologias disponíveis no SUS.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): componente da Assistência Farmacêutica destinado à garantia do acesso a medicamentos e insumos relacionados às condições e agravos de saúde da população no âmbito da Atenção Primária à Saúde, conforme as responsabilidades estabelecidas no SUS.

Dispensação: ato profissional de fornecimento do medicamento ao usuário, acompanhado das orientações necessárias quanto à utilização adequada, posologia, conservação, duração do tratamento, possíveis efeitos adversos e demais informações pertinentes.

Programação de medicamentos: processo destinado à estimativa das quantidades necessárias de medicamentos para determinado período, considerando consumo histórico, perfil epidemiológico, número de usuários, protocolos de tratamento, estoque disponível, perdas, validade e recursos financeiros.

Aquisição de medicamentos: conjunto de procedimentos administrativos e técnicos destinados à obtenção dos medicamentos necessários para atender à demanda dos serviços municipais de saúde, observando a legislação vigente, os critérios de qualidade, as especificações técnicas e os recursos disponíveis.

SUMÁRIO

1.SEÇÃO A: MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1.1 ANALGESICO, ANTIESPASMÓDICO 9
1.2 ANTIALERGICOS 9
1.3 ANTIBIOTICOS ORAIS 9
1.4 ANTICOAGULANTE 10
1.5 ANTICONCEPCIONAIS 10
1.6 ANTIÉMETICOS 10
1.7 ANTIFLATULENTOS E LAXANTES 11
1.8 ANTIFÚNGICO ORAL 11
1.9 ANTIGOTOSO 11
1.10 ANTI-HIPERTENSIVO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ANTIARRÍTMICO 11
1.11 ANTIINFLAMATÓRIO 11
1.12 ANTIPARASITÁRIO 12
1.13 ANTIPARKISONIANOS 12
1.14 ANTI-ULCEROSOS E ANTIÁCIDO 12
1.15 ANTIVERTIGINOSO 12
1.16 COLÍRIO 12
1.17 CORTICÓIDES 12
1.18 DIURÉTICOS 13
1.19 EXPECTORANTES E BRONCODILATADOR E MUCOLÍTICO 13
1.20 HIPERPLASIA PROSTÁTICA 13
1.21 HIPOGLICEMIANTE 13
1.22 HORMÔNIO TIREOIDIANO 14
1.23 INSUMO DESTINADO AOS USUÁRIOS INSULINODEPENDENTES 14
1.24 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO/PREVENÇÃO DAS DOENÇAS VENOSAS 14
1.25 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO/ PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE 14
1.26 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL 15
1.26.1 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE (elenco complementar saúde mental) 15
1.26.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL (elenco complementar saúde mental) 16
1.27 REPOSITOR DA FLORA INTESTINAL 16
1.28 SOLUÇÃO NASAL 16
1.29 TERAPIA HORMONAL 16
1.30 USO TOPICO EM GERAL 16
1.31 VITAMINAS E SAIS MINERAIS 17

2. SEÇÃO B: MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALAR

2.1 AGONISTA ADRENÉRGICO, DIGITÁLICO 17
2.2 ANALGÉSICO NARCÓTICO E OPIODE 18
2.3 ANALGESICO, ANTIESPASMODICO, ANTIINFLAMATORIO 18
2.4 ANTI-HIPERTENSIVO 19
2.5 ANTIÁCIDO, ANTIULCEROSO, ANTIEMÉTICO, ANTIFISÉTICO 19
2.6 ANTIARRITMICO 20
2.7 ANTIBIOTICO, ANTIMICROBIANO 20
2.8 ANTICOAGULANTE, ANESTESICO, OCITÓCICO, HORMÔNIO 20
2.9 ANTICOLINÉRGICO 21
2.10 ANTIDIABÉTICO 21
2.11 ANTIHISTAMINICO 21
2.12 ANTIPSICOTICO, ANTICONVULSIVANTE, ANTIDEPRESSIVO, NEUROLÉPTICO 21
2.13 BENZODIAZEPINICO, ANTIELEPLETICO 22
2.14 DIURÉTICO 22
2.15 EXPECTORANTE, BRONCODILATADOR 22
2.16 HIPERTENSOR 22
2.17 LAXANTE, REPOSITOR DA FLORA 23
2.18 VASOCONSTRITOR 23
2.19 VASODILATADOR, ANTIVERTIGINOSO 23
2.20 VITAMINA, REPOSITOR DE ELETROLITOS 23
LEGENDA 24
REFERÊNCIAS 25

1.SEÇÃO A: MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Local de Acesso: Farmácia da Unidade Básica de Saúde

1.1 ANALGÉSICO E ANTIESPASMÓDICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Butilbrometo de Escopolamina + Dipirona Sódica	6,67 +333,4 mg/ml	Gotas
* Butilbrometo de Escopolamina + Dipirona Sódica	10 + 250 mg	Comprimido
Dipirona	500 mg	Comprimido
Dipirona	500 mg/ml	Gotas
Paracetamol	500 mg	Comprimido
Paracetamol	200 mg/ml	Gotas

1.2 ANTIALÉRGICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Dexclorfeniramina	2 mg	Comprimido
Dexclorfeniramina	2 mg/5ml	Suspensão
Hidroxizina	2 mg/ml	Xarope
Loratadina	10 mg	Comprimido
Loratadina	1 mg/ml	Xarope
Prometazina	25 mg	Comprimido

1.3 ANTIBIÓTICOS ORAIS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Amoxicilina	500 mg	Comprimido
Amoxicilina	250mg/5ml	Suspensão
Amoxicilina + clavulanato de potássio	500 mg+125mg	Comprimido
Amoxicilina + clavulanato de potássio	250 mg+62,5 mg/ 5ml	Suspensão
Azitromicina	500 mg	Comprimido
Azitromicina	600 mg/ml	Suspensão
Cefalexina	250 mg/5ml	Suspensão
Cefalexina	500 mg	Cápsula

Ciprofloxacino	500 mg	Comprimido
Metronidazol	250 mg	Comprimido
Nitrofurantoina	100 mg	Comprimido
Sulfametaxazol + Trimetroprima	400/80 mg	Comprimido
Sulfametaxazol + Trimetroprima	200/40 mg/5ml	Suspensão

1.4 ANTICOAGULANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
** Enoxaparina *Uso exclusivo para gestantes e puérperas com indicação clínica de anticoagulação, mediante prescrição médica e conforme protocolo municipal vigente.*	40 mg/0,4ml	Injetável
Varfarina sódica	5 mg	Comprimido

1.5 ANTICONCEPCIONAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Acetato de medroxiprogesterona	150 mg/ml	Injetável
Levonorgestrel (pílula de emergência)	0,75 mg	Comprimido
Levonorgestrel + etinilestradiol	0,15 mg + 0,03 mg	Drágeas
Enantato de noretisterona + Valerato de estradiol	50 + 5 mg/ml	Injetável
Noretisterona	0,35 mg	Comprimido

1.6 ANTIEMÉTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Dimenidrinato + piridoxina	50 + 10 mg	Comprimido
Ondansetrona	8 mg	Comprimido sublingual
Ondansetrona	4 mg	Comprimido sublingual

1.7 ANTIFLATULENTOS (ANTIGASES) E LAXANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Lactulose	667 mg/ml	Xarope
Óleo mineral	100 %	Óleo
* Simeticona	75 mg/ml	Gotas

1.8 ANTIFÚNGICO ORAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Fluconazol	150 mg	Comprimido
Nistatina	100.000 UI/ml	Suspensão

1.9 ANTIGOTOSO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Alopurinol	300 mg	Comprimido

1.10 ANTI-HIPERTENSIVOS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E ANTIARRITMICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Amiodarona	200 mg	Comprimido
Anlodipino	10 mg	Comprimido
Carvedilol	3,125 mg	Comprimido
Carvedilol	6,25 mg	Comprimido
Carvedilol	12,5 mg	Comprimido
Carvedilol	25 mg	Comprimido
Digoxina	0,25 mg	Comprimido
Isossorbida	20 mg	Comprimido
Metildopa	250 mg	Comprimido
* Nifedipino	20 mg	Comprimido
Metoprolol	50 mg	Comprimido

1.11 ANTIINFLAMATÓRIOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Acido Acetil Salicílico (AAS)	100 mg	Comprimido
* Cetoprofeno	50 mg	Comprimido
* Diclofenaco Sódico	50 mg	Comprimido
Ibuprofeno	600 mg	Comprimido
Ibuprofeno	50 mg/ml	Gotas

Ibuprofeno	300 mg	Comprimido
* Nimesulida	100 mg	Comprimido

1.12 ANTIPARASITÁRIO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Albendazol	40 mg/ml	Suspensão
Albendazol	400 mg	Comprimido
Ivermectina	6 mg	Comprimido
Metronidazol	250 mg	Comprimido

1.13 ANTIPARKISONIANOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Levodopa + benserazida	200 mg+50 mg	Comprimido

1.14 ANTI-ULCEROSOS E ANTI-ÁCIDOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Hidróxido De Aluminio	6 %	Suspensão
Omeprazol	20 mg	Comprimido

1.15 ANTIVERTIGINOSO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Flunarizina	10 mg	Comprimido

1.16 COLÍRIOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Timolol	0.5 %	Solução

1.17 CORTICÓIDES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Acet. Betametasona + fosf. Betametasona	3 mg/ml + 3 mg/ml	Injetável
Dexametasona	4 mg	Comprimido
Prednisona	5 mg	Comprimido
Prednisona	20 mg	Comprimido
Prednisolona	3 mg/ml	Solução

1.18 DIURÉTICO

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Espironolactona	100 mg	Comprimido

1.19 EXPECTORANTE E BRONCODILATADOR E MUCOLÍTICOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Acebrofilina ped	25 mg/ml	Xarope
* Acebrofilina ad	50 mg/ml	Xarope
Guaco	35 mg/ml	Xarope
Brometo de ipratrópio	0,25 mg/ml	Gotas (inalação)

1.20 HIPERPLASIA PROSTÁTICA

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Doxasozina	2 mg	Comprimido
Finasterida	5 mg	Comprimido

1.21 HIPOGLICEMIANTES

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Glicazida	30 mg	Comprimido
Insulina humana NPH Frasco	100 UI/ml	Suspensão Injetável
*** Insulina humana NPH Carpule *Dispensação conforme critérios etários, clínicos e operacionais vigentes do Ministério da Saúde e da SESA/PR para cada apresentação, mediante prescrição e avaliação clínica individual.*	100 UI/ml	Suspensão Injetável
*** Insulina Glargina Carpule *Dispensação conforme critérios etários, clínicos e operacionais vigentes do Ministério da Saúde e da SESA/PR para cada apresentação, mediante prescrição e avaliação clínica individual.*	100 UI/ml	Solução injetável

Insulina humana Regular Frasco	100 UI/ml	Solução Injetável
*** Insulina humana Regular Carpule *Dispensação conforme critérios etários, clínicos e operacionais vigentes do Ministério da Saúde e da SESA/PR para cada apresentação, mediante prescrição e avaliação clínica individual.*	100 UI/ml	Solução Injetável

1.22 HORMÔNIOS TIREOIDIANOS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	**CONCENTAÇÃO**	**APRESENTAÇÃO**
Levotiroxina	25 mg	Comprimido
Levotiroxina	50 mg	Comprimido
Levotiroxina	100 mg	Comprimido

1.23 INSUMOS DESTINADOS AOS USUÁRIOS INSULINODEPENDENTES

ITENS
Agulha para aplicação de insulina com caneta descartável 4mm x 0,23mm
Lancetas automática descartável para punção digital
Seringa descartável para insulina com agulha acoplada de 50 UI e 100 UI
Tiras reagentes para medida de glicemia capilar

1.24 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO/PREVENÇÃO DAS DOENÇAS VENOSAS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	**CONCENTAÇÃO**	**APRESENTAÇÃO**
* Diosmina + Hesperidina	450 mg + 50 mg	Comprimido
* Cumarina + Troxerrutina	15 mg + 90 mg	Comprimido

1.25 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO/PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	**CONCENTAÇÃO**	**APRESENTAÇÃO**
Carbonato de cálcio + vitamina D	600 mg + 400 UI	Comprimido
Carbonato de cálcio	1250 mg	Comprimido

1.26 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Ácido valpróico	250 mg	Cápsula
Ácido valpróico	500 mg	Comprimido
Amitriptilina	25 mg	Comprimido
Biperideno	2 mg	Comprimido
Carbamazepina	200 mg	Comprimido
Carbamazepina	200 mg/ml	Suspensão
Carbonato de litio	300 mg	Comprimido
Clonazepam	2.5 mg/ml	Gotas
Clorpromazina	100 mg	Comprimido
Clorpromazina	25 mg	Comprimido
Clomipramina	25 mg	Comprimido
Diazepam	5 mg	Comprimido
Fenitoina	100 mg	Comprimido
Fenobarbital	100 mg	Comprimido
Fluoxetina	20 mg	Cápsula
Haloperidol	1 mg	Comprimido
Haloperidol	2 mg/ml	Gotas
Haloperidol	5 mg	Comprimido
** Metilfenidato *Uso exclusivo em pacientes pediátricos de até 12 anos, com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), mediante prescrição de médico neurologista, relatório médico justificativo e atendimento aos critérios estabelecidos no protocolo municipal.*	10 mg	Comprimido
Valproato de sódio	250 mg/5ml	Suspensão

1.26.1 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE (elenco complementar saúde mental)

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
** Escitalopram	10 mg	Comprimido
** Escitalopram	20 mg	Comprimido
** Sertralina	25 mg	Comprimido
** Sertralina	50 mg	Comprimido
** Sertralina	100 mg	Comprimido

** Venlafaxina	37,5 mg	Cápsulas de liberação prolongada
** Venlafaxina	75 mg	Cápsulas de liberação prolongada
** Venlafaxina	150 mg	Cápsulas de liberação prolongada
Uso exclusivo para pacientes com transtornos depressivos e/ou de ansiedade, mediante indicação médica, conforme critérios do protocolo municipal, com apresentação de avaliação e parecer social para acesso aos medicamentos do Elenco Complementar de Saúde Mental.		

1.26.2 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL (elenco complementar saúde mental)

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
** Naltrexona	50 mg	Comprimido
Uso exclusivo em pacientes adultos (maiores de 18 anos) com diagnóstico de Transtorno por Uso de Álcool, mediante prescrição médica, avaliação clínica e atendimento aos critérios estabelecidos no Protocolo Clínico Municipal, como coadjuvante das intervenções psicossociais.		

1.27 REPOSITOR DA FLORA INTESTINAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Saccharomyces boulardii	200 mg	Cápsula
* Saccharomyces boulardii	200 mg	Sachê

1.28 SOLUÇÃO NASAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Cloreto de sódio	0.9 %	Solução nasal

1.29 TERAPIA HORMONAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Estriol	1 mg/g	Creme vaginal

1.30 USO TÓPICO EM GERAL

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Ácido Graxos Essenciais	-	Óleo
Cetoconazol	2 %	Xampu

Dexametasona	1 mg/g	Creme
Metronidazol	100 mg/g	Creme vaginal
Miconazol	20 mg/g	Creme vaginal
Miconazol	20 mg/g	Creme dermatológico
Óleo mineral	100 %	Óleo
Permetrina	1 %	Suspensão
Permetrina	5 %	Suspensão
Sulfadiazina de prata	1 %	Pomada

1.31 VITAMINAS E SAIS MINERAIS

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	CONCENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Acido Fólico	5 mg	Comprimido
* Polivitamínico e Polimineral A-Z	-	Comprimido
Sais De Reidratação	-	Sachê
Sulfato Ferroso	40 mg	Comprimido
Sulfato Ferroso	125 mg/ml	Gotas
Tiamina	300 mg	Comprimido

2. SEÇÃO B: MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALAR

Local de acesso: Hospital Municipal

2.1 AGONISTA ADRENÉRGICO, DIGITÁLICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Cloridrato de dopamina	50 mg/ 10 ml	Injetável
Deslanosídeo	0,4 mg/ml	Injetável
Dexametasona	4 mg	Comprimido
Fosfato de disodico de dexametasona	10 mg/ 2,5 ml	Injetável
Fosfato sódico de prednisolona	3 mg/ml	Xarope
Prednisona	5 mg	Comprimido
Prednisona	20 mg	Comprimido
Succinato sódico de hidrocortisona	100 mg	Fr. Injetável
Succinato sódico de hidrocortisona	500 mg	Fr. Injetável

2.2 ANALGÉSICO NARCÓTICO E OPIODE

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Citrato de fentanila	0,157 mg/2ml	Injetável
* Cloridrato de petidina	100 mg/2ml	Injetável
* Cloridrato de tramadol *Uso mediante prescrição médica, com indicação clínica justificada, avaliação da dor e registro em prontuário. Utilizar na menor dose eficaz e pelo menor tempo necessário, com reavaliação da resposta terapêutica e monitoramento de efeitos adversos. Prescrição e dispensação conforme legislação vigente para medicamentos sujeitos a controle especial.*	100 mg/2ml	Injetável
**Sulfato de Morfina *Uso restrito a situações clínicas com indicação de analgesia opioide, mediante prescrição médica justificada, avaliação individualizada da dor e registro em prontuário. Exige definição de dose e duração, monitoramento da resposta analgésica, sedação e depressão respiratória, além de controle de estoque, dispensação e administração conforme legislação vigente.*	10 mg/ml	Injetável

2.3 ANALGÉSICO, ANTIESPASMÓDICO, ANTI-INFLAMÁTORIO NÃO ESTEROIDAL

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Ácido acetilsalicílico	100 mg	Comprimido
* Butilbrometo de escopolamina	20 mg/ml	Injetável
* Butilbrometo de escopolamina + dipirona sódica	20 mg/5 ml + 2,5 g/5 ml	Injetável
* Cetoprofeno IM	100 mg/2 ml	Injetável
* Cetoprofeno IV	100 mg	Fr. Injetável
* Diclofenaco Sódico	75 mg/3 ml	Injetável
Dipirona	1 g/2 ml	Injetável

Dipirona	500 mg/ml	Gotas
Ibuprofeno	600 mg	Comprimido
Ibuprofeno	50 mg/ml	Gotas
Paracetamol	200 mg/ml	Gotas
Paracetamol	750 mg	Comprimido

2.4 ANTI – HIPERTENSIVO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Anlodipino	5 mg	Comprimido
Atenolol	25 mg	Comprimido
Atenolol	50 mg	Comprimido
Captopril	25 mg	Comprimido
Carvedilol	3,125 mg	Comprimido
* Cloridrato de clonidina	0,100 mg	Comprimido
Cloridrato de propranolol	40 mg	Comprimido
Losartana Potassica	50mg	Comprimido
Maleato de enalapril	10 mg	Comprimido
Maleato de enalapril	20 mg	Comprimido
Metildopa	250 mg	Comprimido

2.5 ANTIÁCIDO, ANTIULCEROSO, ANTIEMÉTICO, ANTIFISÉTICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Bromoprida	10 mg/ml	Injetável
* Bromoprida	10 mg	Comprimido
* Bromoprida	4 mg/ml	Gotas
* Cimetidina	300 mg/2ml	Injetável
Cloridrato de metoclopramida	4 mg/ml	Gotas
Cloridrato de metoclorpramida	10 mg/2ml	Injetável
Cloridrato de ondansetrona	4 mg/4 ml	Injetável
* Cloridrato de piridoxina + Dimenitrinato	50 mg/ml + 50 mg/ml	Injetável
* Cloridrato de piridoxina + dimenitrinato	10 mg + 50 mg	Comprimido
* Dimenitrinato + Cloridrato de piridoxina + Glicose + Frutose	30 mg/10ml + 50 mg/10 ml + 1000 mg/10 ml + 1000 mg/10 ml	Injetável
Hidróxido de alumínio	6 %	Xarope

Omeprazol	20 mg	Comprimido
Omeprazol sódico	40 mg	Fr. Injetável
* Simeticona	75 mg/ml	Gotas

2.6 ANTIARRÍTMICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Amiodarona	150 mg/3ml	Injetável
Amiodarona	200 mg	Comprimido
Digoxina	0,250 mg	Comprimido

2.7 ANTIBIOTICOS, ANTIMICROBIANO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Amoxicilina	500 mg	Comprimido
Amoxicilina	250 mg/5 ml	Suspensão
Azitromicina	500 mg	Comprimido
Azitromicina diidratada	200 mg/5 ml	Suspensão
Benzilpenicilina benzatina	1.200.000 UI	Injetável
Cefalexina	500 mg	Comprimido
Cefalexina	250 mg/5ml	Suspensão
* Cefalotina sódica	1 g	Injetável
Ceftriaxona sódico hemieptaidratada	1 g	Injetável
Ciprofloxacino	500 mg	Comprimido
Metronidazol	250 mg	Comprimido
Nitrofurantoína	100 mg	
Norfloxacino	500 mg	Comprimido
Sulfametoxazol + Trimetoprima	400 mg + 80 mg	Comprimido
Sulfametoxazol + Trimetoprima	40 mg/ml + 8 mg/ml	Xarope
* Sulfato de gentamicina	80 mg/2 ml	Injetável

2.8 ANTICOAGULANTE, ANESTÉSICO, OCITÓCICO, HORMÔNIO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Cloridrato de lindocaina s/ vasoconstritor	2 %	Injetável
Heparina sódica	5000 UI/ml	Injetável
* Maleato de metilergometrina	0,2 mg/ml	Injetável

* Ocitoccina	5 UI/ml	Injetável

2.9 ANTICOLINÉRGICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Brometo de ipratropio	0,250 mg/ml	Gotas
Sulfato de atropina	0,25 mg/ml	Injetável

2.10 ANTIDIABÉTICOS

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Cloridrato de metformina	500 mg	Comprimido
Cloridrato de metformina	850 mg	Comprimido
* Cloridrato de tetracaína + cloridrato de fenilefrina	1 % + 0,1 %	Solução oftálmica
Glibenclamida	5 mg	Comprimido

2.11 ANTIHISTAMÍNICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Cloridrato de hidroxizina	2 mg/ml	Xarope
Cloridrato de prometazina	50 mg/ml	Injetável
Cloridrato de Prometazina	25 mg	Comprimidos
Loratadina	1 mg/ml	Xarope
Maleato de dexclorfeneramina	2 mg	Comprimidos
Maleato de dexclorfeneramina	2 mg/5ml	Xarope

2.12 ANTIPSICÓTICO, ANTICONVULSIVANTE, ANTIDEPRESSIVO, NEUROLÉPTICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Carbamazepina	200 mg	Comprimido
Cloridrato de amitrptilina	25 mg	Comprimido
Cloridrato de clorpromazina	25 mg	Comprimido
Cloridrato de clorpromazina	100 mg	Comprimido
Cloridrato de clorpromazina	25 mg/5 ml	Injetável
Decanoato de haloperidol	50 mg/ml	Injetável

Fenobarbital sodico	200 mg/ml	Injetável
Fenobarbital sódico	100 mg	Comprimido
Haloperidol	5 mg/ml	Injetável
Sulfato de magnésio	10 %	Injetável

2.13 BENZODIAZEPINICO, ANTIEPLETICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Clonazepam	2 mg	Comprimido
Clonazepam	2,5 mg/ml	Gotas
Diazepam	5 mg	Comprimido
Diazepam	10 mg	Comprimido
Diazepam	10 mg/ 2ml	Injetável
Fenitoina sódica	100 mg/5ml	Injetável
Midazolam	15 mg/3ml	Injetável

2.14 DIURÉTICO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Espironolactona	25 mg	Comprimido
Furosemida	20 mg/2 ml	Injetável
Furosemida	40 mg	Comprimido
Hidroclorotiazida	25 mg	Comprimido

2.15 EXPECTORANTE, BRONCODILATADOR

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Acebrofilina	5 mg/ml	Xarope
* Acebrofilina	10 mg/ml	Xarope
* Aminofilina	240 mg/10 ml	Injetável
* Aminofilina	100 mg	Comprimido
* Bromidrato de fenoterol	5 mg/ml	Gotas
* Cloridrato de ambroxol	15 mg/ml	Xarope
* Cloridrato de ambroxol	30 mg/ml	Xarope
* Sulfato de salbutamol	4 mg	Comprimido
* Sulfato de salbutamol	2,4 mg/5ml	Xarope
* Sulfato de terbutalina	0,5 mg/ml	Injetável

2.16 HIPERTENSOR

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Cloridrato de etilefrina	10 mg/ml	Injetável

2.17 LAXANTE, REPOSITOR DE FLORA

MEDICAMENTOS	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Fosfato de sódio monobásico + fosfato de sódio dibasico	2800 mg/130 ml + 7800 mg/130 ml	Liquido
Óleo Mineral	100 %	Óleo
* Saccharomyces boulardii – 17 liofilizado	200 mg	Pó

2.18 VASOCONSTRITOR

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
Epinefrina	1 mg/ml	Injetável

2.19 VASODILATADOR, ANTIVERTIGINOSO

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Cinarizina	25 mg	Comprimido
* Cinarizina	75 mg	Comprimido
* Cloridrato de hidralazina	20 mg/ml	Injetável
* Cloridrato de isoxsuprina	10 mg/2 ml	Injetável
* Cloridrato de piperidolato + Esperidina complexo + Ácido ascórbico revestido	100 mg + 50 mg + 50 mg	Comprimido
Dinitrato de isossorbida	5 mg	Comprimido Sublingual
* Mezilato de di-hidroergocristina + dicloridrato de flunarizina	3 mg + 10 mg	Comprimido
Nifedipino	10 mg	Comprimido
* Nifedipino	20 mg	Comprimido

2.20 ANTIANÊMICO, VITAMINAS, REPOSITOR DE ELETRÓLITOS

DENOMINAÇÃO GENERICA	CONCENTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO
* Ácido ascórbico	500 mg/5 ml	Injetável
* Complexo B	---	Injetável
* Fitomenadiona	10 mg/ml	Injetável
Cloreto de Potassio	19,1 %	Injetável
Glicose	25 %	Injetável
Glicose	50 %	Injetável

Cloreto de sódio	20 %	Injetável
* Gliconato de cálcio	10 %	Injetável
** Sacarato de hidróxido férrico IV *Uso restrito mediante avaliação médica e justificativa clínica, conforme protocolo municipal, para pacientes com deficiência de ferro confirmada e indicação de reposição intravenosa. Em gestantes de alto risco e pacientes oncológicos, requer avaliação especializada. Administração em ambiente adequado, conforme bula vigente.*	20 mg/ml	Injetável

Legenda:

* Medicamentos complementar a RENAME.

** Vide protocolo municipal, em anexo.

*** Critérios de faixa etária para dispensação de Insulinas em carpule/tubete.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 out. 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 1 out. 2026.
3. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 1 out. 2026.
4. BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 1 out. 2026.
5. BRASIL. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 1 out. 2026.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024.** Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename 2024 no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6324_30_12_2024.html. Acesso em: 1 out. 2026.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/rename. Acesso em: 1 out. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE

ITAÚNA DO SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAÚNA DO SUL

Rua Paraná,700, CEP 87970-000

CGC 75.458.836/0002-14

Itaúna do Sul, Estado do Paraná

PROTOCOLOS

PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS

Diretrizes e recomendações para a qualificação da assistência e a segurança do cuidado.

ELABORADO

2026

APRESENTAÇÃO

Os Protocolos Clínicos Municipais da Secretaria Municipal de Saúde de Itaúna do Sul–PR são instrumentos técnicos de caráter orientador, destinados a apoiar e padronizar as práticas assistenciais, estabelecendo critérios para diagnóstico, tratamento, prescrição, dispensação e acompanhamento dos pacientes, conforme as necessidades da população e as normas vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

INTRODUÇÃO

Os protocolos clínicos municipais têm como finalidade orientar os profissionais de saúde, promover o uso racional e seguro de medicamentos, qualificar o atendimento e estabelecer critérios para o acesso aos tratamentos. Sua elaboração considera as evidências científicas disponíveis, as diretrizes do Ministério da Saúde, as recomendações dos órgãos competentes e a realidade assistencial e financeira do município.

Possuem caráter orientador para a tomada de decisões clínicas e a organização dos serviços de saúde, contribuindo para a segurança dos pacientes, a qualidade da assistência e a utilização adequada dos recursos públicos, respeitando as particularidades de cada caso e o julgamento clínico do profissional responsável.

SUMÁRIO

ENOXAPARINA SÓDICA 40 mg/0,4 mL 3
MANEJO FARMACOLÓGICO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE 7
NALTREXONA 50 mg 11
METILFENIDATO 10 mg 14
MANEJO DA DEFICIÊNCIA DE FERRO EM GESTANTES DE ALTO RISCO E PACIENTES ONCOLÓGICOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA 16
PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA PREVENÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE TRAMADOL E MORFINA NA UNIDADE HOSPITALAR DE ITAÚNA DO SUL 19
CRITÉRIOS DE FAIXA ETÁRIA PARA DISPENSAÇÃO DE INSULINAS EM CARPULE/TUBETE NA UNIDADE HOSPITALAR DE ITAÚNA DO SUL 22
TERMO DE APROVAÇÃO 24

ENOXAPARINA SÓDICA 40 mg/0,4 mL

Uso exclusivo para gestantes e puérperas com indicação clínica de anticoagulação

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios para solicitação, avaliação, dispensação e acompanhamento da enoxaparina sódica, padronizada na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), destinada exclusivamente a gestantes e puérperas com indicação clínica de anticoagulação, conforme avaliação médica e protocolos clínicos aplicáveis.

2. INDICAÇÃO

Prevenção de eventos tromboembólicos em gestantes e puérperas com indicação médica devidamente justificada, especialmente nos casos de trombofilia que atendam aos critérios do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) nacional vigente, bem como em outras situações clínicas que justifiquem a anticoagulação, conforme avaliação individualizada.

A gestação ou o puerpério, isoladamente, não constituem indicação automática para o uso do medicamento. A necessidade de profilaxia ou tratamento deverá considerar os fatores de risco tromboembólico, o histórico clínico e as condições maternas.

3. CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO

A dispensação deverá ocorrer mediante apresentação de:

- Receita médica válida, contendo dose, via de administração, frequência e duração do tratamento;
- Relatório médico com diagnóstico, justificativa clínica e indicação do uso durante a gestação ou o puerpério;
- Identificação da paciente e, conforme o caso, idade gestacional ou data do parto;
- Exames e documentos clínicos pertinentes, conforme a condição apresentada e o PCDT aplicável;
- Para puérperas, informações sobre o tipo de parto, quando pertinente, fatores de risco tromboembólico e planejamento da duração da anticoagulação.

A documentação deverá permitir a avaliação da indicação clínica e da adequação do tratamento, respeitando os critérios específicos do protocolo nacional ou institucional aplicável.

4. POSOLOGIA E DURAÇÃO

A dose e a duração do tratamento deverão ser individualizadas pelo médico responsável, considerando o diagnóstico, o risco tromboembólico, o peso, a função renal, o histórico clínico, o risco hemorrágico e a fase da gestação ou do puerpério.

No período puerperal, a necessidade de manutenção ou início da anticoagulação deverá ser avaliada individualmente, considerando, entre outros fatores, antecedentes de tromboembolismo venoso, trombofilia, tipo de parto, imobilidade e demais fatores de risco.

Quando aplicável, deverão ser observados os esquemas previstos no PCDT nacional vigente e na bula profissional aprovada pela Anvisa.

A profilaxia e a anticoagulação em dose terapêutica possuem indicações e esquemas distintos.

A duração do tratamento no puerpério deverá ser expressamente definida pelo médico responsável, não devendo ser estabelecida exclusivamente por este protocolo municipal.

5. CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Antes do início do tratamento, o prescritor deverá avaliar o risco de sangramento, histórico de trombocitopenia induzida por heparina, hipersensibilidade ao medicamento, função renal, uso concomitante de anticoagulantes e demais contraindicações ou precauções previstas na bula profissional vigente.

Em puérperas, deverão ser consideradas as condições clínicas após o parto, a presença de sangramento ou hemorragia obstétrica, as condições da ferida operatória, quando houver, e os aspectos relacionados à anestesia neuroaxial, quando aplicáveis.

O início, a retomada ou a suspensão da anticoagulação após o parto deverão respeitar a avaliação obstétrica e anestésica, quando pertinente, considerando os riscos trombótico e hemorrágico.

6. ACOMPANHAMENTO

A paciente deverá permanecer em acompanhamento médico durante o tratamento, com reavaliação periódica da indicação, dose, resposta clínica e risco de sangramento.

Deverá receber orientações sobre aplicação subcutânea, conservação do medicamento, adesão ao tratamento e sinais de alerta.

No acompanhamento puerperal, deverão ser observados sinais de sangramento anormal, complicações relacionadas ao parto e manifestações sugestivas de tromboembolismo.

Sangramento importante, falta de ar súbita, dor torácica, desmaio ou dor e inchaço unilateral em membro inferior exigem avaliação médica imediata.

7. CRITÉRIOS DE CONTINUIDADE E SUSPENSÃO

A continuidade do tratamento dependerá da manutenção da indicação clínica e da apresentação de prescrição atualizada, conforme o fluxo municipal estabelecido.

A suspensão, alteração da dose ou interrupção para procedimentos obstétricos deverá ser definida pelo médico responsável, considerando o risco trombótico, o risco hemorrágico e o planejamento do parto.

Nas puérperas, a duração deverá seguir a indicação clínica individualizada e as recomendações do protocolo aplicável, com registro da data prevista para término do tratamento e reavaliação quando necessária.

A paciente não deverá alterar ou interromper o tratamento por conta própria.

8. FLUXO MUNICIPAL DE DISPENSAÇÃO

1. Apresentação da prescrição médica e do relatório clínico.
2. Conferência dos critérios de inclusão e da documentação apresentada.
3. Avaliação farmacêutica da prescrição, dose, duração e adequação da apresentação.
4. Registro da dispensação e da quantidade fornecida.
5. Orientação à paciente quanto à aplicação, conservação, adesão e sinais de alerta.
6. Encaminhamento ou manutenção do acompanhamento médico, conforme o fluxo assistencial municipal.

9. RESPONSABILIDADES

- **Médico prescritor**: estabelecer o diagnóstico e a indicação, definir a dose e a duração do tratamento, avaliar contraindicações e riscos e realizar o acompanhamento clínico.
- **Farmacêutico:** avaliar a prescrição, conferir a documentação, realizar a dispensação, orientar a paciente e registrar o fornecimento.
- **Equipe de saúde:** contribuir para o acompanhamento integral da gestante ou puérpera, conforme as atribuições profissionais e os fluxos assistenciais estabelecidos.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

A enoxaparina sódica 40 mg/0,4 mL padronizada na REMUME municipal será dispensada exclusivamente a gestantes e puérperas com indicação clínica devidamente justificada, observados os critérios deste protocolo, a prescrição médica, a disponibilidade da apresentação e os fluxos assistenciais do SUS.

Casos que não se enquadrem nos critérios estabelecidos deverão ser encaminhados para avaliação médica e farmacêutica, com análise individualizada da indicação e da documentação clínica.

Este protocolo complementa, mas não substitui, o PCDT nacional vigente, a bula profissional aprovada pela Anvisa e a avaliação clínica individualizada.

REFERÊNCIA: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria Conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/t/tromboembolismo-venoso-em-gestantes-com-trombofilia. Acesso em: 30 out. 2026.

MANEJO FARMACOLÓGICO DOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E DE ANSIEDADE

Elenco Complementar de Saúde Mental

MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS:

- Escitalopram 10 mg e 20 mg – comprimidos;
- Sertralina 25 mg, 50 mg e 100 mg – comprimidos;
- Venlafaxina 37,5 mg, 75 mg e 150 mg – cápsulas de liberação prolongada.

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios municipais para avaliação, solicitação, prescrição, dispensação e acompanhamento dos medicamentos antidepressivos do elenco complementar de Saúde Mental, promovendo o uso racional, seguro e adequado dos recursos públicos e a continuidade do cuidado.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes atendidos pelo SUS com diagnóstico de episódio depressivo, transtorno depressivo recorrente ou transtornos de ansiedade comuns, incluindo transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e transtorno de ansiedade social, desde que não apresentem condições que exijam manejo especializado ou atendimento de urgência.

Pacientes com sintomas psicóticos, suspeita ou histórico de transtorno bipolar ou risco iminente de suicídio deverão ser encaminhados para avaliação e manejo adequados, conforme a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

3. CRITÉRIOS PARA UTILIZAÇÃO DO ELENCO COMPLEMENTAR

A indicação dos medicamentos deverá considerar a avaliação clínica, a resposta aos tratamentos anteriores, a tolerabilidade, as comorbidades, as interações medicamentosas e as condições individuais do paciente.

Conforme a orientação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), o tratamento farmacológico deverá observar, preferencialmente, o seguinte escalonamento:

- **Etapa 1 – Tratamento inicial:** priorizar antidepressivo disponível na RENAME, conforme avaliação médica e orientação estadual.
- **Etapa 2 – Sertralina ou escitalopram:** considerar a substituição quando houver falha terapêutica após 6 a 8 semanas de uso adequado do tratamento inicial ou intolerância ao medicamento.
- **Etapa 3 – Venlafaxina:** considerar quando houver nova falha terapêutica após 6 a 8 semanas de uso adequado de sertralina ou escitalopram, ou intolerância significativa a esses medicamentos.

A decisão deverá ser individualizada e devidamente registrada no prontuário, incluindo a justificativa clínica para utilização do medicamento complementar.

4. AVALIAÇÃO SOCIAL E PARECER SOCIAL

Para solicitação de medicamento do elenco complementar, deverá ser realizada avaliação social, com emissão de parecer por profissional de Serviço Social, conforme o fluxo municipal estabelecido.

A avaliação deverá considerar, quando pertinente:

- Situação socioeconômica e vulnerabilidade social;
- Condições familiares e rede de apoio;
- Barreiras de acesso aos serviços de saúde e ao tratamento;
- Dificuldades que possam comprometer a adesão e a continuidade do cuidado;
- Necessidade de articulação com os serviços da rede municipal.

O parecer social deverá subsidiar a análise municipal da solicitação e a organização do cuidado, em conjunto com a documentação clínica. A avaliação social não substitui o diagnóstico, a indicação terapêutica ou a prescrição médica, nem deverá, isoladamente, determinar a necessidade clínica do medicamento.

5. DOCUMENTAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO

A solicitação deverá conter:

- Receita médica válida, com medicamento, concentração, posologia e quantidade;
- Relatório ou justificativa clínica, incluindo diagnóstico e histórico do tratamento anterior, quando aplicável;
- Registro da falha terapêutica ou intolerância, quando constituir critério para acesso ao elenco complementar;
- Avaliação e parecer social;
- Demais documentos exigidos pelo fluxo administrativo municipal.

6. POSOLOGIA E ACOMPANHAMENTO

As doses deverão ser individualizadas pelo médico, conforme a condição clínica, a resposta terapêutica, a tolerabilidade e a bula profissional vigente.

Como referência para adultos, a orientação da SESA/PR apresenta as seguintes doses:

Medicamento	Dose inicial diária	Manutenção diária	Dose máxima diária
Sertralina	25 ou 50 mg	50–100 mg	200 mg
Escitalopram	10 mg	10–20 mg	20 mg
Venlafaxina	37,5 ou 75 mg	75–150 mg	225 mg

As doses máximas não representam doses de rotina e dependem da indicação, das condições clínicas e da apresentação farmacêutica.

7. EFETIVIDADE, CONTINUIDADE E SUSPENSÃO

A resposta terapêutica pode começar a ocorrer entre 2 e 4 semanas. Na ausência de melhora até a quarta semana, o prescritor deverá reavaliar a conduta, considerando ajuste de dose ou substituição, conforme resposta e tolerabilidade.

Após a remissão dos sintomas, recomenda-se manter o tratamento por pelo menos 6 meses na mesma dose efetiva, com duração maior quando indicada pelo histórico clínico e pelo risco de recorrência.

A suspensão deverá ser gradual e orientada pelo prescritor, evitando interrupção abrupta e sintomas de descontinuação, especialmente com venlafaxina.

Conforme a orientação da SESA/PR, não se recomenda o uso concomitante de mais de um ISRS, como sertralina e escitalopram, nem a associação de ISRS com venlafaxina, salvo avaliação especializada devidamente fundamentada.

8. RESPONSABILIDADES

- **Médico prescritor:** estabelecer o diagnóstico, justificar a escolha terapêutica, definir a dose e acompanhar a resposta clínica.
- **Assistente social:** realizar avaliação social, emitir parecer e identificar vulnerabilidades e barreiras de acesso ao tratamento.
- **Farmacêutico:** avaliar a prescrição, conferir os critérios e documentos, orientar sobre uso correto, adesão, interações e riscos da interrupção abrupta, além de registrar a dispensação.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

A dispensação dos medicamentos deste protocolo ficará condicionada à padronização na REMUME, à prescrição válida, ao atendimento dos critérios clínicos e administrativos municipais e à documentação prevista no fluxo de acesso ao elenco complementar.

Os casos deverão ser reavaliados periodicamente, considerando resposta terapêutica, segurança, adesão e necessidade de continuidade. Situações de risco iminente de suicídio ou agravamento clínico importante exigem avaliação imediata e encaminhamento adequado.

Este protocolo complementa a orientação da SESA/PR e as diretrizes nacionais aplicáveis, não substituindo a avaliação individual nem a autonomia clínica do profissional prescritor.

REFERÊNCIAS:

1. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Assistência Farmacêutica. Orientação para Manejo Farmacológico de Transtorno Depressivo e Transtornos de Ansiedade. Junho de 2026.
2. PARANÁ. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Deliberação CIB/PR nº 653/2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado da Depressão no Adulto.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado – Transtornos de Ansiedade no Adulto.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário Eletrônico.

NALTREXONA 50 mg

Indicação: Transtorno por Uso de Álcool (TUA)

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios para indicação, solicitação, dispensação e acompanhamento do uso de naltrexona 50 mg no tratamento do Transtorno por Uso de Álcool (TUA), visando ao uso seguro, racional e criterioso do medicamento no âmbito da Assistência Farmacêutica Municipal.

2. POPULAÇÃO-ALVO E INDICAÇÃO

Destina-se aos pacientes adultos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de Transtorno por Uso de Álcool, caracterizado por padrão problemático de consumo por pelo menos 12 meses, associado a prejuízos clínicos, psicológicos ou funcionais.

O paciente deverá manifestar desejo de reduzir ou cessar o consumo de álcool ou manter a abstinência. O tratamento farmacológico deverá ser utilizado como coadjuvante das intervenções psicossociais, preferencialmente com acompanhamento pela rede de atenção à saúde mental.

3. CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO

A solicitação deverá conter:

- Receita médica válida, com identificação do paciente, posologia e duração prevista do tratamento;
- Relatório médico contendo diagnóstico, justificativa para utilização da naltrexona e histórico clínico pertinente;
- Avaliação clínica e da função hepática, conforme indicação médica;
- Registro do acompanhamento psicossocial, quando disponível.

4. POSOLOGIA E DURAÇÃO DO TRATAMENTO

A dose oral recomendada é de 50 mg uma vez ao dia, conforme prescrição médica. Em pacientes com maior sensibilidade, o prescritor poderá considerar o início com 25 mg/dia, com posterior ajuste para 50 mg/dia.

A duração deverá ser individualizada, com reavaliações periódicas. Recomenda-se considerar inicialmente 12 semanas, podendo o tratamento ser estendido de 6 a 12 meses em pacientes com maior gravidade ou histórico de recaídas, conforme avaliação clínica.

5. CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Não utilizar em pacientes com doença hepática grave ou em uso de opioides, devido ao risco de precipitação de síndrome aguda de abstinência. Não se destina ao manejo de intoxicação alcoólica aguda grave, síndrome de abstinência alcoólica ou situações que exijam atendimento de urgência, emergência ou internação.

Deverá haver monitoramento da função hepática durante o tratamento. Elevações de transaminases acima de 3 a 5 vezes o limite superior da normalidade exigem interrupção imediata, conforme orientação da SESA/PR e avaliação médica.

6. ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento deverá avaliar resposta clínica, redução do consumo ou manutenção da abstinência, adesão, efeitos adversos, risco de recaída e função hepática. Os efeitos adversos mais comuns incluem náuseas, cefaleia e insônia.

7. DISPENSAÇÃO E RENOVAÇÃO

A dispensação será realizada pela Assistência Farmacêutica Municipal, mediante apresentação da documentação exigida e atendimento aos critérios deste protocolo. A continuidade do fornecimento dependerá de reavaliação clínica periódica, registro dos benefícios observados e manutenção da indicação.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

A naltrexona deverá ser utilizada como parte de um plano terapêutico individualizado, associado às intervenções psicossociais e ao acompanhamento multiprofissional. Os casos que não atenderem aos critérios estabelecidos deverão ser encaminhados para avaliação clínica e, quando necessário, para serviço especializado.

REFERÊNCIA: PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Assistência Farmacêutica. *Orientação para Manejo Farmacológico do Transtorno por Uso de Álcool*. Agosto de 2026. Documento orientador estadual.

METILFENIDATO 10 mg

Uso pediátrico até 12 anos

1. OBJETIVO

Estabelecer critérios municipais para solicitação, avaliação, dispensação e acompanhamento do metilfenidato 10 mg para crianças de até 12 anos, conforme critérios clínicos e administrativos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde através da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

2. INDICAÇÃO

Uso em crianças com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), quando houver indicação clínica, conforme avaliação especializada e diretrizes vigentes.

3. CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO

A solicitação deverá conter:

- Receita médica válida, emitida por neurologista;
- Relatório médico com diagnóstico, justificativa para utilização e histórico do tratamento;
- Identificação da criança e do responsável legal;
- Posologia, quantidade e período de tratamento;
- Documentação complementar exigida pelo fluxo municipal.

4. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A indicação deverá ser fundamentada em avaliação clínica especializada, considerando os sintomas, o prejuízo funcional, o contexto familiar e escolar, as comorbidades e as alternativas terapêuticas.

O acompanhamento deverá avaliar resposta clínica, adesão, apetite, sono, peso, altura, pressão arterial, frequência cardíaca e possíveis reações adversas, conforme avaliação médica.

5. CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

A continuidade da dispensação dependerá de receita válida, manutenção da indicação clínica e reavaliação periódica pelo neurologista. Alterações de dose, suspensão ou substituição deverão ser definidas pelo médico responsável.

6. DISPENSAÇÃO

A dispensação será realizada pela Assistência Farmacêutica Municipal após conferência da documentação, da prescrição e dos critérios estabelecidos neste protocolo, observando integralmente a legislação vigente para medicamentos sujeitos a controle especial.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

O metilfenidato 10 mg será disponibilizado exclusivamente para crianças de até 12 anos que atendam aos critérios deste protocolo municipal, mediante prescrição de neurologista e acompanhamento clínico.

Este protocolo deverá ser aplicado em conjunto com as normas sanitárias vigentes e as diretrizes clínicas nacionais aplicáveis.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)*. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 14, de 29 de julho de 2022.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Lista de substâncias sujeitas a controle especial e normas vigentes para prescrição e dispensação de metilfenidato*.

MANEJO DA DEFICIÊNCIA DE FERRO EM GESTANTES DE ALTO RISCO E PACIENTES ONCOLÓGICOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA

1. OBJETIVO

Padronizar a identificação, o tratamento e o acompanhamento da deficiência de ferro, com ou sem anemia, em gestantes de alto risco e pacientes oncológicos de baixa renda, priorizando o acesso oportuno, a segurança clínica e a continuidade do tratamento.

2. PÚBLICO-ALVO

- Gestantes classificadas como de alto risco, em situação de vulnerabilidade socioeconômica.
- Pacientes com câncer, em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com deficiência de ferro confirmada ou suspeita clínica que necessite investigação.

A condição socioeconômica deverá orientar o acesso e o suporte assistencial, mas não constituirá, isoladamente, indicação de ferro endovenoso.

3. DIAGNÓSTICO

- Solicitar hemograma completo e ferritina.
- Avaliar saturação de transferrina (IST), proteína C reativa (PCR) e outros exames conforme o contexto clínico.
- Na gestação, utilizar critérios diagnósticos e terapêuticos obstétricos específicos.
- Em pacientes oncológicos, considerar que inflamação e neoplasia podem alterar a ferritina; interpretar os resultados em conjunto com a IST e a avaliação clínica.
- Investigar perdas sanguíneas, deficiência nutricional, má absorção e outras causas de anemia.

4. TRATAMENTO

4.1. Ferro oral

- Considerar como primeira escolha quando houver indicação clínica, tolerância e absorção adequadas.
- Preferir formulação genérica disponível no SUS.
- Definir dose e duração conforme o protocolo específico, a gravidade da deficiência e a condição clínica.
- Orientar sobre efeitos adversos, adesão e retorno para reavaliação.

4.2. Ferro endovenoso

- Considerar mediante avaliação especializada quando houver intolerância relevante ao ferro oral, resposta inadequada, má absorção ou necessidade de reposição rápida.
- **Gestantes de alto risco:** decisão conjunta com a equipe obstétrica, considerando idade gestacional, gravidade da anemia e urgência da reposição. Não utilizar ferro EV no primeiro trimestre.
- **Pacientes oncológicos:** decisão conjunta com a oncologia, considerando atividade da doença, tratamento antineoplásico, inflamação, perdas sanguíneas e perfil do ferro.

A administração deverá seguir a bula da formulação disponível e o protocolo institucional, em ambiente preparado para atendimento de reações graves.

5. SEGURANÇA E MONITORAMENTO

Antes do tratamento, confirmar a indicação, avaliar contraindicações e registrar a prescrição. No ferro EV, monitorar o paciente durante a infusão e por pelo menos 30 minutos após, conforme bula e protocolo vigente. Encaminhar para avaliação urgente em caso de instabilidade clínica, dispneia em repouso, dor torácica, síncope ou sangramento importante.

6. ACOMPANHAMENTO E ACESSO

- Programar reavaliação clínica e laboratorial conforme o protocolo obstétrico ou oncológico.
- Investigar resposta insuficiente ou recorrência da deficiência.

- Verificar disponibilidade de medicamentos no hospital ou serviço de referência.
- Facilitar o acesso por meio do serviço social, assistência farmacêutica, equipe de referência e, quando necessário, transporte sanitário conforme os fluxos locais.
- Evitar que barreiras financeiras impeçam o tratamento indicado e a continuidade do acompanhamento.

7. RESPONSABILIDADES

- **Obstetrícia/medicina:** diagnóstico, definição terapêutica e acompanhamento das gestantes.
- **Oncologia/medicina:** avaliação da deficiência de ferro e decisão terapêutica nos pacientes oncológicos.
- **Enfermagem e farmácia:** administração segura, conferência da prescrição, orientações e registro de intercorrências, conforme atribuições profissionais.
- **Serviço social e gestão:** apoio ao acesso, identificação de barreiras socioeconômicas e articulação da rede assistencial.

Utilizar os protocolos vigentes do Ministério da Saúde para pré-natal de alto risco e oncologia, as diretrizes específicas de manejo da anemia e as bulas dos medicamentos disponíveis.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Manual de Gestação de Alto Risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Anemia por Deficiência de Ferro*. Portaria SAS/MS nº 1.247, de 10 de novembro de 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) em Oncologia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt. Acesso em: 19 out. 2026.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Bulários eletrônicos: bulas dos medicamentos à base de ferro para uso oral e intravenoso*. Brasília, DF: ANVISA. Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/. Acesso em: 19 out. 2026.

PROTOCOLO INSTITUCIONAL PARA PREVENÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE TRAMADOL E MORFINA NA UNIDADE HOSPITALAR DE ITAÚNA DO SUL

OBJETIVO: promover o uso racional de opioides, prevenir dependência e intoxicações e garantir a segurança do paciente.

1. AVALIAÇÃO DA DOR — ESCALA EVA

A escala visual analógica (EVA) deverá ser adotada como um dos padrões institucionais de avaliação da dor, com registro no prontuário sempre que aplicável.

A dor deverá ser avaliada inicialmente e reavaliada após a analgesia, conforme a condição clínica.

DOR SUPERIOR A 30 DIAS ( )SIM ( )NÃO

INTENSIDADE DA DOR (ESCALA EVA): ( )1 ( )2 ( )3 ( )4 ( )5 ( )6 ( )7 ( )8 ( )9 ( )10

SE OPIÓIDE, É REFRATÁRIO A OUTROS FÁRMACOS: ( )NÃO ( )SIM QUAIS:_____

Quando a EVA não for adequada, deverá ser utilizada outra escala apropriada.

2. PRESCRIÇÃO E RASTREAMENTO DE OPIOIDES

Monitorar a frequência de prescrição, dispensação e administração de tramadol, morfina e outros opioides, identificando solicitações recorrentes e possíveis padrões de uso inadequado.

Antes de novas prescrições, consultar o histórico disponível e reavaliar a indicação clínica.

A INSISTÊNCIA DO PACIENTE NÃO JUSTIFICA PRESCRIÇÃO AUTOMÁTICA.

Toda prescrição deverá ser clinicamente justificada e registrada, sem comprometer o tratamento adequado da dor.

3. SEGURANÇA E ACOMPANHAMENTO

- Individualizar dose e duração do tratamento.
- Monitorar resposta analgésica, sedação, respiração e efeitos adversos.
- Controlar estoque, dispensação e administração conforme a legislação.

- Investigar suspeitas de uso problemático sem discriminação e encaminhar para acompanhamento especializado quando indicado.

4. PREENCHIMENTO DOS PRONTUÁRIOS

Os prontuários deverão ser preenchidos de forma completa, clara e cronológica, registrando as queixas e os relatos relevantes do paciente, a avaliação clínica, a eva ou escala alternativa, as prescrições, as condutas e a evolução.

Os registros deverão refletir fielmente o atendimento realizado, garantindo rastreabilidade e segurança das informações para auditorias e eventuais solicitações judiciais. São vedadas omissões intencionais e alterações indevidas dos registros.

5. RESPONSABILIDADES E AUDITORIA

Médicos, enfermagem, farmácia e direção técnica deverão cumprir suas atribuições, manter registros adequados e promover auditorias periódicas das prescrições e dos prontuários, respeitando o sigilo profissional e a legislação vigente.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

O protocolo deverá ser aprovado pela direção técnica e adaptado às normas vigentes e aos fluxos assistenciais locais.

**PRINCÍPIO FUNDAMENTAL: AVALIAR, REGISTRAR, JUSTIFICAR E MONITORAR TODA CONDUTA, PROMOVENDO O USO SEGURO DE OPIOIDES E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e suas atualizações. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/controlados/lista-substancias.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/seguranca-do-paciente/protocolos-de-

seguranca-do-paciente/protocolo-seguraca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.pdf/view.

3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents.** Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medicamentos controlados: legislação e requisitos para prescrição e dispensação.** Brasília, DF: ANVISA. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/controlados.

CRITÉRIOS DE FAIXA ETÁRIA PARA DISPENSAÇÃO DE INSULINAS EM CARPULE/TUBETE

Finalidade. Orientar a aplicação dos critérios etários informados pelo Ministério da Saúde para a dispensação das apresentações de insulina em carpule/tubete destinadas ao uso com caneta aplicadora, observadas as normas e os fluxos vigentes do SUS e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR).

Medicamento padronizado	Faixa etária / público-alvo	Observação
Insulina humana NPH 100 UI/mL – suspensão injetável, carpule/tubete	Critério federal sugerido para apresentações em caneta/tubete: pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2 com idade ≤ 19 anos ou ≥ 45 anos.	Critério originalmente estabelecido para ampliação da distribuição de canetas/tubetes de insulina humana.
Insulina humana Regular 100 UI/mL – solução injetável, carpule/tubete	Critério federal sugerido para apresentações em caneta/tubete: pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2 com idade ≤ 19 anos ou ≥ 45 anos.	Aplicável à apresentação em tubete/carpule para caneta aplicadora, conforme a orientação federal citada. Não deve ser interpretado como restrição etária ao tratamento com insulina regular em outras apresentações.
Insulina glargina 100 UI/mL – solução injetável, carpule/tubete	Público-alvo informado pelo Ministério da Saúde em 2026: crianças e adolescentes de 2 a menores de 18 anos com diabetes tipo 1; pessoas com 70 anos ou mais com diabetes tipo 1 ou tipo 2.	A oferta integra estratégia de transição gradual da NPH para glargina e depende de avaliação clínica individual, prescrição médica e implementação do fluxo de distribuição vigente.

Notas:

- As faixas etárias acima se referem aos critérios de distribuição das apresentações em carpule/tubete ou à estratégia específica de acesso à glargina; não significam que o uso clínico de insulina esteja, em geral, limitado a essas idades.
- Para NPH e Regular, a orientação federal de 2022 descreve critérios sugeridos para dispensação de canetas/tubetes a pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2 com idade menor ou igual a 19 anos ou maior ou igual a 45 anos, admitindo adequações locais.
- Para glargina, o Ministério da Saúde comunicou em julho de 2026 o público-alvo de 2 a menores de 18 anos com diabetes tipo 1 e de 70 anos ou mais com diabetes tipo 1 ou 2. A expansão da oferta é gradual e deve ser confirmada com a SESA/PR e a Regional de Saúde antes da adoção como regra municipal.

- A dispensação deve observar prescrição, avaliação clínica individual, disponibilidade do medicamento e os procedimentos de transição terapêutica definidos pelos órgãos de saúde. A troca de NPH por glargina não deve ocorrer automaticamente, sem avaliação e orientação profissional.

Documento orientativo – revisar sempre que houver atualização normativa.

REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Insulinas humanas e agulhas para caneta – critérios sugeridos para dispensação de canetas aplicadoras de insulina humana NPH e Regular. Nota Técnica nº 169/2022-CGAFB/DAF/SCTIE/MS. Página de notas técnicas atualizada em 04 set. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf/insulinas-humanas/notas-tecnicas-e-informativas.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS começa a oferta nacional de insulina glargina para crianças, adolescentes e idosos em todo o país. 13 jul. 2026, atualizado em 16 jul. 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-ms/2026/julho/sus-comeca-a-oferta-nacional-de-insulina-glargina-para-criancas-adolescentes-e-idosos-em-todo-o-pais.
3. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Paraná vai ampliar acesso à insulina glargina no Sistema Único de Saúde. 16 jul. 2026. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Parana-vai-ampliar-acesso-insulina-glargina-no-Sistema-Unico-de-Saude.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – ITAÚNA DO SUL

CGC: 75.458.836/0002-14

Rua Paraná, 700 – Fone: (044) 3436-1225 – Cx. P. 01
CEP. 87980-000 --- ITAÚNA DO SUL .

====== ESTADO DO PARANÁ ======

TERMO DE APROVAÇÃO

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas Municipal

A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da Secretaria Municipal de Saúde de Itaúna do Sul–PR, após apreciação e deliberação, **aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)**, os quais passam a constituir documentos técnicos orientadores para a utilização, prescrição, dispensação e acompanhamento dos medicamentos contemplados, visando ao uso racional e seguro dos medicamentos e à qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Itaúna do Sul–PR, 29 de outubro de 2026.

MEMBROS DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

1. Ligiane Machado dos Santos Goes

Farmacêutica – Presidente da CFT

Assinatura: Ligiane Machado dos Santos Goes

2. Hellen de Freitas Del Aguila

Farmacêutica – Vice-presidente da CFT

Assinatura: _____

3. João Victor Dutra Becegato

Médico

Assinatura: _____

4. Johnson Sumida

Médico

Assinatura: _____

5. Romeu Gavassi

Médico

Assinatura: _____

6. Déborah Cristina Moreira de Sá

Assistente Social

Assinatura: _____

7. Ana Paula de Oliveira

Enfermeira

Assinatura: _____