



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTA GORDA
Rua Padre Hermínio Catelli – 659 - Centro – Anta Gorda – RS
CEP 95980.000 – FONE: (0xx51) 3756 1342 - 1850
E-mail: farmacia@antagorda.rs.gov.br

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, devendo assessorar diretamente o Secretário Municipal de Saúde em assuntos relacionados a esta área.

II – CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

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

- a) Medicamentos devem ser registrados em conformidade com a legislação sanitária;
- b) Perfil epidemiológico do município (alta incidência e/ou prevalência);
- c) Eficácia e segurança comprovados;
- d) Qualidade comprovada;
- e) Evitar duplicidade terapêutica (fármacos do mesmo grupo farmacológico para mesma finalidade);
- f) Considerar dados de morbi e mortalidade do município;
- g) Identificação do fármaco conforme Denominação Comum Brasileira (DCB);
- h) Indicação para mais de uma enfermidade;
- i) Possibilidade de uso em diferentes faixas etárias;
- j) Constar na RENAME ou Port. 1555/2013.



III – COMPOSIÇÃO

Art. 3 - A composição mínima da comissão deverá ser de quatro membros, distribuídos idealmente de forma multi e interdisciplinar, composta pelos profissionais farmacêuticos, médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas.

§ 1 – Cada membro poderá ter um suplente.

Art. 4 – Quando julgar necessário, a CFT poderá 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 por tempo a ser definido pela coordenação da CFT juntamente ao Secretário Municipal de Saúde.

Art. 6 – Além dos profissionais acima, recomenda-se que a Secretaria Municipal de Saúde disponibilize pelo menos um auxiliar administrativo para a CFT.

IV – MANDATO

Art. 7 – O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição do Secretário Municipal de Saúde.

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

§ 1 - A cada renovação do 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 – Em caso de substituição de algum de seus membros, o novo integrante também deverá preencher o Termo de Isenção de Conflito de Interesses para ser aprovado pela CFT.

Art. 9 – O coordenador da comissão será nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde.



§ 1 – Os demais membros podem ser indicados por suas respectivas categorias profissionais, devendo ser aprovados pelo Secretário Municipal de Saúde.

§ 2 – O cargo de secretário da comissão poderá ser definido por seus integrantes.

Art. 10 – A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa gera sua exclusão automática.

V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

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

Art. 12 – Na impossibilidade da participação do coordenador, os membros da comissão poderão indicar um de seus integrantes para presidir a reunião.

Art. 13 – 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. 14 – Os pareceres técnicos e demais atividades da CFT serão distribuídos para execução entre seus membros, de forma paritária, seguindo um calendário previamente definido.

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

Art. 15 – Poderão ser convidados outros profissionais 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 Secretário Municipal.



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.

§ 1 – A cada processo de atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais à 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, conforme termo de sigilo (ANEXO 3).

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 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. Estabelecer as normas de prescrição;
- f. Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;

Art. 21 – São atribuições do coordenador da CFT, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:



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

Art. 22 – São atribuições e competências do Secretário da Comissão:

- a. Organizar a pauta das reuniões;
- 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.

VIII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23 – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com seu coordenador e se necessário com o Secretário Municipal de Saúde.

Art. 24 – Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 25 – Este regimento entrará em vigor após aprovação pelo Secretário Municipal de Saúde e publicação em Diário Oficial.



ANEXO 1

TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Nome: _____

Cargo: _____

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 interesse?

Sim

Não

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

Sim

Não

Se você respondeu “sim” a alguma das questões, dê, detalhes a seguir.

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

Nome da empresa:



Pertence a você, sua família ou grupo de trabalho?

O interesse é vigente no momento atual?

() Sim

() Não

Se “não”, quando cessou o interesse?

Existe algum outro fator 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 conhecida.

Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Assinatura

Data:



ANEXO 2

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DA REMUME (INCLUSÃO, EXCLUSÃO ou ALTERAÇÃO)

DADOS DO SOLICITANTE

Nome:

E-mail:

Telefone:

Profissão:

Instituição:

PROPOSTA

Inclusão Exclusão Alteração/substituição

Nome do medicamento de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB)

Forma Farmacêutica e concentração do produto

Classe terapêutica do produto, preferencialmente de acordo com a RENAME

Esquema terapêutico recomendado e duração do tratamento (adultos e crianças)



Principais indicações do fármaco:

O fármaco faz parte da RENAME? () Sim () Não

Justificativa:

Informações complementares, se necessário:

Encaminhar toda a documentação para a Farmacêutica da Comissão de Farmácia e Terapêutica.



ANEXO 3

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, e integrante legal desta comissão assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras com sigilo expressamente solicitado relacionadas à Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria de Saúde do município de Anta Gorda/RS.

Por este Termo de Confidencialidade comprometo-me a:

1. Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionadas à CFT, a não ser aquelas necessárias a atividade e com autorização CFT;
3. Apropriar, para mim ou para outrem, de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível;

SECRETARIA DA SAÚDE

A vigência da obrigação de confidencialidade, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, será por tempo indeterminado, ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade, fico ciente de todas as sanções administrativas e judiciais que poderão advir.

Em ___/___/___

Assinatura



PARECER DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Solicitação: _____

Parecer final da CFT: _____

Assinatura/carimbo dos representantes:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Anta Gorda, _____ de _____ de _____.