

COMO OBTER ACESSO AOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NA REMUME

A REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) é uma lista padronizada de medicamentos adquiridos pelo município, norteadas pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) que atende às necessidades de saúde prioritárias da população, sendo um importante instrumento orientador do uso de medicamentos no município. Os medicamentos constantes da REMUME estão disponibilizados nas farmácias das unidades de saúde da SMS do município de Goiânia.

Para ter o acesso, o paciente deve ser morador de Goiânia (apresentar comprovante de endereço atualizado dos últimos 6 meses), documento de identificação com foto e apresentar prescrição do SUS.

PREP E PEP

PEP - Profilaxia Pós-Exposição de Risco ao HIV

Consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: Violência sexual; Relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com rompimento da camisinha); Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST**

e hepatites virais - Portaria SCTIE/MS nº 54, de 24 de agosto de 2021.

- Faz-se uso do antirretroviral em caráter de urgência, APÓS uma situação de risco, por 28 dias. **É obrigatório** iniciar a profilaxia em até 72 horas, de preferência nas duas primeiras horas após a exposição. **Inclusive em gestantes e crianças maiores de 6 anos.**
- O esquema preferencial para PEP em adultos é: **Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG), por 28 dias.**
- **Documentos:** Receita Médica e **FORMULÁRIO ESPECÍFICO**. Não é obrigatório ser morador de Goiânia.
- **LOCAIS DISPENSAÇÃO:** CAIS CAMPINAS, CAIS BAIRRO GOIÁ, UPA CHÁCARA DO GOVERNADOR, UPA NOVO MUNDO, UPA ITAIPU, UPA CURITIBA, CAIS VILA NOVA.
- A SMS de Goiânia não disponibiliza tratamento para crianças menores de 6 anos, nesse caso, a responsabilidade é do HMI (Hecad – **Hospital Estadual da Criança e do Adolescente**).

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

Consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Profilaxia **Pré-Exposição ao HIV** é um método de prevenção à infecção pelo HIV (uso em pacientes HIV negativo) - é o uso programado, ou seja, a pessoa começa a tomar ANTES da próxima exposição e toma por um tempo que for pertinente. Dois medicamentos (**Tenofovir + Entricitabina**) que estão co-formulados em um comprimido. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.** Portaria SCTIE/MS Nº 90, de 25 de agosto de 2022.

- A **PrEP** não protege de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (tais como sífilis, clamídia e gonorréia) e, portanto, deve ser combinada com outras estratégias de prevenção, como a camisinha.
- **Populações-chave** é indicada para qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade para o HIV, e que sejam elegíveis conforme avaliação do profissional de saúde.
- São considerados prioritários: frequentemente deixa de usar camisinha em suas relações sexuais (anais ou vaginais); tem relações sexuais, sem camisinha, com alguém que seja HIV positivo e que não esteja em

tratamento; faz uso repetido de PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV); apresenta episódios frequentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

- **Documentos:** Receita Médica e **FORMULÁRIO ESPECÍFICO**
- **LOCAIS DE DISPENSAÇÃO:**

PARA PACIENTES DO INTERIOR: **No seu município de residência ou no HDT.**

PARA MORADORES DE GOIÂNIA: **CRDT.**

UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS PARA HEPATITES- GOIÂNIA

HEPATITE B

FARMÁCIA	ENDEREÇO	TELEFONE
CAIS Bairro Goiá	Av. Santa Maria s/n - Chácara Santa Rita, Bairro Goiá	3524-8201 / 3519-1781
UPA Novo Mundo	Av. New York - Qd. 137 s/n, Jardim Novo Mundo	3524-1890 /3524-1891
CAIS Campinas	Rua P-30 esq. P-26 nº 857 - Qd 99 - Lt. APM - Setor Funcionários	3524-1930 /3524-1932
CAIS Cândida de Morais	Av. Perimetral Norte Esq. C/8 - Qd 09B - Lt. 01 - Setor Cândida de Morais	3524-1940 /3524-1941

Hepatite B - Medicamentos

- Entecavir 0,5mg.
- Tenofovir (TDF) 300mg
- Tenofovir Alafenamida (TAF) 25mg

HEPATITE C

moradores de Goiânia

FARMÁCIA	ENDEREÇO	TELEFONE
Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT)	Rua. 87, esq. com 87-A, n 499, Setor Sul	3524-8704

Hepatite C – medicamentos

- Alfapeginterferona 2a 180mcg
- Glecaprevir 100 mg/Pibrentasvir 40mg
- Ribavirina 250mg
- ☐ Velpatasvir 100mg/ Sofosbuvir 400mg
- ☐

Documentos necessários:

- Formulário de Cadastro de Usuário SUS - Hepatites Virais;
- Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B – preenchido pelo médico assistente (gastroenterologista ou infectologista)
- Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático;
- Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite C;
- Ficha de Notificação SINAN;
- Documento pessoal de Identificação;
- Comprovante de Endereço de Goiânia;

CRDT: Faz Relatório Mensal no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Hepatites (SICLON).

MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

TUBERCULOSE

Manual de Recomendações para Controle de Tuberculose no Brasil- 2ª edição atualizada – 2019 – Ministério da Saúde.

HANSENÍASE

O Protocolo Clínico e Terapêutico - Portaria nº67 de 07/07/2022

OBS: Os medicamentos de Hanseníase e Tuberculose são enviados para as farmácias das unidades que realizam o programa.

TABAGISMO

Dispensado nas unidades de atenção primária à saúde – programa de tabagismo.

SÍFILIS

Programa Sífilis (adquirida e gestacional): Os medicamentos são disponibilizados aos CAIS, CIAMS e centro de saúde da Família. O medicamento é dispensado mediante receita e envio da ficha de **notificação** ao Distrito Sanitário. **Benzilpenicilinabenzatina 1.200.000UI pó para suspensão injetável frasco-ampola.**

OBS: Tratamento alternativo para casos de sensibilidade a Benzilpenicilina: Doxiciclina 100mg cpr ou ceftriaxona 1g injetável.

TOXOPLASMOSE

Dispensação para gestantes, toxoplasmose congênita e toxoplasmose ocular.

Unidades dispensadoras: Farmácia Distrital Oeste (FDO) e Farmácia ambulatorial do Hospital e Maternidade D. Iris (HMDI)

MENINGITE

Quimioprofilaxia para contatos de casos confirmados de meningite. É indicada APENAS para os casos de meningite meningocócica (*Neisseriameningitidis*), meningococemia e meningite por *haemophilus*. Nas demais meningites não é necessária essa ação.

Rifampicina 600 mg cpr e Rifampicina suspensão oral 20mg/mL.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

Vitamina A 100 000 UI e Vitamina A 200 000 UI.

Importante o preenchimento da planilha corretamente doses administradas e perdas.

INFLUENZA- Fosfato de Oseltamivir

Protocolo de Tratamento de Influenza – 2017 – Ministério da Saúde

INSUMOS PARA DIABETES

INSUMOS PARA DIABETES (APENAS PACIENTES EM USO DE INSULINA – MORADORES DE GOIÂNIA)

➤ **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA** – conforme portaria vigente Portaria.

- Cópia do cartão SUS de Goiânia;
- Cópia dos documentos pessoais do paciente (RG e CPF);
- Cópia do RG do responsável (se a abertura do processo for feita por um responsável)
- Cópia do comprovante de endereço (Água, Luz ou Telefone Fixo) recente. (últimos 6 meses)
- Receita médica original em formulário do SUS – (Descrevendo todos os itens e quantidade mensal em duas vias.)
- Relatório médico original em formulário do SUS (Contendo diagnóstico, histórico detalhado, quadro clínico atual e CID.)
- Receita e Relatório deverão ser do mesmo profissional, apresentados SEPARADAMENTE, devidamente assinados, carimbados e datados; Receita da Insulina em uso.

➤ **FARMÁCIAS DISPENSADORAS**

PACIENTES RESIDENTES NO DISTRITO LESTE

*CENTRO DE SAÚDE RECANTO DAS MINAS GERAIS - CSF Militão Rodrigues de Araújo.

Rua Siena com Rua Trento s/n - Jardim Maria Helena - Fone: 3524-1877 Somente no matutino - Até as 12:30hs.

*CSF RIVIERA Av. Liberdade, Qd 37, esquina com Rua 18, APM 08, S/N, Conjunto Riviera - Fone: 3273-7176.
Matutino/ Vespertino - Até as 16:30 hs.

PACIENTES RESIDENTES NO DISTRITO NORTE

*CSF SÃO JUDAS TADEU-Avenida Brasília Qd30 Vila Jardim São Judas Tadeu, Goiânia - Fone - 3524-1845. Somente no matutino - Até as 12:30hs.

*CSF JARDIM GUANABARA I-Rua Porto Alegre, nº 44 Jd Guanabara - Fone: 3524-1885. Somente no matutino - Até 11:00 hs.

PACIENTES RESIDENTES NO DISTRITO SUL

CENTRO DE SAÚDE PARQUE AMAZÔNIA

Praça José Rodrigues de Moraes, Av. Sen. José Rodrigues de Moraes Neto, s/n, Parque Amazônia
Fone: 3524-2570 Matutino/ Vespertino - Até as 16:30 hs.

PACIENTES RESIDENTES NO DISTRITO CAMPINAS CENTRO

*C.S. CIDADE JARDIM / RODOVIÁRIO - para pacientes com MENOS de 60 anos

Praça Abel Coimbra / CSU S/Nº SETOR CIDADE JARDIM. Fone: 3524-1956

Somente no matutino - Até 12:30 hs.

*CRASPI – Centro de Referência Pessoa Idosa - Só para pacientes com MAIS de 60 anos

Avenida Armando de Godoy, Nº 326, Lt. 13/15, setor Cidade Jardim – Fone: 3524-5651.

Matutino/ Vespertino - Até as 16:30 hs

PACIENTES RESIDENTES NOS DISTRITOS: OESTE, SUDOESTE, NOROESTE

FARMÁCIA DISTRITAL OESTE – FDO – (Instalada Dentro da Maternidade Célia Câmara)

Av Senador Canedo nº 1031 -907. Conjunto Vera Cruz. Fone: 3121-6218

Matutino/ Vespertino - Até as 16:30hs.

DISPENSAÇÃO INSULINAS ANÁLOGAS, NPH E REGULAR

INSULINAS NPH 100 UI (Intermediária) E REGULAR (Rápida)

Dispensados na SMS DE GOIANIA: CAIS, CSF, CS, UPAS, CRDT, FARMÁCIA DISTRITAL OESTE

- ✓ Receita do SUS e morador de Goiânia.
- ✓ As agulhas para canetas de Insulina e seringas para Insulina serão dispensadas somente para os usuários que tenha Insulina dispensada na Unidade. A SMS não dispensa esses itens para outros tipos de Insulina (Análogas), da rede privada ou do CMAC Juarez Barbosa.

INSULINAS ANÁLOGAS

No caso das Insulinas análogas ultra rápidas, a responsabilidade da dispensação é do **CMAC JUAREZ BARBOSA** (<https://www.saude.go.gov.br/estrutura/outras-unidades/cemac-juarezbarbosa>)

PALIVIZUMABE

-A SMS de Goiânia faz administração de doses de Palivizumabe em pacientes hospitalizados de não moradores de Goiânia. Quando receber alta, as doses do medicamento são da responsabilidade do Estado (CRIE- Hospital Materno Infantil);

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A incorporação do palivizumabe foi aprovada pela CONITEC para a prevenção da infecção pelo VSR de acordo com os seguintes critérios:

- Crianças prematuras nascidas com idade gestacional \leq 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias).

- Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses. Para crianças nascidas durante a sazonalidade do VSR, poderá ser necessário menos que 5 doses, uma vez que o medicamento não será aplicado após o término da sazonalidade (Nota Técnica Conjunta nº 05/2015-CFSCAM/DAPES/SAS/MS).

DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO

- **Paciente Internado**

1. Formulário para solicitação de palivizumabe devidamente preenchido e carimbado pelo médico assistente.
2. Receita médica.
3. Relatório médico com justificativa da solicitação assinado pelo médico assistente.
4. Cópia da Certidão de Nascimento.
5. Termo de consentimento informado (modelo anexo).
6. Cópia do cartão SUS.
7. Cópia da Caderneta de vacina (Página que identifica a criança e páginas onde mostra as vacinas).
8. Comprovante de residência em nome dos pais ou responsáveis (Endereço pode ser de qualquer cidade).

- **Paciente Ambulatorial (Residente em Goiânia)**

1. Formulário para solicitação de palivizumabe preenchido e carimbado pelo médico assistente.
 2. Receita médica.
 3. Relatório médico com justificativa da solicitação assinado pelo médico assistente.
 4. Cópia da Certidão de Nascimento.
 5. Comprovante de residência em nome dos pais ou responsáveis.
 6. Cópia do cartão SUS.
 7. Para crianças que já estiveram internadas anexar cópia do relatório de alta hospitalar e informar as doses já realizadas.
 8. Cardiopata com repercussão Hemodinâmica: Anexar cópia de relatório médico, exames que comprovem a patologia e os medicamentos utilizados.
 9. Pneumopata: Anexar cópia de relatório médico, exames que comprovem a patologia e os medicamentos utilizados.
 10. Cópia da Caderneta de vacina (Pagina que identifica a criança e páginas onde mostra as vacinas).
- **RETORNO NO PRÓXIMO ANO:**
Paciente que já recebeu alguma dose no ano anterior, que se enquadram no protocolo:
1. Relatório médico e receita atualizados.

QUADRO INFORMATIVO

QUADRO INFORMATIVO - MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS NA SMS DE GOIÂNIA	
DOENÇA/AGRAVO	DISPENSAÇÃO
HEPATITE C	CRDT - SOMENTE PARA MORADORES DE GOIÂNIA. EXIGÊNCIA DO FORMULÁRIO ESPECÍFICO.
HEPATITE B	BAIRRO GOIÁ, NOVO MUNDO, CAMPINAS, CÂNDIDA DE MORAES. EXIGÊNCIA DO FORMULÁRIO ESPECÍFICO.
INFLUENZA TAMIFLU (OSELTAMIVIR)	BAIRRO GOIÁ, NOVO MUNDO, CAMPINAS, CÂNDIDA DE MORAES, CHÁCARA DO GOVERNADOR, AMENDOEIRAS, VILA NOVA, UPA NOROESTE, FINSOCIAL, URIAS MAGALHÃES, UPA ITAIPU, NOVO HORIZONTE, UPA JARDIM AMÉRICA.
COVID PAXLOVID(NIRMATRELVIR/ RITONAVIR)	BAIRRO GOIÁ, NOVO MUNDO, CAMPINAS, CHÁCARA GOVERNADOR, VILA NOVA, UPA NOROESTE, URIAS MAGALHÃES, UPA ITAIPU, UPA JARDIM AMÉRICA.
ANTIRETROVIRAIS - PEP	BAIRRO GOIÁ, NOVO MUNDO, CAMPINAS, CHÁCARA GOVERNADOR, VILA NOVA, UPA NOROESTE, UPA ITAIPU. (FORMULÁRIO ESPECÍFICO).
ANTIRETROVIRAIS - PREP	MORADORES DE GOIÂNIA: CRDT. MORADORES DO INTERIOR: HDT E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA. (FORMULÁRIO ESPECÍFICO).
MENINGITE (RIFAMPICINA)	COM NOTIFICAÇÃO. A QUIMIOPROFILAXIA DOS CONTACTANTES É INDICADA APENAS PARA OS CASOS DE MENINGITE MENINGOCÓCICA E MENINGITE POR HAEMOPHILUS.
VITAMINA A (RETINOL) - CÁPSULA GELATINOSA 100.000 E 200.000 UI	UNIDADES DE SAÚDE DA SMS GOIÂNIA(CAIS, CIAMS, UPAS, UNIDADES ATENÇÃO BÁSICA)
TUBERCULOSE E HANSENÍASE / ILTB - INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	COM NOTIFICAÇÃO. UNIDADES DE SAÚDE DA SMS GOIÂNIA. ILTB-TRATAMENTO: RIFAPENTINA/ISONIAZIDA (3HP)
TOXOPLASMOSE	COM NOTIFICAÇÃO - FARMÁCIA MATERNIDADE D. ÍRIS E FARMÁCIA DISTRITAL OESTE (FDO)
SÍFILIS	COM NOTIFICAÇÃO. UNIDADES DE SAÚDE DA SMS GOIÂNIA
TABAGISMO	UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA - COM GRUPOS ANTITABAGISMO
INSUMOS DIABETES - TIRAS, LANCETAS, GLICOSÍMETROS O LOCAL DO CADASTRO É BASEADO NO ENDEREÇO/DISTRITO DO PACIENTE:	LESTE: REC. MINAS GERAIS, RIVIERA // NORTE:SÃO JUDAS TADEU, JARDIM GUANABARA I // SUL: PARQUE AMAZÔNIA // CAMP-CENTRO: CIDADE JARDIM, CRASPI // OESTE, SUDOESTE, NOROESTE: FAR. DISTRITAL OESTE – FDO (MATERNIDADE CÉLIA CÂMARA)
PALIVIZUMABE	CRITÉRIOS DO M.S. (PREMATURIDADE, MENOR 28 SEMANAS, CARDIOPATIA, PNEUMOPATIA). RESPONSABILIDADES: PARA RESIDENTES DE GOIÂNIA E CRIANÇAS INTERNADAS (INDEPENDENTE DA RESIDÊNCIA): ABRIR PROCESSO NA GAF/SMS. PARA CRIANÇAS DO INTERIOR (NÃO INTERNADAS): SES/CRIE/HMI.
TALIDOMIDA	PARA MORADORES DE GOIÂNIA; CRDT; RESTRITO PARA ALGUNS CIDS CONFORME PORTARIA 354/MS/97 E PORTARIA 603/2020/SMS