

Portaria nº 18
20 de dezembro de 2011

Normatizar as prescrições e dispensações de psicotrópicos nos serviços de Saúde do Município de São José do Rio Preto.

O Secretário Municipal de Saúde, **Dr. VALTER NEGRELLI JÚNIOR**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei;

Considerando a Política de Saúde Mental estabelecida no Município;

Considerando a informatização da dispensação de medicamentos de Saúde Mental no Município;

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento da dispensação de medicamentos na rede pública de forma a garantir um ato seguro e eficaz, para profissionais e pacientes;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 344 de 12 de maio de 1998 que institui o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, em especial o Art. 43, §1º, Art. 46, §1º, Art. 97 e Art. 99;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 06 de 29 de janeiro de 1999 que estabelece procedimentos para a aplicação da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprovou o Regulamento Técnico sobre as substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e institui documentos, formulários e dá outras providências;

Considerando a Portaria GAB/MS n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos em especial na Promoção do Uso Racional de Medicamentos;

Considerando a Portaria SMS nº 01, de 17 de janeiro de 2011, a qual institui a relação de medicamentos essenciais do município (REMUME);

Considerando a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a política de HUMANIZAÇÃO DO SUS, a necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão;

Considerando que todo o cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.

Resolve:

Artigo 1º- Implantar forma diferenciada de dispensação de medicamentos psicotrópicos da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME (ANEXO I) para os portadores de doença mental transitória ou crônica, estabilizados em relação à patologia;

Parágrafo 1º- A forma diferenciada de dispensação inclui o preenchimento de formulário específico, aqui definido no ANEXO II;

Parágrafo 2º- Somente serão beneficiados por esta portaria os pacientes diagnosticados e acompanhados por médicos neurologistas ou psiquiatras dos serviços municipais de Saúde Mental, a saber, o Ambulatório de Saúde Mental, os CAPS e Ambulatório de Especialidades;

Artigo 2º- A dispensação de medicamentos para os pacientes descritos no artigo 1º, poderá ser fracionada em até três vezes, com intervalos máximos de 60 dias, entre uma e outra;

Parágrafo único- A dispensação de metilfenidato somente poderá ser fracionada em até três vezes, com intervalos máximos de 30 dias, entre uma e outra;

Artigo 3º- Fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente titular da prescrição médica, quando enquadrado na condição de incapacidade. A dispensação do medicamento nestes casos será efetuada ao representante legal – tutor ou curador;

Parágrafo 1º- Considera-se representante legal aquele que for:

I - declarado por sentença judicial;

II - portador de instrumento público de procuração que outorgue plenos poderes ou poderes específicos para; e

III - portador de instrumento particular de procuração com reconhecimento de firma;

Parágrafo 2º- No ato da dispensação o representante legal deverá apresentar o documento que lhe transfere tal responsabilidade;

Artigo 4º- A dispensação citada no artigo segundo ocorrerá mediante apresentação de única receita médica (modelo em ANEXO II) e uma única notificação de receita B ou A (quando necessária), atendidas as formalidades normativas de preenchimento destes documentos (Portaria 344/98) e que, expressamente, constem esta forma de dispensação, com validade máxima de seis meses, a contar da data da prescrição;

Parágrafo 1º- A segunda via da receita (modelo em ANEXO II) deve ficar sob a guarda do paciente e ou responsável pelo mesmo, sendo imprescindível a sua apresentação para as retiradas posteriores;

Parágrafo 2º- Para as retiradas posteriores, de acordo com os períodos fixados no Artigo 2º, o paciente deverá providenciar uma cópia da via da prescrição médica que se encontra em seu poder;

Parágrafo 3º- Após o ultimo atendimento, o farmacêutico deverá anotar na segunda via da receita a informação de que a mesma foi atendida na sua totalidade;

Artigo 5º- É condição para os benefícios dos artigos anteriores que o médico responsável pelo paciente, preencha justificativa contendo CID ou diagnóstico, posologia, data, assinatura e carimbo com número de inscrição no Conselho Regional de Medicina;

Parágrafo único- Para evitar possíveis transtornos, face às novas orientações do Conselho Regional de Medicina, o médico deverá solicitar que o paciente assistido assine a autorização de registro do CID no formulário de justificativa (ANEXO II);

Artigo 6º- Antes de novas dispensações a farmácia deve consultar o sistema informatizado e verificar histórico das retiradas;

Artigo 7º- Nos casos de ocorrências no Pronto Atendimento Psiquiátrico, em que nova prescrição foi emitida para um paciente e difere do tratamento vigente, o farmacêutico deve consultar, por e-mail ou telefone, o médico prescritor para manutenção do tratamento original e do procedimento de dispensação conforme previsto no Artigo 1º;

Parágrafo 1º- Em havendo registros de passagem no Pronto Atendimento Psiquiátrico e não localizado o médico prescritor, a farmácia deverá aviar a receita, dispensando medicamento suficiente para até sete dias de tratamento e a seguir encaminhar o paciente, por meio de guia de referência e contra-referência, ao serviço de origem;

Parágrafo 2º- As ações de que tratam este artigo devem ser registradas pelo farmacêutico no prontuário do paciente e faturados como consulta farmacêutica;

Artigo 8º- Nos casos de mudança do tratamento proposto, o médico assistente deverá preencher um **novo contrato** onde constem todos os medicamentos necessários ao tratamento, descrevendo as alterações de dose e/ou posologia e incluindo os medicamentos que não foram alterados;

Artigo 9º- É dever do médico, registrar no prontuário do paciente o plano de tratamento, o que inclui os medicamentos prescritos, a dose, a posologia e o período;

Artigo 10º- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria SMSH nº 14/2008.

Carmen Lúcia Firmino Marques
Departamento de Assistência Farmacêutica

Dr. Hubert Eloy Richard Pontes
Gerência de Saúde Mental Especializada

DR. VALTER NEGRELLI JÚNIOR
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO I

Medicamento	Apresentação
Ácido Valpróico ou Valproato de Sódio	Cápsula ou compr. 288 mg, solução oral ou xarope 57,624 mg/ml
Amitriptilina	Comprimido 25 mg
Carbamazepina	Comprido 200 mg e suspensão oral 100 mg/5 ml
Carbonato de lítio	Comprimido 300 mg
Clomipramina	Comprimido 25 mg
Clonazepam	Comprimido 2 mg
Clorpromazina	Comprimido 25 e 100 mg
Decanoato de haloperidol	Solução injetável 50 mg/ml
Diazepam	Comprimido 5 mg
Fenitoína	Comprimido 100 mg
Fenobarbital	Comprido 100 mg, gotas orais 40 mg/ml
Fluoxetina 20 mg	Cápsula ou comprimido 20 mg
Haloperidol	Comprimido 5 mg, solução oral 2 mg/ml
Imipramina	Comprimido 25 mg
Levomepromazina	Gotas orais 40mg/ml
Metilfenidato	Comprimido 10 mg
Naltrexona	Comprimido 50 mg
Nitrazepam	Comprimido 5 mg
Nortriptilina	Comprimido 25 mg
Sertralina	Cápsula ou comprimido 50 mg

ANEXO II

PREFEITURA SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SECRETARIA DE SAÚDE		RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome completo: _____			
End.: _____			
Prescrição: _____			
1ª VIA - FARMÁCIA / 2ª VIA - PACIENTE		Carimbo da Unidade ou Provedor de Serviço	
_____/_____/_____ Data		_____ Assinatura e carimbo do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / RESPONSÁVEL		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo: _____		_____	
R.G.: _____ Órg. Emissor: _____		_____	
End.: _____		_____	
Cidade: _____ UF: _____		_____	
Tel.: _____		Assinatura do Farmacêutico _____ / _____ Data	
TERMO DE CONTRATO E ANUÊNCIA DO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL PARA MEDICAMENTOS CONTROLADOS			
CID: _____		Próximo retorno: _____ / _____ / _____	
"Eu _____, autorizo que seja colocado acima o CID (Código Internacional de Doenças), do diagnóstico médico referente ao tratamento atual, para fins de dispensação de medicamentos".			
_____ Assinatura do Paciente ou Tutor			