



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

**CONVOCAÇÃO Nº 37/2021**

**Fortaleza, 19 de julho de 2021.**

Aos membros da Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica

Convocamos os membros da Câmara Técnica da Assistência Farmacêutica para participarem da Web Reunião agendada para o **dia 21 de julho de 2021, quarta-feira, a partir das 9h**, acessando o Link da videochamada: **<https://meet.google.com/pfo-ovfc-dqi>**, para discussão e apreciação de questões relacionadas abaixo:

- Regimento da Comissão de Farmácia e Terapêutica. **(Minuta em Anexo)**
- Mudança de Marca das Tiras de Glicemia.
- Curso sobre Segurança do Paciente com Diabetes na administração de Insulinas.

Para outras informações, entrar em contato com a Secretaria Executiva da CIB/CE, pelo telefone: (85) 3101-5283 ou com o COSEMS pelo fone: (85) 3101- 5436.

Atenciosamente,

**Vera Maria Câmara Coêlho**  
Secretária Executiva da CIB/CE



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**CONVOCAÇÃO Nº 37/2021 (Continuação)**

**Fortaleza, 19 de julho de 2021.**

**ANEXO**

**MINUTA do Regimento da Comissão de Farmácia e Terapêutica**

**I. FINALIDADE**

**Art. 1º.** A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)**, vinculada à Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS) é uma instância colegiada de caráter técnico e consultivo para a elaboração e revisão da Relação Estadual de Medicamentos do Estado do Ceará (RESME/CE), e para promoção do uso racional de medicamentos, devendo assessorar diretamente o Secretário Estadual de Saúde em assuntos relacionados a esta área.

**II. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**Art. 2º.** Para seleção dos medicamentos da Relação Estadual de Medicamentos do Estado do Ceará (RESME/CE) a CFT observará os seguintes critérios de inclusão:

- a) Epidemiológicos e Farmacoeconômicos;
- b) Linhas de Cuidado prioritárias do Estado;
- c) Evidências científicas (eficácia, efetividade e segurança);
- d) Organização e oferta dos serviços.

**III. COMPOSIÇÃO**

**Art. 3º.** A composição da Comissão deverá ser de \_\_\_\_\_ membros, distribuídos de forma multi e interdisciplinar, abrangendo farmacêuticos como membros efetivos e médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas convidados de conformidade com a demanda.

Parágrafo Único. Cada membro terá um suplente.

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

**Art. 5º.** 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 aos Gestores Estadual e Municipais de Saúde.

Parágrafo Único. Havendo necessidade, deverão ser consultadas as chefias imediatas dos integrantes da CFT de forma a garantir seus trabalhos, mas sem prejuízo para as atividades assistenciais.

**Art. 6º.** Além dos profissionais citados no Art.3º recomenda-se que a Secretaria Estadual de Saúde disponibilize pelo menos um auxiliar administrativo para a CFT.

**IV. MANDATO**

**Art. 7º.** O mandato dos membros da CFT terá vigência de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição do Secretário Estadual de Saúde.

**Art. 8º.** A relação dos membros deverá ser formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde e publicada no Diário Oficial, bem como a substituição de qualquer membro.

Parágrafo 1º. A cada renovação de mandato os membros da Comissão deverão preencher um Termo de Isenção de Conflito de Interesses (**Anexo 1**), que deverá ser avaliado pela CFT para aprovar sua participação, antes que haja a publicação da portaria.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

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

**Art. 9º.** O Coordenador da Comissão será nomeado pelo Secretário Executivo de Políticas de Saúde.

Parágrafo 1º. Os demais membros da CFT serão indicados por suas respectivas entidades profissionais.

Parágrafo 2º. O secretário da Comissão será indicado pelo Secretário Executivo de Políticas de Saúde.

**Art. 10º.** O membro da CFT que apresentar 3(três) faltas consecutivas sem justificativa ou 6(seis) faltas alternadas sem justificativa durante 12 meses será excluído da Comissão.

## **V. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO**

**Art. 11º.** As reuniões da CFT ocorrerão mensalmente conforme calendário de reuniões, com data, local, horário e pauta informada aos membros através de convocação.

Parágrafo Único. As reuniões extraordinárias para tratar de assuntos emergências, podem ser convocadas pelo Secretário Executivo de Políticas de Saúde, pelo Coordenador ou por dois terços dos membros da Comissão.

**Art. 12º.** As reuniões deverão ter início no máximo 30 minutos depois do horário estipulado com pelo menos metade dos membros presentes.

**Art. 13º.** Na impossibilidade de participação do Coordenador, os membros da Comissão poderão indicar um de seus integrantes para presidir a reunião.

**Art. 14º.** Os pareceres técnicos e demais atividades da CFT serão distribuídos para execução entre seus membros, seguindo um calendário previamente definido.

Parágrafo Único. O membro responsável por emitir um parecer deverá apresentá-lo a Comissão dentro do prazo preestabelecido.

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

**Art. 16º.** 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.

Parágrafo Único. Deverá ser encaminhada cópia da ata para o Secretário Executivo de Políticas de Saúde.

**Art. 17º.** A Comissão poderá receber solicitações externas de revisão da RESME através de um formulário próprio (**Anexo 2**), que deve estar com todos os campos preenchidos e ter anexado pelo menos dois estudos que embasem o pedido realizado.

Parágrafo 1º. A Comissão deverá definir o período de recebimento dos formulários de solicitação externa para atualização da RESME.

Parágrafo 2º. O elenco da RESME da atenção primária e secundária da compra centralizada pelo Estado terá atualização bianual, os medicamentos do CEAF e os Estratégicos conforme atualização da RENAME e os medicamentos da atenção terciária terão atualização anual.

**Art. 18º.** Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

## **VI. ATRIBUIÇÕES**

**Art. 19º.** São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)

- a. Elaborar e atualizar periodicamente a Relação Estadual de Medicamentos do Estado do Ceará (RESME/CE);
- b. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- c. Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por solicitação externa mediante preenchimento de formulário específico;
- d. Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
- e. Revisar periodicamente as normas de prescrição;
- f. Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- g. Reforçar a comunicação nos serviços de farmácias municipais e estadual referente as publicações da ANVISA, no que diz respeito a descontinuidade de medicamentos, em âmbito Nacional através de boletins e notas informativas;
- h. Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos e atividades de farmacovigilância;
- i. Assessorar o Secretário Executivo de Políticas em Saúde em assuntos de sua competência;
- j. Contribuir para atualizações periódicas do guia farmacêutico a ser divulgado em todos os serviços da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, sempre que necessário, contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;
- k. Definir anualmente metas de melhoria de suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação em Educação Permanente;
- l. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

**Art. 20º.** São atribuições do Coordenador da CFT, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a. Elaborar previamente a pauta das reuniões;
- b. Convocar e presidir as reuniões;
- c. Representar a Comissão junto ao Secretário Executivo de Políticas em Saúde, ou indicar seu representante;
- d. Subscrever todos os documentos e resoluções aprovadas pelos membros desta Comissão;
- e. Fazer cumprir o regimento.

**Art. 21º.** 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. Fazer a convocação dos membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo coordenador;
- f. Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- g. Preparar as correspondências;



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

h. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta secretaria.

**VII.DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 22º.** Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CFT, em conjunto com seu Coordenador e se necessário com o Secretário Executivo de Políticas de Saúde.

**Art. 23º.** Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

**Art. 24º.** Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelo Secretário Executivo de Políticas em Saúde e publicação em Diário Oficial.



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**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 interesses?

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, por favor, 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 fato que possa afetar sua objetividade e independência nas decisões tomadas pela CFT?

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

Declaro que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**Anexo 2**

**FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO / EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Solicitante:** \_\_\_\_\_

**CRF:** \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** \_\_\_\_\_

INCLUSÃO       EXCLUSÃO       SUBSTITUIÇÃO

**MEDICAMENTO**

<b>Princípio Ativo</b>	
<b>Concentração</b>	
<b>Medicamento de Referência</b>	
<b>Forma Farmacêutica</b>	
<b>Vias de Administração</b>	
<b>Indicações</b>	

**Consta da última edição da RENAME?**

( ) SIM      ( ) NÃO



**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

**JUSTIFICATIVAS**

**Solicitações de inclusão e substituição**

\*Extensão do uso (dados epidemiológicos)

\* Dose Diária: Pediátrica                  Adultos

\* Duração do tratamento:

O medicamento proposto pode ser comparado com outros produtos do mesmo grupo ou classe terapêutica que consta na RENAME?

(   ) Sim, qual(is)      (   ) Não

Resumo das evidências clínicas e/ou econômicas que justifiquem a solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.), com as referências bibliográficas\*.

**Solicitações de exclusão**

Resumo das evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifiquem a solicitação (extensão do uso, eficácia, efeitos colaterais, contra-indicações, precauções, toxicidade, custo/benefício, custo médio do tratamento, etc.), com as referências bibliográficas\*.

—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*Embasamento Científico - apresentar no mínimo duas referências suportadas por revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos randomizados, no caso de medicamentos novos, ou seja, que estão sendo comercializados a menos de dois anos.

**Assinatura do Solicitante**

**Assinatura da chefia imediata**