República Federativa do Brasil
Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE EREBANGO
Comissão de Farmácia e Terapêutica

NORMATIVA 001/2026

Estabelece critérios técnicos, fluxos de validação de prescrições e parâmetros administrativos máximos para a dispensação mensal de analgésicos, anti-inflamatórios e opioides no âmbito do Dispensário Municipal de Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Erebango/RS, e dá outras providências.

A **Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)** do Município de Erebango, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais conferidas pela Portaria Municipal nº **9.563/2026**.

CONSIDERANDO as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO a necessidade de promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) e resguardar a segurança do paciente contra os riscos do uso crônico inadequado de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) — tais como nefropatias, hepatopatias, úlceras e sangramentos gastrintestinais e eventos cardiovasculares;

CONSIDERANDO o potencial de abuso, tolerância, dependência química e abstinência associados ao uso continuado de analgésicos opioides e correlatos;

CONSIDERANDO a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, bem como as normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar as quantidades dispensadas pelo Dispensário Municipal de Medicamentos de Erebango, otimizando os estoques públicos e coibindo tratamentos abusivos e automedicação;

CONSIDERANDO que os critérios desta Normativa foram elaborados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, órgão de composição multiprofissional, integrado por profissionais das áreas farmacêutica, médica, de enfermagem, odontológica e de gestão pública, com experiência prática e técnica em assistência à saúde;

CONSIDERANDO que os limites quantitativos foram definidos a partir da análise técnica dos riscos farmacológicos, das apresentações disponíveis, da posologia usual, do perfil

de consumo municipal, da disponibilidade orçamentária e da necessidade de proteção dos estoques públicos;

CONSIDERANDO que os critérios previstos nesta Normativa constituem parâmetros administrativos ordinários, não substituem a avaliação clínica individualizada e poderão ser excepcionados mediante justificativa técnica documentada;

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer critérios técnicos, fluxos administrativos e parâmetros ordinários para a dispensação de medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios e opioides no Dispensário Municipal de Medicamentos de Erebango, sem prejuízo da avaliação clínica individualizada e da dispensação excepcional devidamente justificada.

Art. 2º Os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios destinam-se, ordinariamente, ao manejo de quadros agudos e temporários, sendo vedado o fornecimento continuado sem reavaliação clínica documentada.

Parágrafo único. A necessidade de tratamento prolongado, em razão de doença crônica, dor persistente, cuidados paliativos, acompanhamento pós-operatório ou outra condição clinicamente justificada, não será recusada exclusivamente em razão dos limites desta Normativa, devendo ser submetida ao fluxo previsto no art. 6º.

Art. 3º Os limites constantes da tabela constituem parâmetros administrativos ordinários para dispensação **pelo prazo de 30 (trinta) dias**, não correspondendo a limites máximos de prescrição ou de tratamento, nem impedindo a dispensação de quantidade diversa **quando houver justificativa clínica formal e observância das normas sanitárias aplicáveis**.

Medicamento	Concentração / Forma Farmacêutica	Limite Máximo Mensal (Prazo de 30 dias)
Tramadol	50mg e 100mg	*20 (vinte) comprimidos*
Codeína	30mg	*20 (vinte) comprimidos*
Paracetamol + Codeína	500mg + 30mg	*20 (vinte) comprimidos*
Cetoprofeno	100mg	*30 (trinta) comprimidos*

PREFEITURA MUNICIPAL DE EREBANGO
Comissão de Farmácia e Terapêutica

Medicamento	Concentração / Forma Farmacêutica	Limite Máximo Mensal (Prazo de 30 dias)
Toragesic (Trometamol Cetorolaco)	10mg	*30 (trinta) comprimidos*
Ibuprofeno	600mg	*30 (trinta) comprimidos*
Ibuprofeno Gotas	50mg/mL frasco 30mL	*3 (três) frascos*
Meloxicam	15mg	*20 (vinte) comprimidos*
Diclofenaco Potássico	50mg	*20 (vinte) comprimidos*
Nimesulida	100mg	36 (trinta e seis) comprimidos
Dipirona	500mg	40 (quarenta) comprimidos
Dipirona Gotas	500mg/mL frasco 10mL ou 20mL	3 (três) frascos
Paracetamol	500mg e 750mg	*40 (quarenta) comprimidos*
Paracetamol Gotas	200mg/mL frasco 15mL	3 (três) frascos
Lisador® (ou associação correspondente)	Todas as Dosagens	*40 (quarenta) comprimidos*
Dorflex® (ou associação correspondente)	Todas as Dosagens	*40 (quarenta) comprimidos*

Parágrafo único. Nas prescrições com posologia indicada na modalidade "se dor", "se febre" ou equivalente, a dispensação será calculada com base na quantidade necessária para até 5 (cinco) dias de tratamento, observada a apresentação disponível, a prescrição e os limites ordinários desta Normativa, devendo eventual necessidade de período superior ser justificada pelo profissional prescritor **e** submetida ao fluxo do art. 6º desta normativa.

Art. 4º Nova dispensação após o período previsto no art. 3º dependerá de receita médica válida e de registro da continuidade, reavaliação ou encerramento do tratamento, observadas as normas sanitárias aplicáveis.

§ 1º Sempre que possível, a continuidade será acompanhada pelo profissional que iniciou o tratamento.

§ 2º Na impossibilidade de atendimento pelo médico originário, a receita poderá ser emitida por outro médico legalmente habilitado, desde que este realize avaliação clínica própria e registre a justificativa para a continuidade, alteração ou substituição do tratamento, mediante relatório ou outra justificativa clínica documentada, nos termos do art. 6º desta Normativa.

§ 3º A exigência prevista neste artigo não poderá impedir o atendimento de situações de urgência, transição de cuidado, alta hospitalar, encaminhamento referenciado ou descontinuidade involuntária da assistência.

Art. 5º As restrições e os limites previstos nesta Normativa poderão ser excepcionalizados quando houver necessidade clínica **devidamente documentada**, especialmente nas seguintes hipóteses:

I – acompanhamento oncológico;

II – doenças reumatológicas crônicas;

III – cuidados paliativos;

IV – dor crônica ou persistente;

V – recuperação pós-operatória ou pós-traumática;

VI – doenças neurológicas, musculoesqueléticas ou outras condições que demandem tratamento prolongado;

VII – qualquer outra situação reconhecida mediante avaliação técnica fundamentada.

Art. 6º Os casos que demandem ampliação dos limites mensais ou prolongamento do tratamento serão submetidos à avaliação do Farmacêutico Responsável Técnico, mediante receita válida e relatório ou justificativa clínica do médico responsável pelo atendimento, suficiente para demonstrar a necessidade, a duração estimada, os riscos envolvidos e as medidas de monitoramento.

§ 1º O relatório poderá ser emitido por médico legalmente habilitado, não sendo obrigatória a especialidade correspondente, salvo quando a complexidade clínica do caso justificar avaliação especializada, hipótese em que o Farmacêutico Responsável Técnico poderá solicitar complementação documental ou encaminhamento para avaliação especializada.

§ 2º A solicitação de diagnóstico ou CID deverá limitar-se às informações necessárias para a análise técnica e administrativa do pedido, assegurado o sigilo dos dados de saúde e o acesso restrito aos profissionais responsáveis pela avaliação.

§ 3º A decisão sobre a excepcionalização deverá ser registrada de forma fundamentada, com indicação da quantidade autorizada, do período de validade e da necessidade de reavaliação.

§ 4º Em caso de dúvida técnica relevante, o Farmacêutico Responsável Técnico poderá solicitar avaliação da CFT, sem que isso implique interrupção automática de tratamento em curso, quando houver indicação clínica documentada.

Art. 7º Os medicamentos sujeitos a controle especial observarão, em cada caso, a legislação sanitária federal vigente quanto ao tipo de receituário, quantidade prescrita, retenção de vias, escrituração, validade e demais requisitos aplicáveis.

Parágrafo único. A classificação e o regime de controle de cada medicamento serão aqueles definidos pela legislação sanitária federal vigente, ainda que não estejam expressamente mencionados nesta Normativa.

Art. 8º A Comissão de Farmácia e Terapêutica avaliará periodicamente a efetividade desta Normativa, considerando dados de consumo, estoque, desabastecimento, dispensações excepcionais, eventos adversos, reclamações/solicitações dos usuários e alterações nas normas sanitárias, podendo propor sua revisão.

Art. 9º Esta Normativa entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Erebango – RS, 30 de novembro de 2026.

Comissão de Farmácia e Terapêutica de Erebango/RS:

Camila Rosane Pacheco
Farmacêutica – CRF/RS 16676

Karina Hubler Soligo
Enfermeira – COREN/RS 130310

Jorge Alexandre Fuchs Herrmann
Médico – CRM/RS 15557

Eduardo Rissato Amarante
Odontólogo/Dentista CRO/RS 10477

Fábio Montemezzo
Secretário Municipal de Saúde

VISTO JURÍDICO: Examinada a presente Normativa, não se identificam óbices jurídicos à sua aprovação e publicação, desde que preenchidos os dados pendentes e observada a legislação sanitária federal vigente.

Erebango/RS, em data supra.

Ronaldo Beledelli Pellin
Procurador-Geral do Município – OAB/RS 115.327

Ciência dos prescritores da equipe da UBS Erebango:

Data: ____/____/_____ _____ **Brian Leonhardt Fritsch** Médico – CRM/RS 62240	**Data:** ____/____/_____ _____ **Nathana Sistherenn** Médico – RMS/RS 4306224
Data: ____/____/_____ _____ **Ana Claudia Tonial** Médico – CRM/RS 62024	**Data:** ____/____/_____ _____ **Rejane Clorinda Casarin** Odontólogo/Dentista CRO/RS 11862
Data:____/____/_____ _____ **Fernanda Valeriano Zamora** Médico – CRM/MG 67890	**Data:**____/____/_____ _____ **Gabriela Wosniak Cavaletti** Médico – CRM/RS 58638
Data:____/____/_____ _____ **Nome:**	**Data:**____/____/_____ _____ **Nome:**
Data:____/____/_____ _____ **Nome:**	**Data:**____/____/_____ _____ **Nome:**
Data:____/____/_____ _____ **Nome:**	**Data:**____/____/_____ _____ **Nome:**