

LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS NAS PREFEITURAS



Franklin Brasil

Ago/2015

PRA TUDO NA VIDA TEM REMÉDIO



NOME = JOSE COSMO DA SILVA
FAIXA = GARRAFADA
PRA = DIABETE
PRA = COLESTEROL
PRA = BRONQUITE
PRA = PRESSÃO ALTA
PRA = GASTRITE
PRA = ENFLAMACÃO NO ÚTERO
PRA = ESMAGRECE
PRA = ENFLAMACÃO DA PROSTA
PRA = MENOPALZA
PRA = LEVANTA A MORAL
~~PRA~~ = DISGASTO FÍSICO
PRA = COLUNA

PRA TUDO NA VIDA TEM REMÉDIO





PRA TUDO NA VIDA TEM REMÉDIO

TU SOFRE?

PAI ARNAPIO TEM A SOLUÇÃO

**BENZE COBREIRO, TIRA BICHO DE PÉ
E UNHA ENCRAVADA.**

**BATIZA FILHO DE MÃE SOLTEIRA,
RESGATA FGTS E CANCELA CARTÃO.**

**TIRA QUALQUER TIPO DE DEMONEIO
DO CORPO E DE QUALQUER LUGAR.**

CURA COGESTÃ, AFITA E HEMORRÓIDA.

**TRAZ DE VOLTA MARIDO E
DESCOBRE CORNO.**

**ATENDEMOS QUALQUER HORÁRIO.
VENHA COM FÉ QUE O RESTO É COM ELE.**

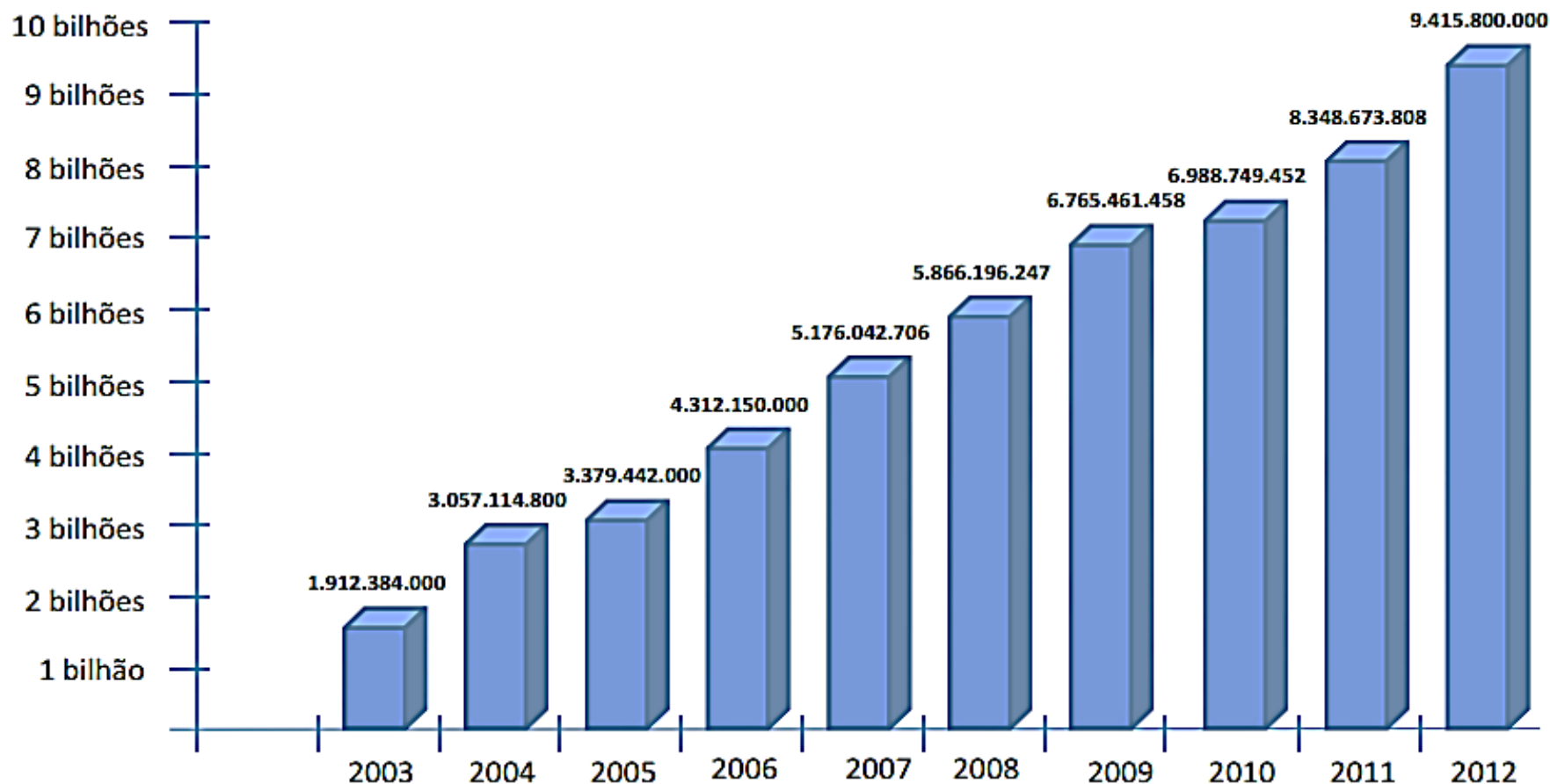
O REMÉDIO PARA RISCO É CONTROLE





MATERIALIDADE

GASTOS FEDERAIS COM MEDICAMENTOS. EM R\$ POR ANO.



OBJETIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



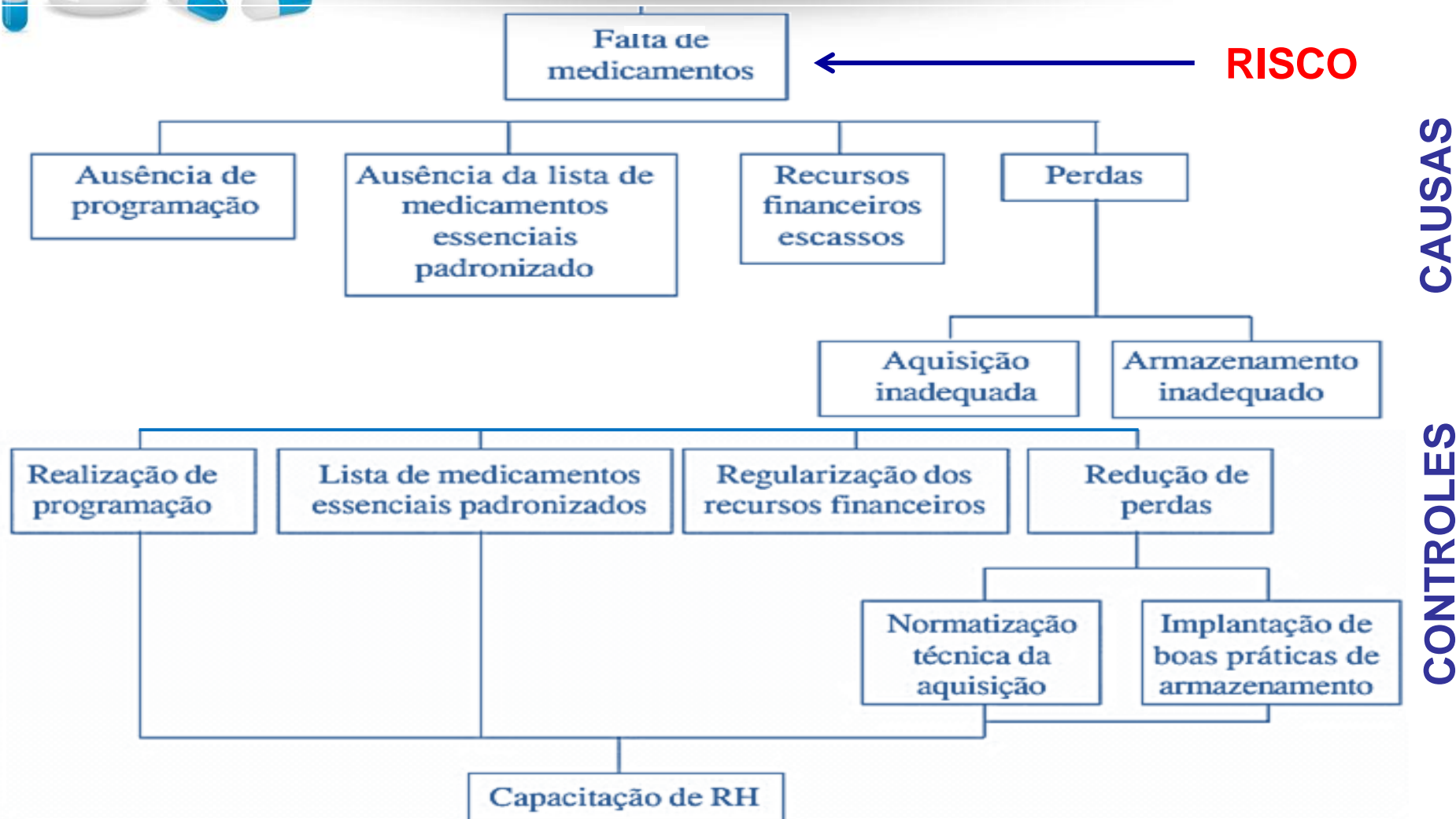
ACESSO E **USO RACIONAL** DO MEDICAMENTO

- Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão
- Estrutura formal, claras competências e hierarquia.
- Normas e procedimentos para todas as atividades
- Documentos padronizados
- Sistema de informação eficiente
- Capacitação permanente

Medicamentos apropriados às necessidades clínicas, em doses adequadas às particularidades individuais, por período de tempo adequado e com baixo custo



RISCOS, CAUSAS E CONTROLES



CICLO



SELEÇÃO



SELEÇÃO



RE M U M E

RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

- **Seleção e prescrição racional**
- **Benefícios individuais, institucionais, nacionais**
- **Usuário: eficácia, segurança, conveniência, custo**
- **Instituição: padronização, eficiência, economicidade**
- **Nação: mortalidade, morbidade, qualidade de vida**

PROGRAMAÇÃO

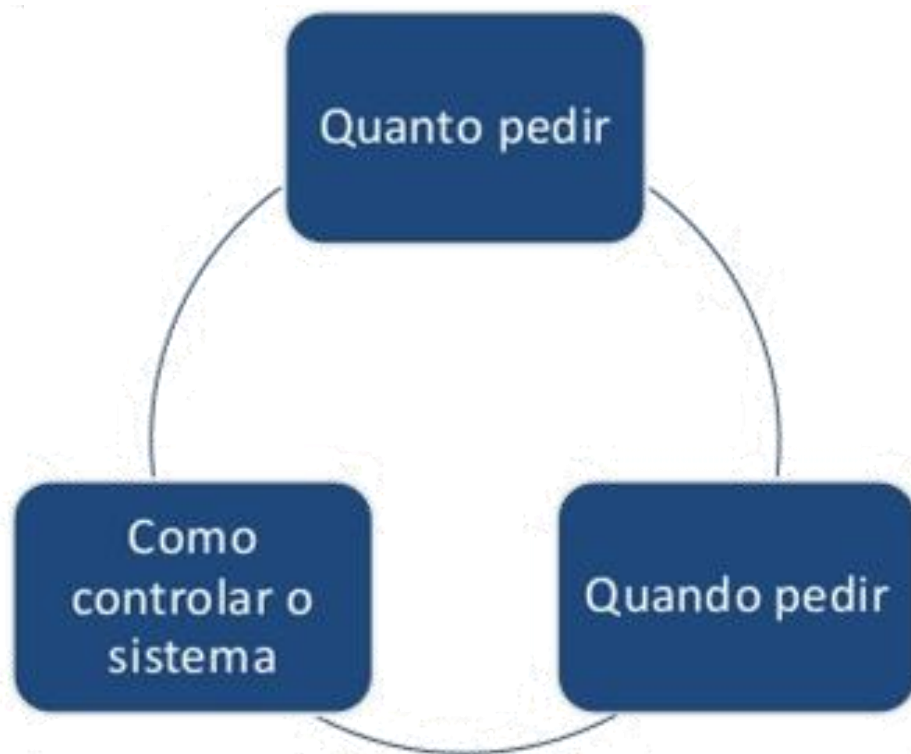




PROGRAMAÇÃO



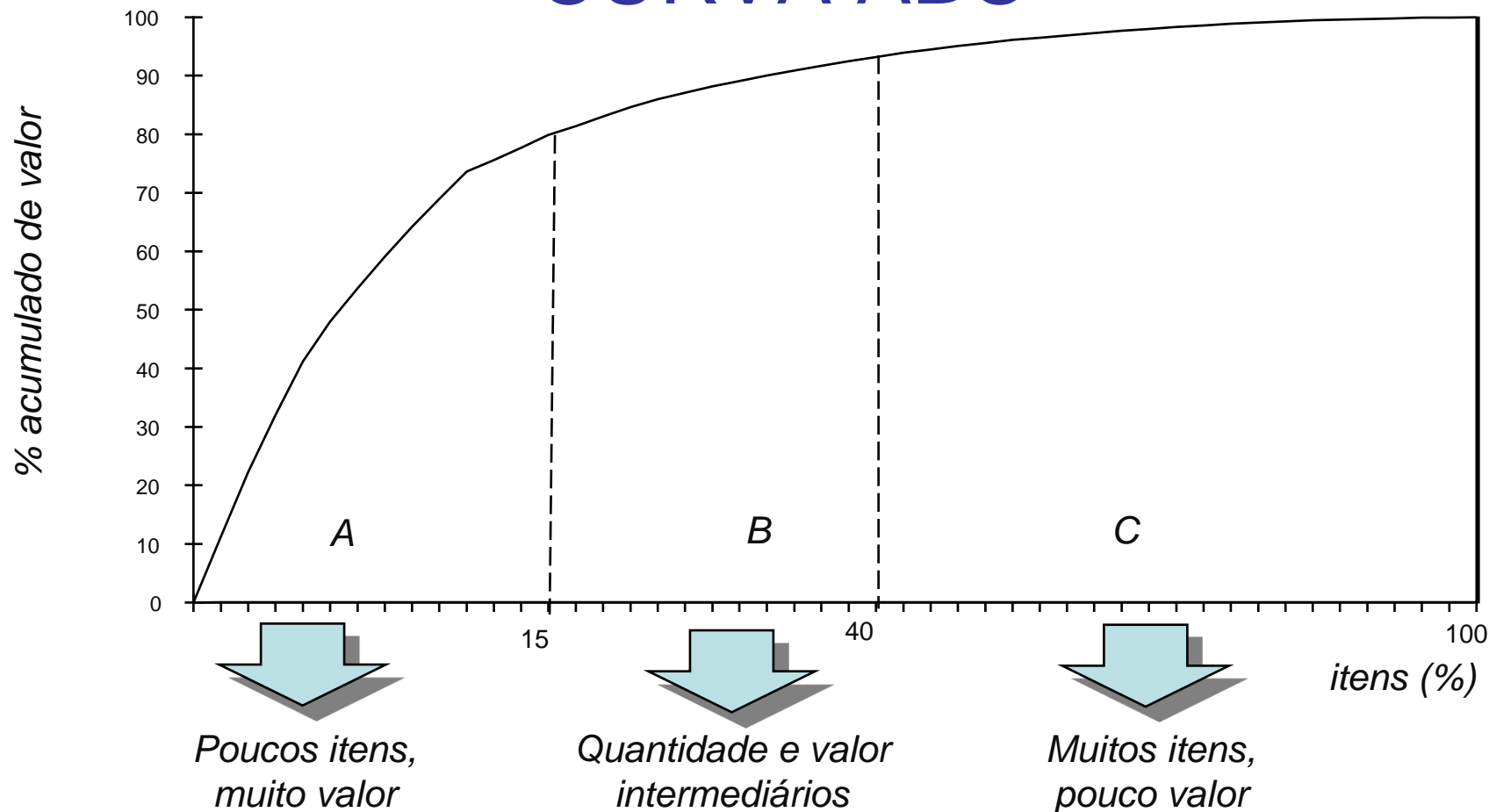
- **Informação de demanda**
- **Política de estoques**
- **Planejamento de compras**
- **Pedidos**





PROGRAMAÇÃO

CURVA ABC



AQUISIÇÃO





AQUISIÇÃO: ESPECIFICAÇÃO

CATMAT	Princípio Ativo/Descrição	Concentração	Forma Farmacêutica	Volume	Unid. de Fornecimento
BR0278283	ACETAZOLAMIDA	250 MG	COMPRIMIDO		COMPRIMIDO
BR0268375-1	ACICLOVIR	5%	CREME	5 G	BISNAGA
BR0268375-2	ACICLOVIR	5%	CREME	10 G	BISNAGA
BR0268370	ACICLOVIR	200 MG	COMPRIMIDO		COMPRIMIDO
BR0268374	ACICLOVIR	250 MG	PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL		FRASCO-AMPOLA
BR0267501	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	500 MG	COMPRIMIDO		COMPRIMIDO
BR0267502	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	100 MG	COMPRIMIDO		COMPRIMIDO
BR0278489	ÁCIDO FÓLICO	0,2 MG/ML	SOLUÇÃO ORAL	30 ML	FRASCO
BR0267503	ÁCIDO FÓLICO	5 MG	COMPRIMIDO		COMPRIMIDO



AQUISIÇÃO: PREÇO

2014: Ranitidina Cloridrato 150mg cp (Ref = R\$ 0,06)

PREFEITURA	QTE	UNIT	TOTAL	>REF	>REF(%)
Sapezal	200	10,40	2.080	2.068	17.233%
Varzea Grande	73.200	0,37	27.084	22.692	517%
Feliz Natal	25.000	0,23	5.700	4.200	280%
Colniza	80.000	0,19	15.200	10.400	217%
[29 MUNICIPIOS]					
Alto Araguaia	160.000	0,06	9.440		
Querência	2.000	0,05	100		
Pedra Preta	80.000	0,05	4.000		
Tangara	85.000	0,03	2.550		



ARMAZENAGEM



ARMAZENAGEM



- **Recebimento** – examinar e conferir o material
- **Estocagem** – organização, aproveitamento de espaço
- **Segurança** – danos físicos, furtos e roubos.
- **Conservação** – assegurar as características dos produtos
- **Controle de estoque** – monitoramento da movimentação
- **Entrega** – entrega ao solicitante, transporte, rastreabilidade.

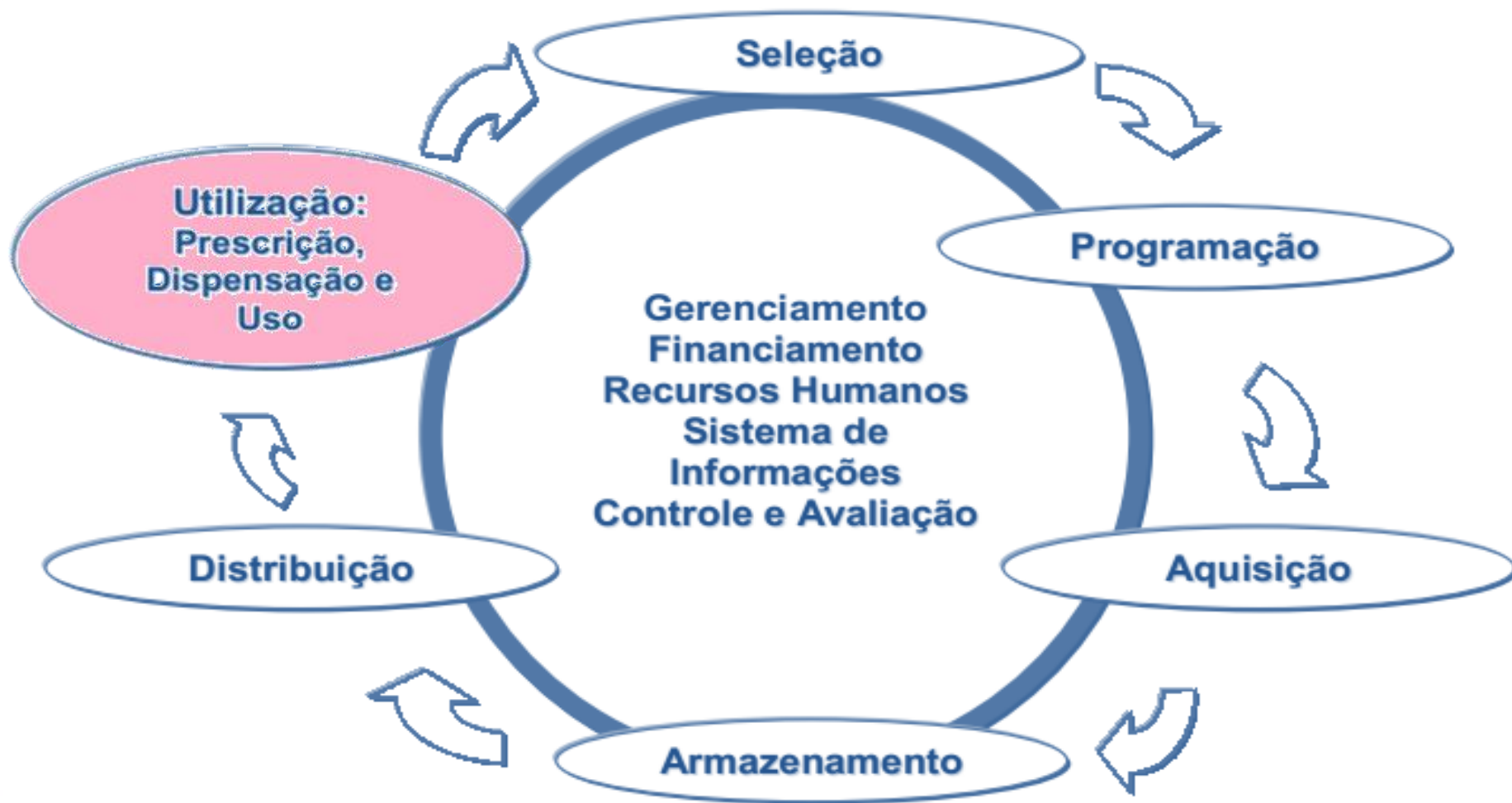


ARMAZENAGEM





DISPENSAÇÃO





DISPENSAÇÃO

- **ler e conferir a receita**
- **interpretar a receita**
- **conferir os medicamentos com a receita**
- **indicar os medicamentos atendidos**
- **indicar data do fornecimento nas 2 vias**
- **fornecer somente a quantidade necessária**
- **orientar o paciente quanto ao uso e cuidados**
- **registrar o atendimento**
- **registrar demanda reprimida**





DISPENSAÇÃO

Sr Médico: Esta receita está incompleta. Pedimos, por obséquio, corrigir/completar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nome do paciente | <input type="checkbox"/> Duração do tratamento |
| <input type="checkbox"/> Nome do medicamento | <input type="checkbox"/> Dosagem ou concentração |
| <input type="checkbox"/> Modo de usar | <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado |
| <input type="checkbox"/> Receita rasurada | <input type="checkbox"/> Receita ilegível |
| <input type="checkbox"/> Assinatura do Médico | <input type="checkbox"/> Carimbo |
| <input type="checkbox"/> Medicamento controlado | <input type="checkbox"/> Data de emissão |

Obs.:

Data: ___/___/___ Hora: __:___ Funcionário Farmácia _____



Muito obrigado!

CGUMT
3615-2245
cgumt@cgu.gov.br
franklin.santos@cgu.gov.br

