

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LUIZ HENRIQUE COSTA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU / SC,
2001**

FLORIANÓPOLIS

2002

LUIZ HENRIQUE COSTA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU / SC,
2001**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública da Coordenadoria de Pós-graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho.

FLORIANÓPOLIS

2002



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU ”.**

AUTOR: Luiz Henrique Costa

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho
(Presidente)

Profª. Dra. Célia Machado Gervásio Chaves
(Membro)

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
(Membro)

Profª. Dra. Mareni Rocha Farias
(Membro)

Prof. Dr. Sérgio Fernando T. de Freitas
(Suplente)

DEDICATÓRIA

DEDICO ESTE TRABALHO AOS MEUS PAIS

BRIGIDO VIEIRA DA COSTA E MARIA VIDAL COSTA

AOS MEUS QUERIDOS IRMÃOS

**JOÃO, JOANETE, JOEL, JUREMA, PEDRO, MARIA JOSE, JOSÉ CARLOS,
HELOISA, BRIGIDO E MÁRCIA**

AOS MEUS QUERIDOS IRMÃOS (EMPRESTADOS)

JEFERSON E MÔNICA

A MINHA QUERIDA E AMADA ESPOSA

KARLA

AOS MEUS QUERIDOS E AMADOS FILHOS

VITOR E LUIZA

AGRADECIMENTOS

AO MEU ORINTADOR PROF. DR. ALCIDES RABELO COELHO POR SUAS IDÉIAS, SEU ENTUSIASMO E CONFIANÇA

AOS COMPANHEIROS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU PELA AMIZADE, CONFIANÇA E OPORTUNIDADE DE ATUAR NO MOVIMENTO CONCRETO PELO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO

AOS CAMARADAS E COMPANHEIROS DO SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS DE SANTA CATARINA PELO PROFUNDO COMPROMISSO COM A SAÚDE PÚBLICA

AO CAMARADA JOÃO AMAZONAS (PCdoB) PELO SEU EXEMPLO DE DEDICAÇÃO À CAUSA DE LIBERTAÇÃO DE NOSSO POVO E CONSTRUÇÃO DA SOCIEDADE SOCIALISTA. VOCÊ ESTARÁ SEMPRE ENTRE OS QUE NÃO PERDERAM A CAPACIDADE DE SONHAR E DE ACREDITAR NOS SEUS SONHOS (EM MEMÓRIA)

AO MEU PARTIDO, O PARTIDO COMUNISTA DO BRASIL (PCdoB) POR GRANDE PARTE DOS MEUS PRINCÍPIOS E IDEAIS DE SOLIDARIEDADE E JUSTIÇA SOCIAL

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
1 INTRODUÇÃO	01
2 REVISÃO DA LITERATURA	06
2.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	06
2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CONCEITOS	08
2.3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	12
2.4 A AVALIAÇÃO	20
2.4.1 Indicadores selecionados do uso de medicamentos	25
2.4.1.1 Indicadores de prescrição	25
2.4.1.2 Indicadores de assistência ao paciente	26
2.4.1.3 Indicadores sobre o serviço de saúde	26
2.5 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SUS	26
3 OBJETIVOS	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	33
4.2 CÁLCULO DOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO E DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU	40
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE BLUMENAU	43
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE BLUMENAU	45
5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO E DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	58
6 CONCLUSÕES	75
6.1 SUGESTÕES	78
7 REFERÊNCIAS	80
8 ANEXOS	87

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PRESENÇA DO FARMACÊUTICO NAS FARMÁCIAS DE TRINTA E OITO UNIDADES DE SAÚDE / SEMUS DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	51
GRÁFICO 2 - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DAS FARMÁCIAS DE TRINTA E OITO UNIDADES DE SAÚDE / SEMUS DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	51
GRÁFICO 3 - PORCENTAGEM DE PACIENTES, SEGUNDO O SEXO, ATENDIDOS PELO SUS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	60
GRÁFICO 4 - PORCENTAGEM DE ANTIBIÓTICOS E INJETÁVEIS PRESCRITOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	62
GRÁFICO 5 - NÚMERO MÉDIO DE MEDICAMENTOS POR RECEITA NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	63
GRÁFICO 6 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO NOME GENÉRICO E DE MARCA NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	65
GRÁFICO 7 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS E PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO NOME GENÉRICO NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	69
GRÁFICO 8 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS QUE FAZEM PARTE DA LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	70
GRÁFICO 9 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS E NÃO DISPENSADOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	71

GRÁFICO 10 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS E
PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DA LISTA
DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NOS DOZE MESES DO
ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC,
2001 72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - VALORES GASTOS NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS SEMUS/ FMS/PMB NOS ANOS DE 2000 E 2001	52
TABELA 2 - INDICADORES DE PRESCRIÇÃO NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001	60

RESUMO

A Assistência Farmacêutica é um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), e a política de medicamentos um de seus componentes. A Assistência Farmacêutica tem como objetivos garantir a acessibilidade e uso racional dos medicamentos com ferramentas para se alcançar à universalidade, a integralidade e a equidade no SUS. Objetivou-se avaliar os Serviços de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau analisando dados primários e secundários junto a Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde e descrever as práticas terapêuticas de médicos da Policlínica de Referência de Especialidades desta Secretaria. O trabalho abrangeu as prescrições e a dispensação de 684 receitas desta Policlínica, totalizando 1779 medicamentos prescritos no período de 21 de dezembro de 2000 a 20 de dezembro de 2001. Temos como resultados que os usuários do sexo feminino somaram 61,40% das prescrições. O número médio de medicamentos prescritos por receita foi de 2,59. A porcentagem de medicamentos prescritos pela denominação genérica foi de 68%. A porcentagem de medicamentos prescritos que fazem parte da Lista de Medicamentos Padronizada (LMP) foi de 74,59%. A porcentagem de medicamentos realmente dispensados foi de 61,94%. A porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um antibiótico foi de 3,87% e em 2,24% há prescrição de injetável. A não dispensação de medicamentos padronizados foi de 12,65%. Investiu 5,9 reais/habitante/ano em medicamentos com recursos próprios. Concluímos que a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau cumpriu parcialmente a Portaria 3.916/MS e alcançou 61,94% de efetividade na garantia de acessibilidade de todos os medicamentos prescritos e de 87,35% de acessibilidade aos medicamentos prescritos que constam da Lista de Medicamentos Padronizados (LMP).

Palavra-chave: Assistência Farmacêutica. Indicadores de Uso de Medicamentos. Padronização de medicamentos.

ABSTRACT

Pharmaceutical Assistance is a subsystem of Unique Health System (UHS) and medicine politics is one of its components. Pharmaceutical Assistance has like objectives to guarantee access and rational use of medicines like tools to achieve universality, integrality and equity in UHS. The objectives were to evaluate Pharmaceutical Assistance Services of Blumenau's Health Department analyzing primary and secondary datas from Blumenau's Health Department and Health City Council and also describes therapeutical practice from physicians of the Specialty Reference Polyclinic who works for Blumenau's Health Department. The research evaluated prescriptions and patients releasing of 684 prescriptions, totalizing 1779 prescribed medicines from December 21 of 2000 to December 20 of 2001. Reporting the numbers, 61.40% of prescriptions are from female users. The average medicine number of prescriptions is 2.59. The medicine percentage prescribed by generic name is 68%. The prescribed medicine percentage that is part of standardized medicine list is 74.59%. The percentage of dispensed medicine is 61.94% (effectiveness). The percentage of consultations (prescriptions) that prescribes an antibiotic are 3.78% and injectable prescription is 2.24%. We concluded that Blumenau's City Department of Health partially carried out the legislation number 3916/MS (Medicine Policy) and achieved 61.94% of effectiveness to guarantee the access of all the prescribed medicine and 87.35% of access to prescribed medicine that owns to standardized medicine list.

Key-words: Public Health. Pharmaceutical Assistance. Indicators. Medicines.

1 INTRODUÇÃO

Em 1978 a Organização Mundial de Saúde propôs o programa “Saúde Para Todos no ano 2000”. A realidade e os dados mostram que esta meta não foi alcançada, pelo contrário, está muito longe de ser cumprida. A distância entre os cidadãos necessitados do mundo e aqueles que acumulam bens exagerados e desnecessários aumentou significativamente. O Brasil, apesar de possuir um PIB superior a 800 bilhões de dólares/ano, situa-se na 42ª posição mundial, tanto no que se refere ao analfabetismo, quanto à expectativa de vida ao nascer (Garrafa et al, 2000).

A prevenção e o tratamento de doenças demandam infra-estrutura, educação apropriada e prioridade nas questões relacionadas com o saneamento básico, abastecimento de água, nutrição adequada, condições de trabalho, entre outras.

De forma complementar os medicamentos e as vacinas têm potencial de conferir grandes benefícios à população. Portanto, a saúde é um dos indicadores de desenvolvimento de uma Nação e o acesso aos medicamentos é considerado um indicador da qualidade dos serviços em saúde (Marin, 1999).

Os medicamentos têm um papel importante na melhoria dos níveis de saúde da população, como tem demonstrado a introdução de novos fármacos, a exemplo dos antibióticos, psicotrópicos e drogas cardiovasculares, especialmente os anti-hipertensivos.

No entanto, os medicamentos adquiriram um caráter essencialmente de mercadoria e a pesquisa farmacêutica passou a ser uma atividade industrial marcadamente dirigida para o lucro e a hegemonia de mercado, ficando a saúde como um aspecto secundário (Coelho, 1980).

Nas sociedades capitalistas como a nossa Lefèvre (1991) sugere que a saúde é sujeita a um processo de reificação, que se traduz por uma hipertrofia de sua dimensão orgânica, sendo o medicamento um dos agentes desta reificação. Mas o medicamento não é essencialmente reificador; ele funciona neste sistema como agente de um processo social e histórico de reificação da saúde (Lefèvre, 1991).

O medicamento, como produto da ciência, representa também um avanço constante do homem no controle das agressões exógenas e endógenas ao organismo, que afetam o seu equilíbrio. É necessário porém, separar as agressões não humanas e não voluntárias das agressões geradas pela ação do próprio homem frente a si mesmo e aos outros homens e frente à natureza (Lefèvre, 1991a). Como produto tecnológico o medicamento é usado em ambas as situações, mas no momento em que é estudado pela saúde pública fica

patente a necessidade de separar estas duas faces do medicamento, sob pena de se estar confundindo prevenção, cura ou alívio de situações mórbidas com ocultamento de fatores causadores de doenças derivadas pela ação do homem (Lefèvre, 1991a).

O uso irracional dos medicamentos é um dos grandes problemas da saúde pública no Brasil. Segundo o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, desde 1996 os medicamentos situam-se entre os três principais agentes causadores de intoxicações no País. Em 1999 foram responsáveis por 28,3% dos casos registrados de acordo com o órgão (OPAS, 2001). Nos Estados Unidos 7% dos pacientes ambulatoriais e 22% de pacientes medicados em casa são acometidos de reações adversas em virtude de interações medicamentosas. Já o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) apurou que os medicamentos foram a segunda causa de intoxicações em 2001 no Estado, só ficando abaixo dos animais peçonhentos (CIT/SC, 2001).

O distanciamento entre o entendimento do medicamento como recurso terapêutico ou bem de mercado tem levado o setor farmacêutico a um conflito constante: se atende uma necessidade sanitária real ou se assegura a constante expansão do mercado (Laporte JR & Tognoni G, 1993).

Os estudos de utilização de medicamentos permitiram traçar um panorama que apontam para distorções comuns na maioria dos países, ou seja, abundância de produtos desnecessários ou com potencial tóxico inaceitável; prescrições irracionais; automedicação (quimização); etc. Estes desvios ocorrem, em última instância, do caráter lucrativo da atividade industrial na produção de medicamentos e afetam as condutas nas áreas de ensino, prescrição e consumo (Rozenfeld, 1989).

Além do seu uso irracional, o acesso aos medicamentos passou a ser um dos grandes problemas das populações mundiais, principalmente dos países capitalistas periféricos. Estima-se que dois bilhões de pessoas não se beneficiam do uso de medicamentos considerados essenciais. A produção de medicamentos concentra-se nos países ricos. As empresas farmacêuticas de países como os Estados Unidos, França, Suíça, Japão, Alemanha e Itália dominam aproximadamente 80% do mercado mundial. Um terço da população mundial, notadamente dos países pobres, não têm acesso aos medicamentos essenciais, enquanto as populações dos países ricos consomem cerca de 80% dos medicamentos produzidos no mundo (Linares & Caro, 2001).

O custo dos medicamentos tem despertado grande preocupação para a organização dos serviços de saúde, particularmente, em países como os da América Latina, onde prevalece

uma indústria basicamente de transformação. Isto caracteriza uma grande dependência tecnológica em relação às empresas multinacionais.

A definição e a inserção da política nacional de assistência farmacêutica no âmbito da política nacional de saúde é um elemento fundamental para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A provisão de medicamentos no setor público é condição indispensável no conjunto das ações de saúde. A Assistência Farmacêutica tem sido descrita como um sistema inserido no Sistema de Saúde e configurada pela interação de vários subsistemas, que incluem ações relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenagem, distribuição, controle de qualidade e utilização dos medicamentos (Bermudez, 1997).

A disponibilidade de medicamentos nos serviços públicos de saúde aumenta a credibilidade da população aos serviços prestados, fortalecendo sua resolutividade e diminuindo os retornos e a procura por serviços de saúde, o que acaba por desonerar os custos da assistência. Os medicamentos como um instrumento de suporte às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde é, nos tempos atuais, uma das áreas críticas da atenção à saúde e, a falta de remédios essenciais compromete a imagem do sistema público, onerando ainda mais o sistema com internações desnecessárias, no caso de infecções respiratórias agudas, diabetes, hipertensão arterial ou distúrbios mentais (Bermudez & Bonfim, 1999).

A Assistência Farmacêutica é um elemento essencial no desenvolvimento dos serviços de saúde, sendo os medicamentos considerados um insumo básico do atendimento aos pacientes.

A situação de precariedade na organização dos serviços de Assistência Farmacêutica é um dos fatores que contribuem com o quadro de dificuldades vivido pelo sistema público de saúde. Esta situação leva à prestação de serviços de saúde de qualidade questionável, podendo acarretar sérios prejuízos aos usuários, dentre os quais a restrição no acesso e o uso irracional dos medicamentos.

Na prática, a restrição ao acesso aos medicamentos considerados essenciais é um grave problema social, que contribui para que milhões de brasileiros padeçam ou subsistam com sérios agravos à sua saúde.

A legislação brasileira estabelece a garantia à universalidade do acesso, a equidade na prestação de serviços, a integralidade das ações e o controle social como princípios da atenção à saúde da população brasileira.

O Texto Constitucional, em seu art.196, afirma que “A saúde é um direito de todos

e um dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e outros agravos e, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A Lei 8.080, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOAS), em seu artigo terceiro, afirma que: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Em seu artigo sexto a referida lei estabelece no âmbito do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica e a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção. A mesma lei, em seu artigo dezoito, define a competência municipal de executar a política de insumos e equipamentos para a saúde (Brasil, 1990).

A Assistência Farmacêutica deve estar, portanto, alicerçada nos mesmos princípios que fundamenta o Sistema Único de Saúde, incorporando os conceitos de universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento.

Segundo Hartz et al (2000) a descentralização é um meio essencial para implementar os cuidados primários de saúde, adaptados às necessidades das coletividades.

A Política Nacional de Medicamentos, instituída através de Portaria Ministerial N° 3.916, de 30 de outubro de 1998, estabelece como responsabilidades do âmbito municipal a garantia do suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica, a promoção do uso racional de medicamentos e a adequada dispensação dos medicamentos, entre outras importantes atribuições (Brasil, 1998a).

O Sistema Único de Saúde é a aplicação de uma proposta de organização setorial que podemos considerar recente e em fase de descentralização. Já a Assistência Farmacêutica pode ser classificada como um subsistema do SUS e, neste sentido, necessitando ser desenvolvida e avaliada em seus variados aspectos. Em uma situação econômica geradora de graves desigualdades sociais que produzem um fosso profundo entre nações ricas e pobres, estas últimas se obrigam a racionalizar a aplicação dos recursos disponíveis, bem como classificar e hierarquizar suas necessidades.

As decisões relacionadas aos medicamentos devem fundamentar-se em um contexto social e ético, e na busca do máximo rendimento destes recursos, sem prejuízo da tecnologia e qualidade dos serviços de saúde (OPAS, 1990). Sendo a Assistência Farmacêutica um elemento essencial para a busca de maior resolutividade dos serviços de

saúde prestados à população, justifica-se que seja abordada com mais profundidade, destacando principalmente as seguintes premissas:

- a necessidade do uso racional dos medicamentos em um país com escassos recursos para o setor;
- o desenvolvimento de indicadores que possibilitem a avaliação de acesso e uso dos medicamentos;

Neste sentido procuramos responder se os serviços de saúde oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau (SC) possibilitam a população o direito ao acesso e ao uso racional dos medicamentos, atendendo os preceitos do Sistema Único de Saúde, mais especificamente os determinados pela Portaria 3.916/MS e resoluções das Conferências Municipais de Saúde.

Considerando que a garantia do acesso e ao uso racional de medicamentos influenciam na efetividade dos sistemas de saúde, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma metodologia através da aplicação dos Indicadores Seleccionados do Uso de Medicamentos, que permitem quantificar aspectos específicos do comportamento dos prestadores de assistência sanitária, inclusive quanto ao acesso e o uso racional dos medicamentos (OMS, 1993).

Neste trabalho a aplicação destes indicadores tem como objetivo contribuir com a avaliação dos serviços de Assistência Farmacêutica prestada pela Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, em uma perspectiva de planejamento e de organização dos serviços de saúde.

Organizamos este estudo através de uma seqüência na qual em primeiro lugar revisamos a literatura relacionada à Assistência Farmacêutica e ao Sistema Único de Saúde. Após deixamos claro os objetivos do trabalho e os procedimentos metodológicos para então apresentarmos os resultados e as conclusões do trabalho, deixando nossas sugestões ao sistema local de saúde e outras propostas de forma genérica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A garantia do acesso aos medicamentos, bem como seu uso racional, é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), em um país que apresenta grandes desigualdades sociais: 32 milhões de miseráveis; 12 milhões de desempregados; 50% da população com déficit alimentar, enquanto os 10% mais ricos se apropriam de aproximadamente 51 % da riqueza. O que se observa, portanto, é uma grande iniquidade econômica e social, agravada ainda por uma grande iniquidade na distribuição das ações e serviços de saúde, fazendo com que os problemas do setor sejam resultado das desigualdades gerais (Carvalho, 1998).

O modelo de sistema de saúde que vem sendo implementado levou a mudanças importantes. Gerou avanços, principalmente em relação à conformação de uma estrutura pública de prestação de serviços, notadamente ao nível municipal, com a descentralização da administração dos serviços.

Porém, o modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil levou a um sistema de saúde plural e segmentado, composto por três sistemas: o sistema público, representado pelo SUS; o sistema privado de atenção médica supletiva; o sistema privado de medicina liberal. As relações desenvolvidas no conjunto destes sistemas geraram um sistema perverso, ineficaz e ineficiente (Mendes, 1999).

A realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2000, é parte do processo de construção do SUS, que reafirmou a disposição da Nação em defesa de uma sociedade solidária e de uma maior intervenção do Estado nas políticas sociais, buscando avançar em sua implementação (Brasil, 2000).

A construção do SUS tem no controle social um elemento essencial para a continuidade deste modelo e a descentralização tem sido um dos processos mais bem sucedidos, com a institucionalização do espaço decisório participativo e por possibilitar um campo maior de implementação dos serviços nas esferas de estados e municípios, apesar de limitada distribuição de poder e das dificuldades financeiras e institucionais do governo, que tem prejudicado de forma importante a continuidade deste processo (Almeida, 1999).

A implementação do SUS percorre um tortuoso caminho, extremamente desfavorável, marcado pela escassez de recursos financeiros e pelo imperativo da racionalidade econômica na condução das políticas públicas (Elias, 2000; Paim, 1996).

É importante destacar que a racionalidade econômica em questão não tem o sentido da ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas busca o cumprimento de metas econômicas a serviço do sistema financeiro, existindo uma clara dissociação entre os interesses econômicos e os interesses da saúde coletiva, com predomínio dos primeiros (Marín, 2001).

A grande contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses dez anos, na dificuldade de garantia de formas estáveis e em montantes suficientes para o financiamento do Sistema Público de Saúde. Um constante atrito se deu com a expansão de um sistema privado direcionado pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil (Brasil, 2000). Vivemos uma crise profunda com elevados índices de exclusão social. Uma clara tendência em direção à seleção de clientela e à quebra da universalidade dos sistemas de saúde na maioria dos países da América do Sul (Bermudez & Bonfim, 1999).

A proposta do SUS pretende levar o país de um regime previdencialista para um regime universalista, através de uma nova filosofia de organização dos serviços, com a busca da garantia da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, regionalização, descentralização, resolutividade e participação da comunidade.

A aprovação da convocação da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, foi o resultado de muitos anos de trabalho de um conjunto de entidades que pautaram esta questão como prioritária em sua atuação. Seu significado tem comparação histórica ao evento nacional realizado em 1988, denominado I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos que, sob a coordenação da CEME, reuniu em Brasília profissionais de saúde, estudantes, políticos, empresários, professores, técnicos e representantes da sociedade civil organizada.

Neste encontro foi destacada a questão da nacionalização da indústria farmacêutica, do não reconhecimento de patentes farmacêuticas, da necessidade de maiores investimentos em pesquisa, da ampliação da rede e laboratórios públicos e Assistência Farmacêutica governamental e a plena inserção da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A definição do conceito de Assistência Farmacêutica passou a ser elemento importante para que os profissionais envolvidos adotassem novas condutas em suas práticas diárias, com bases em diretrizes comuns, já que várias concepções a respeito do assunto foram

sendo apresentadas e, muitas das vezes, dissociada dos princípios norteadores do SUS.

Com este objetivo estamos revisando e adotando um conceito para subsidiar a avaliação dos resultados alcançados neste trabalho.

2.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CONCEITOS

Tradicionalmente os profissionais médicos vêm se responsabilizando pelo tratamento farmacológico de seus pacientes. A evolução dos sistemas de saúde no País, a evolução dos conhecimentos farmacêuticos e a base de conhecimentos complexos necessários para o diagnóstico e definição de um esquema terapêutico adequado têm apontado para a atuação de uma equipe multiprofissional.

Neste aspecto o profissional escolhido para exercer o papel central nesta tarefa é o farmacêutico. Mas um novo farmacêutico, que desempenhe ativamente o manejo do tratamento farmacológico do paciente. A Organização Mundial da Saúde definiu Atenção Farmacêutica como sendo um conceito de prática profissional, em que o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. Considera também um conjunto de atitudes, de comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, conhecimentos, responsabilidades e destrezas deste profissional na prestação da farmacoterapia, tendo como objetivo alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida para o cidadão (OMS, 1993).

Entendemos ser importante situarmos a atividade do profissional farmacêutico quanto a sua função direta na atenção à saúde do cidadão, mas reiteramos que este trabalho visa, sobretudo, uma avaliação da Assistência Farmacêutica ao nível municipal, entendendo esta como um subsistema do Sistema Único de Saúde, incorporando um conjunto de aspectos relacionados à estrutura, processo e resultados. Entendemos, portanto, que a Atenção Farmacêutica está incorporada num conceito mais amplo, que é o da Assistência Farmacêutica

Vários entendimentos em torno da definição do que venha a ser a Assistência Farmacêutica se difundiram nestes últimos anos. Visões que estão inseridas em contextos determinados e em realidades diversas.

No âmbito do SUS a garantia do acesso e ao uso racional dos medicamentos vem sendo associada ao desenvolvimento de um conjunto de ações executadas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde. Estas ações, que se destinam à promoção, proteção e à recuperação da saúde, têm o medicamento como insumo essencial e são definidas como

Assistência Farmacêutica.

Nesta direção consideramos que o conceito construído pela Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) e estruturado através de seus Fóruns, passa a ser um importante marco teórico para o estudo da realidade brasileira. Permeado de grande preocupação em reafirmar a Assistência Farmacêutica enquanto direito da população e dever do Estado, definida e desenvolvida no âmbito do SUS, tem grande importância para a análise e aperfeiçoamento do sistema de saúde no Brasil.

Esta federação profissional conceitua a Assistência Farmacêutica como:

Um conjunto de ações centradas no medicamento e executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da população em seus aspectos individuais e coletivos. Estas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, deverão envolver: informação, seleção, padronização, prescrição, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde, vigilância farmacológica e sanitária, pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados (FENAFAR, 1996).

Uma outra conceituação vem polarizando as discussões a respeito do tema, e tem servido de referência para um conjunto de entidades e pesquisadores. Trata-se da elaboração dos autores, Hepler e Strand (1990), que desenvolvem a seguinte nomenclatura: Cuidado Farmacêutico (*Pharmaceutical Care*), ou ainda, Atenção Farmacêutica:

Provisão responsável da terapia de medicamentos com o propósito de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente. Estes resultados são: 1) cura da enfermidade; 2) eliminar ou reduzir a sintomatologia de um paciente; 3) deter ou retardar o processo de uma enfermidade; 4) prevenir uma enfermidade ou sintomatologia. Cuidado Farmacêutico envolve o processo através do qual um farmacêutico coopera com um paciente e outros profissionais a definir e, implementar ou monitorar um plano terapêutico que produzirá um resultado terapêutico para o paciente (Hepler & Strand, 1990).

Esta conceituação deixa clara a delimitação e desenvolvimento do conceito, relacionado principalmente com a atuação do profissional farmacêutico junto à equipe de saúde, na execução da farmacoterapia. Não havendo, no entanto, a preocupação com a garantia do acesso aos medicamentos e o papel do Estado, circunscrevendo-se a definição técnica do serviço. Em uma análise comparada com a definição da FENAFAR, esta última

apresenta uma proposição engajada, preocupada com a defesa de um serviço no âmbito do setor público e tendo a epidemiologia como uma de suas ferramentas básicas.

A Assistência Farmacêutica deve ser interpretada como uma política de governo, compreendendo as fases de pesquisa até a de utilização dos medicamentos. A Atenção Farmacêutica relaciona a atividade do profissional farmacêutico e os demais profissionais de saúde envolvidos na assistência. É neste sentido que o conceito de Assistência Farmacêutica de Hepler & Strand, se diferencia do conceito de Assistência Farmacêutica elaborado pela FENAFAR bem como, complementam-se.

A OMS surge com o fim da segunda guerra mundial, quando é instituído o sistema de segurança coletiva sob responsabilidade da ONU (Soares, 2000). Esta entidade logo transformou a Assistência Farmacêutica em um assunto de importância global, caracterizando-a enquanto um profundo problema social, principalmente para os países do hemisfério sul (periféricos), de economia débil e com graves distorções sociais. A OMS construiu um conjunto de tratados, resultado de inúmeros processos de discussões e financiamentos de pesquisas que visavam a busca de alternativas, no sentido de garantir o acesso aos medicamentos essenciais e a racionalidade do seu uso.

Um outro conceito parte deste organismo internacional, que tem dedicado muito de seu trabalho aos estudos e à formulação de políticas de medicamentos. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) que é o Comitê Regional da OMS definiu, através de seu Grupo Técnico, a Assistência Farmacêutica como:

Grupo de prestação relacionado com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde que demandam da comunidade, através de uma atenção farmacêutica que permita a entrega rápida e oportuna dos medicamentos aos pacientes hospitalizados ou ambulatoriais com critérios de qualidade da farmacoterapia. São partes integrantes dos serviços e programas de saúde e representam um processo que engloba o abastecimento de medicamentos em toda e cada uma das suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e divulgação de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos demais membros da equipe de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (OPAS, 1990).

Este conceito, por sua preocupação com o acesso e a racionalidade do uso dos medicamentos, traduz em grande parte as preocupações acerca da realidade brasileira. Associa-se, portanto, a conceituação da FENAFAR, e expressa seu compromisso com o

direito da população brasileira aos medicamentos, qualidade na atenção farmacêutica e a inserção da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Contempla as ações de saúde propostas por Hepler & Strand (1990) relativo à atenção farmacêutica.

Já o Ministério da Saúde, quando da publicação da Portaria 3.916, de 30 de outubro, adotou o seguinte conceito:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas de uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (Brasil, 1998).

Esta conceituação corrobora com os conceitos anteriormente descritos, principalmente o da OPAS, 1990.

Vivemos um dos períodos mais intensos de debates, articulações e, em certa medida, de avanços em torno da definição de uma política de Assistência Farmacêutica no Brasil. O processo atual de debates tem uma clara definição ao propor e trazer os medicamentos para o centro da atividade dos profissionais farmacêuticos, além apresentar a necessidade de definir uma política de medicamentos e a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica junto ao sistema de saúde do País.

No Brasil, a década de noventa foi palco de um conjunto de congressos, seminários nacionais e internacionais e pesquisas acadêmicas, que demandaram a necessidade de avançar na definição do conceito de Assistência Farmacêutica e de Atenção Farmacêutica.

Em 2001, na cidade de Fortaleza (CE) a OPAS promoveu a oficina de trabalho Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”, em conjunto com o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, o Conselho Federal de Farmácia, a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, a Federação Nacional dos Farmacêuticos e a Rede Unida. Esta oficina de trabalho objetivou a busca de consensos em torno da definição dos conceitos de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica.

Os debates chegaram a pré-consensos, com a seguinte definição do conceito de Assistência Farmacêutica, que adotamos na presente pesquisa:

Trata-se de um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde tanto no nível individual quanto coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, produção, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (OPAS, 2001).

Trata-se de um conceito amplo, que contempla desde a questão da produção à obtenção de resultados concretos até a utilização dos medicamentos, entendendo a Assistência Farmacêutica como resultado do trabalho de uma equipe multiprofissional, concebida no âmbito da atenção integral à saúde, com ênfase na promoção da saúde e sendo o farmacêutico seu principal ator.

Este conceito, e por conseqüência as atividades de Assistência Farmacêutica e de Atenção Farmacêutica, deve estar alicerçado nos mesmos princípios que fundamentam o SUS, incorporando os conceitos de universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento. Sendo o medicamento um bem necessário à completa recuperação da saúde, não pode estar desvinculado dos princípios assinalados.

O conceito adotado, fruto de consensos, ressalta a questão do acesso e uso racional dos medicamentos, o que corrobora com a proposta de descrever e avaliar a organização dos serviços prestados pela Secretaria de Saúde de Blumenau e a efetividade dos serviços de Assistência Farmacêutica desenvolvidos junto à Policlínica da mesma Secretaria para verificar a efetividade destes serviços.

Para uma avaliação destes serviços vamos procurar descrever sua organização e principais aspectos pertinentes aos objetivos desta avaliação.

2.3 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Destacamos as principais responsabilidades do gestor municipal no âmbito do SUS, apresentadas pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde através da portaria nº 3.916 (Brasil, 1998), aprovadas pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde e denominada de Política Nacional de Medicamentos. Esta política tem o propósito de garantir segurança, eficácia e qualidade desses produtos, bem como promover o uso racional e o acesso aos medicamentos considerados essenciais.

De acordo com esta portaria os municípios deverão cumprir as seguintes atribuições:

1. promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
2. assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
3. definir a relação municipal de medicamentos padronizados, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
4. assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde da sua população, integrando sua programação a do Estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
5. adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
6. utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
7. investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
8. receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

A Política Nacional de Medicamentos visa garantir a disponibilidade, o acesso e o uso racional de medicamentos para todos os setores da população, de acordo com o perfil epidemiológico da região.

A Assistência Farmacêutica é um subsistema do sistema de saúde, organizado e estruturado nos diversos níveis de atenção à saúde, tendo como objetivo contribuir para elevar o nível de saúde e qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, integrando ações de saúde relativas à promoção, prevenção, recuperação do paciente e da comunidade.

Em 1989 a Organização Pan-americana de Saúde realizou uma oficina sanitária denominada “Desenvolvimento e Fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e os Medicamentos Essenciais”. Ocorreu em Quito, Equador, e resultou em um importante documento que aborda questões relacionadas à reorganização dos sistemas de saúde; as políticas de medicamentos; a distribuição de medicamentos nos sistema locais de saúde; a organização dos serviços farmacêuticos nos sistemas locais de saúde; a capacitação do

profissional farmacêutico nos SILOS e a investigação dos serviços farmacêuticos nos SILOS, dentre outros (OPAS, 1990). Este documento reforça a avaliação de que os medicamentos são um dos componentes críticos da atenção à saúde, sendo necessário determinar sua situação atual no contexto dos serviços de saúde, identificar as deficiências e problemas mais importantes, assim como analisar alternativas, estratégias e ações possíveis de aplicar em função da modalidade organizativa e administrativa dos serviços de saúde, incluindo os níveis normativos e operativos (OPAS, 1990).

No sentido de cumprir suas finalidades os Serviços de Assistência Farmacêutica deverão possuir recursos materiais e humanos necessários para atender a seguinte estrutura e organização: *seleção de medicamentos essenciais, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, promoção do uso racional e avaliação.*

Por seu caráter sistêmico e multiprofissional, a Assistência Farmacêutica não se restringe a atividades de abastecimento. Sua organização implica em promover a necessária articulação dos vários procedimentos e etapas, visando assegurar a oferta de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde (Dupim, 1999).

As descrições que seguem estão referenciadas na legislação sanitária brasileira, no documento da OPAS supracitado; na publicação do Ministério da Saúde intitulado “Assistência Farmacêutica, instruções e técnicas para sua organização (Brasil, 2001)”; em pesquisa de Nascimento (2000); em trabalho de Dupim & Righi (1997) e demais autores citados.

Para promover a utilização racional dos medicamentos na atenção à saúde, torna-se necessária a organização dos Serviços de Saúde com uma estrutura capaz de realizar os seguintes procedimentos:

- **seleção de medicamentos:** segundo a OMS medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem a necessidade dos cuidados de saúde da maioria da população. Estes devem estar disponíveis o tempo todo em quantidades adequadas e em formas apropriadas de dosagem. A definição das drogas está associada a um conjunto de fatores como padrão das doenças prevalentes, as facilidades de tratamento, a experiência dos profissionais, os recursos disponíveis, assim como, fatores demográficos, genéticos e do meio ambiente (OMS, 1990).

A questão da seleção de medicamentos nos serviços de saúde tem um claro objetivo de racionalização do uso dos medicamentos diante de constantes novos lançamentos e a escassez de recursos financeiros. É o ponto de partida tanto para a racionalidade econômica como para a racionalidade técnica. É um processo de escolha de medicamentos

eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população (BRASIL, 2002).

O uso racional de medicamentos tem na política de medicamentos essenciais sua base e nos medicamentos genéricos uma de suas bases estruturantes.

A Rename (Relação Nacional de Medicamentos) é um documento de referência para os estados e municípios definirem seus elencos. A primeira etapa para um processo de seleção efetivo é a constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) que, instalada através de instrumento legal do gestor, deve envolver os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e odontólogos. Esta comissão tem a responsabilidade de definir critérios de inclusão e exclusão para uma lista de medicamentos; assim como os medicamentos de uso restrito e os critérios de prescrição e dispensação. A CMT terá ainda a incumbência de identificar referências bibliográficas, o perfil epidemiológico, os medicamentos considerados básicos, a relação custo-benefício e de definir o elenco de medicamentos essenciais do estado ou município;

- **programação:** a programação é uma das etapas da organização dos serviços de saúde. Precedida pelo planejamento ela visa determinar as necessidades totais de medicamentos e as compatibiliza com os recursos disponíveis, em função das prioridades de tratamento das doenças.

Deve haver uma previsão adequada dos recursos, tanto materiais como humanos, enquanto requisito para viabilização de qualquer programa.

A programação se justifica para se evitar perdas desnecessárias e para dar continuidade ao fornecimento e atendimento das demandas da população frente aos recursos disponíveis. Dentre os vários métodos para realizar a programação destacam-se o perfil epidemiológico, o consumo histórico e a oferta de serviços. A programação cumpre papel fundamental para execução de uma política;

- **padronização de tratamentos:** busca o tratamento mais adequado para cada doença, conforme o sexo, a idade e as enfermidades concorrentes, além da disponibilidade do mercado farmacêutico em oferecer o medicamento. Fundamentalmente na lista básica, para cada doença, determinam-se os medicamentos que deverão ser prescritos com prioridade, considerando sempre parâmetros recomendados para a justificativa da escolha, ou seja, a necessidade, a eficácia, o benefício/risco e custos.

É necessária a organização de dados relativos a consumo, perfil epidemiológico, oferta e demanda dos serviços. Incluindo ainda os recursos humanos e recursos financeiros;

- **aquisição:** corresponde aos métodos de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação. Trata-se de um conjunto de atividades articuladas, necessárias ao abastecimento quantitativo e qualitativo para realizar uma terapêutica racional, de acordo com a definição da seleção dos medicamentos.

A Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976, alterada em 10 de fevereiro de 1999 (Brasil, 1999) define que no âmbito do SUS as aquisições de medicamentos, as prescrições médicas e odontológicas devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional - DCI.

A Lei dos Medicamentos Genéricos (Brasil, 1999) define que nas aquisições, o medicamento genérico, quando houver, terá preferência sobre os demais em condições de igualdade de preço.

Afirma ainda que nos editais, propostas licitatórias e contratos de aquisição de medicamentos serão exigidos, quando couber, a especificação técnica dos produtos, os respectivos métodos de controle de qualidade e a sistemática de certificação de conformidade. Os medicamentos adquiridos deverão ser acompanhados dos respectivos laudos de qualidade.

Deverá ser respeitado um conjunto de requisitos legais, com destaque para a Lei de Licitação 8.666/93 (Brasil, 1993) e suas alterações. Esta lei impõe concorrência sobre a aquisição ou venda e orienta sobre o processo administrativo para a contratação de fornecedores em igualdade de condições e que possa auferir à administração propostas relativas a preços, prazos e qualidade de interesse público.

Os laboratórios oficiais dos estados, cuja produção é destinada exclusivamente ao SUS (anexo 1., p. 91), tem preços reconhecidamente inferiores aos preços praticados pelo mercado. Estes estão dispensados de participar de licitações públicas para o fornecimento dos medicamentos, devendo as prefeituras assinar convênios com estes laboratórios, um Termo de Dispensa de Licitação.

Em Santa Catarina o órgão da Secretaria de Estado da Saúde responsável pelo planejamento, programação, recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos é a Diretoria Medicamentos Básicos - DIMB/SES;

- **armazenamento:** corresponde a fase de preservação e guarda dos medicamentos logo após a chegada ao almoxarifado até a sua distribuição. O almoxarifado deverá ser organizado no sentido de garantir a qualidade dos medicamentos, protegendo-os de variações drásticas de temperatura, umidade, poeira, odores, penetração de animais e insetos.

No conjunto de procedimentos técnicos e administrativos devem ser observados: recepção, estocagem, conservação e controle de estoque.

A recepção é uma das etapas mais importantes, pois exige um exame detalhado comparando o que foi adquirido e o que está sendo recebido. Questões como a quantidade, documentação fiscal, preços, especificações dos produtos, registros sanitários dos produtos, certificados ou análise de controle de qualidade são essenciais para a garantia do processo.

A estocagem exige que os produtos estejam ordenados adequadamente, respeitando suas características e condições de conservação. Daí surge a necessidade de se organizarem as Centrais de Abastecimento Farmacêutico, que devem assegurar as condições ideais de conservação e estabilidade dos medicamentos. Devem ser organizadas de forma que possuam uma área para as atividades administrativas, área de recepção e conferência, de expedição e uma última de estocagem.

Quanto à conservação dos medicamentos deverá estar no centro das preocupações do gerente, a estabilidade, temperatura, umidade, luminosidade, ventilação e o manuseio.

Por último devemos garantir o Controle de Estoque, uma atividade que consiste em subsidiar a programação e aquisição de medicamentos;

- **distribuição:** assegurar para todas as unidades de saúde os medicamentos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde, nas quantidades e especialidades farmacêuticas, de modo que não falem medicamentos. Devem ser empregados mecanismos de controle das solicitações e controle das entregas em nível local, assim como um sistema de registro de consumo;

- **prescrição:** definição e indicação de uma terapêutica adequada, resultado de um diagnóstico preciso, ambos fundamentados em uma avaliação do estado geral do paciente.

A prescrição é afetada por muitos fatores, sendo poucas as faculdades de medicina, em especial nos países em desenvolvimento, que oferecem cursos de Farmacologia Clínica e de Terapêutica na graduação, orientados para o uso correto de medicamentos. Os profissionais portanto, ficam vulneráveis à influência da indústria farmacêutica.

A prescrição é o instrumento no qual se apóia a dispensação dos medicamentos e deve levar em consideração aspectos legais e princípios técnicos (Dupim, 1999).

A Lei 5991/73 (Brasil, 2001) prevê que a receita deverá ser aviada se estiver escrita à tinta, em vernáculo por extenso e de modo legível, observada a nomenclatura de pesos e medidas. Deverá conter o nome e endereço residencial do paciente, conter o modo de

usar, data e assinatura do profissional prescritor, endereço do consultório ou da residência e número de inscrição do respectivo conselho profissional.

As prescrições, no âmbito do SUS, adotarão, obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional – DCI, nome genérico.

No SUS as receitas devem ser prescritas em duas vias, sendo uma para arquivo da secretaria e outra de orientação ao paciente. Cópias da Relação Municipal de Medicamentos Padronizados, que indicam quais os medicamentos que estão padronizados e acessíveis aos usuários do SUS, devem estar acessíveis aos prescritores.

Medicamentos sujeitos a controle especial devem respeitar o disposto na Portaria 344/98 da Secretaria de Vigilância Sanitária/MS (Brasil, 1998b);

• **dispensação:** É uma atividade técnica-científica de orientação ao paciente. De suma importância para a observância do tratamento, portanto eficaz, quando bem administrada, devendo ser exclusividade de profissional tecnicamente habilitado – o farmacêutico.

A dispensação é o momento em que é possível informar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos e esclarecimentos acerca da prescrição. Os dispensadores também são afetados pela deficiente formação profissional durante a graduação e de uma capacitação contínua durante a vida profissional (Linares & Caro, 2001).

A dispensação deverá levar em consideração a legislação vigente, em especial os seguintes diplomas legais:

- Lei dos Genéricos - Lei nº 9787/99;
- Regulamentação de fracionamento de medicamentos - Portaria SVS nº 99/93;
- Intercambialidade para os medicamentos genéricos e as competências do farmacêutico - Resolução CFF-nº 349/00;
- Critérios de prescrição e dispensação dos medicamentos genéricos - Resolução ANVISA - MS nº84 / 02;
- Requisitos para dispensação em farmácias e drogarias - Resolução ANVISA - MS, nº 328/99;
- Critérios para medicamentos sob controle especial - Portaria SVS n 344/98;
- Boas Práticas de Dispensação de Medicamentos - Resolução C.F.F. nº 357/01.

A dispensação farmacêutica deve ser desenvolvida em colaboração com o médico, enquanto prescritor e o farmacêutico que analisa e efetiva a dispensação, e o paciente.

- **promoção do uso racional:** assim como o acesso, a promoção do uso racional de medicamentos constitui-se em um grande desafio para os serviços de saúde. A adoção de Lista de Medicamentos Essenciais com base no perfil de morbimortalidade da população, construída por uma comissão de farmacoterapia, e sua disponibilidade em todas as unidades de saúde acessíveis aos prescritores constitui-se em um dos seus pré-requisitos. A questão da informação e da educação de prescritores e dispensadores é de fundamental importância. A concretização da Lei dos Genéricos, onde as prescrições no âmbito do SUS devem seguir a DCB, ou na sua falta a DCI, contribui com a racionalidade na utilização dos medicamentos.

A Organização Mundial da Saúde define medicamentos essenciais como aqueles que satisfaça a necessidade dos cuidados de saúde da maioria da população e que devem estar disponíveis o tempo todo, em quantidades adequadas e em formas apropriadas de dosagem. A definição dos fármacos depende de uma série de fatores, tais como: o padrão das doenças prevalentes, as facilidades de tratamento, os recursos humanos e financeiros disponíveis e fatores genéticos, demográficos e do meio ambiente (OMS, 1992).

- **controle:** o controle tem papel fundamental na garantia da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, assim como no controle do processo administrativo. A base para o controle refere-se ao entendimento de que somente os medicamentos com qualidade, segurança e eficácia cumprem com sua finalidade de prevenir, aliviar e curar as doenças. O controle administrativo busca a eficácia e eficiência do processo, no sentido de aproveitar ao máximo os recursos disponíveis.

- **avaliação:** a avaliação está intimamente relacionada com o processo de controle, incluindo ainda as questões que dizem respeito a custos, gastos e consumo dos medicamentos, seu possível impacto sobre o perfil das doenças, grau de racionalidade de sua utilização e a vigilância epidemiológica dos mesmos.

As atividades descritas acima apontam para a necessidade de se desenvolver a investigação junto aos sistemas locais de saúde, com o entendimento de que a Assistência Farmacêutica é o conjunto dessas atividades.

Este conjunto de ações tem como objetivo a garantia do acesso e o uso racional e seguro dos medicamentos, o que denota a necessidade de implementação de processos administrativos que organizem estas atividades através da gerência coerente, com o objetivo dos serviços nos diferentes níveis de gestão.

Considerando os objetivos da pesquisa desenvolveremos a seguir uma revisão conceitual de avaliação em serviços de saúde, que possa balizar a discussão dos resultados

da pesquisa e suas conclusões.

2.4 A AVALIAÇÃO

Para que possamos alcançar os objetivos propostos neste trabalho é necessário passar em revista os conceitos de avaliação e definir o que melhor atende a metodologia aqui empregada.

A prática de avaliação dos programas públicos teve grande impulso após a segunda grande guerra mundial, quando os estados passaram a desempenhar papel importante nas áreas de educação, do social, do emprego, da saúde, dentre outros. O Estado, que passava a substituir os mercados, deveria encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz (Contandriopoulos et al., 2000a).

A década de 70 impôs a necessidade de avaliar as ações sanitárias, já que o período dos grandes programas baseados no seguro médico havia terminado. A diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde exigiam um maior controle dos custos do sistema de saúde, sem que fosse questionada a acessibilidade suficiente de todos aos serviços.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1985), a avaliação em saúde compreende todo o processo de emissão de juízo de valor, aplicada à questão saúde: serviços, programas e atividades. Todos os componentes da saúde são avaliados, desde seus macrocondicionantes setoriais e extra-setoriais, até as ações específicas e terminais de saúde (OMS, 1985).

Contandriopoulos et al (1996) entende que, “Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão” (Contandriopoulos et al 1996).

Uma intervenção caracteriza-se por possuir objetivos, recursos, bens ou atividades e feitos em determinado contexto. Ou seja, para avaliar é necessário identificar os objetivos de uma instituição e estudar seu processo como um todo, verificando se sua organização e os resultados alcançados são coerentes com os objetivos traçados.

As questões centrais na construção de um sistema de saúde estão relacionadas com a organização, planejamento e avaliação dos serviços. Os problemas de saúde por sua vez requerem uma intervenção, que é traduzida nas ações de saúde, que envolve atividades de promoção, proteção, recuperação, reabilitação, entre outras. Um dos componentes centrais do

sucesso ou eficácia dessas ações relaciona-se com as características do processo de gestão dos serviços de saúde. A gestão compreende o planejamento, a organização, a direção, a execução, o acompanhamento e a avaliação (Silva, & Formigli 1994).

Para Carvalho (1996) a avaliação deve confrontar a realidade com os propósitos da instituição:

“(...) avaliação é a verificação da realidade em relação a um ótimo desejado. Estabelecer um juízo de valor sobre a realidade tendo como ponto de comparação um ponto estabelecido e aceito como desejável, por unanimidade, por consenso ou por opinião de *experts*. A qualidade é o que se persegue e a avaliação da realidade irá mostrar o quanto se está perto ou distante da qualidade, a avaliação pode mostrar se parte ou o todo está atingindo seus objetivos, conquistando resultados e impactando a realidade (Carvalho 1996).

Segundo Donabedian, apud Carvalho et al. (2000):

A avaliação de estrutura enfoca características gerais condicionantes da prestação da atenção à saúde; *a avaliação de processo* procura analisar o que ocorre com o usuário, ou seja, a interface entre usuário, a instituição e os profissionais; **a avaliação de resultado** analisa a eficácia do sistema enquanto ele atinge seus objetivos finais propiciando, no caso da saúde, melhoria das condições de saúde da clientela (Carvalho et al 2000).

Para Silva & Formigli (1994), um dos problemas em avaliar na abordagem sistêmica é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens, quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Estes se referem às características das práticas de saúde e da sua organização social e podem ser assim agrupados:

- relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade);
- relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto);
- relacionados com os custos das ações (eficiência);
- relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica);
- relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos

usuários, aceitabilidade).

Estes atributos podem fornecer subsídios para uma previsão do impacto esperado de determinadas intervenções, como a abrangência dos resultados em relação aos problemas de saúde. Neste sentido eles estão relacionados às questões levantadas na presente pesquisa e no que diz respeito aos seus objetivos, principalmente no acesso e efetividade dos serviços em tela em questão.

Portanto, avaliar significa proferir um julgamento dos resultados alcançados com os objetivos traçados. Na gestão dos serviços de saúde a avaliação significa verificar a pertinência de determinadas ações e programas, sua eficácia, eficiência e efetividade dos efeitos alcançados.

Neste sentido destacamos a contribuição de Mario Testa:

O que resulta ser pertinente em uma investigação é tentar demonstrar que a ciência sobre a qual se formulou a política de saúde nos países de capitalismo subdesenvolvido dependente se situa a margem do processo histórico constitutivo da realidade nacional, no sentido de que as determinações postuladas por esta ciência para o processo saúde-doença não tomam em consideração as características de país capitalista - e em conseqüência constituído por classes sociais com interesses históricos divergentes; subdesenvolvido - que se fala não só de um fosso, senão também de uma distorção entre recursos e fins; dependente - que significa, ao mesmo tempo, superexploração dos trabalhadores e centralização externa (Testa, 1989).

Ainda neste sentido temos Merhy (1995),

A crítica de Testa é acerca da possibilidade de se poder realizar um diagnóstico de uma realidade sem estar baseada em algum tipo de interesse e na abordagem de qualquer tema da saúde sem assumir que este é um campo do social. Isto significaria emprestar um conteúdo neutro e tecnicante deste campo, o que não passa de uma perspectiva ideológica comprometida com o modo dominante e hegemônico com que o setor saúde se constituiu no interior das sociedades capitalistas, vinculado aos interesses do capital em geral e de seus governos, e dos grupos de interesse próprios do setor, como os médicos, os empresários da saúde, os industriais de insumos e equipamentos do setor, entre outros (Merhy, 1995).

Estas considerações são importantes para que possamos avaliar os serviços ofertados pelo SUS e a política de medicamentos em um contexto de clara dependência externa da economia brasileira, acentuadamente em relação à produção de medicamentos, em

uma sociedade organizada de forma que a grande maioria da população brasileira vive com uma ínfima parte das riquezas produzidas.

Desta forma entende-se que o processo de avaliação comporta aspectos quantitativos e qualitativos, que nos permite construir elementos para melhor compreensão do problema de pesquisa, aqui definidos como, acesso e uso racional dos medicamentos nos serviços de saúde do SUS.

Partindo das concepções acima apontadas, o presente trabalho avalia a **efetividade** dos Serviços de Assistência Farmacêutica a partir das normas apontadas pelo Ministério da Saúde, através de sua Portaria 3.916 / MS, associada aos Indicadores de Uso de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde.

Da gestão dos serviços de saúde espera-se que estes atinjam o máximo de valor e qualidade com o mínimo de esforço e custo. O importante é que o propósito esteja vinculado ao processo de transformação da sociedade, que segue seu caminho, cabendo a nós interpretá-lo e transformá-lo.

Analisar o desempenho é também procurar saber a distância da realidade em relação à expectativa, portanto é necessário conhecer os resultados dos serviços (Motta, 2001). Segundo Motta a avaliação cumpre a finalidade de verificar o desempenho, mas destaca que a produção de informações é seu principal resultado, que contribuirá na revisão de processos e práticas de ação, o que realimenta o processo de planejar o trabalho.

Ainda segundo este autor a efetividade diz respeito ao impacto da ação, seus resultados devem se refletir no bem estar da comunidade. É essencialmente uma medida valorativa.

Mede-se efetividade produzindo informações sobre os valores dos resultados da equipe, para saber se estão de acordo com os valores da comunidade, do serviço ou dos usuários.

A efetividade possui três dimensões básicas (Motta, 2001):

- adequação, para saber se os resultados satisfazem as necessidades que dão origem à ação;
- equidade, para saber se a ação resultou em uma distribuição mais justa de recursos e serviços;
- propriedade, para saber se a ação satisfaz as demandas dos usuários.

Segundo Pereira, apud Nascimento, 2000:

Efetividade é a extensão de quanto uma determinada intervenção, procedimento, programa, regime ou serviço produz um resultado benéfico, quando empregado no mundo real, em uma população definida; é o resultado verdadeiramente observado nas condições habituais de uso, ou seja, sua utilidade em condições usuais (Pereira,1995).

A seguir apresentamos o conceito de efetividade segundo Rubio Cebrian, apud Silva (1999):

A efetividade é o grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefício ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais. É o grau em que uma determinada intervenção, procedimento ou regime de serviço, postos em prática, alcança o que se pretende conseguir para incrementar o nível sanitário de uma dada população, isto é, refere-se à probabilidade de um indivíduo, ou um conjunto deles se beneficiar da aplicação de uma atenção ou técnica sanitária em circunstâncias reais ou habituais da prática médica (Rubio Cebrian, 1995).

Este conceito é utilizado por Silva (1999) ao abordar a efetividade do ponto de vista da economia em saúde e resgata as discussões ocorridas no Seminário Inter-regional sobre Economia Aplicada à Saúde, realizado pela OMS, em 1973.

Ainda a respeito do processo de avaliação de instituições de saúde, Mário Testa afirma existir uma relação necessária entre propósitos, métodos para alcançá-los e organização das instituições, que se encarregam de realizá-los. Esta relação é definida como “postulado de coerência” (Testa, 1989).

Os serviços da Assistência Farmacêutica têm como objetivo principal a garantia do acesso aos usuários de um determinado sistema de saúde a uma terapêutica adequada e segura, sendo portanto necessário verificar se este propósito vem sendo alcançado, já que verificamos ser este também um objetivo do gestor municipal em questão.

Os conceitos de efetividade, de Rubio Cebrian (1999), e de avaliação, da Organização Mundial de Saúde, estão sendo adotados neste trabalho de pesquisa por permitirem um processo de avaliação coerente com os objetivos da pesquisa e revisão de literatura, levando em consideração a contribuição dos demais autores referidos.

Como parte fundamental do presente trabalho apresentamos a metodologia de avaliação que a OMS utiliza para estudar a prática prescritional nos serviços de saúde, a qual nos referiremos mais adiante, quando tratarmos da metodologia desta pesquisa.

2.4.1 Indicadores selecionados do uso de medicamentos

Para avaliação da efetividade dos Serviços de Assistência Farmacêutica, a OMS utiliza-se de indicadores que foram desenvolvidos a partir da Conferência sobre Uso Racional de Medicamentos (OMS, 1993). Estes indicadores estão relacionados com a prática de prescrição, assistência ao paciente e ao serviço e buscam definir um número limitado de parâmetros objetivos que permitam descrever a situação de um país, região, ou centro de saúde no que se refere ao uso de medicamentos.

Segundo Testa (1995): “Os indicadores são uma síntese e um resumo do diagnóstico e se utilizam como instrumentos básicos para a construção das propostas programáticas”.

Os indicadores da OMS têm como objetivo quantificar de maneira reprodutível aspectos específicos do comportamento dos prestadores de assistência à saúde, considerados parâmetros de primeiro nível, criados para estimular uma análise mais profunda e orientar medidas de gestão e planejamento.

A aplicação de indicadores de prescrição, dispensação e uso de medicamentos nas diferentes unidades de saúde tem grande importância no processo de avaliação das políticas de Assistência Farmacêutica (Bermudez, et al. 2000).

Os indicadores selecionados pela OMS, listados abaixo, foram elaborados para quantificar o funcionamento dos serviços sanitários em três âmbitos gerais, relacionados com o *uso racional de medicamentos, acesso e serviços*, como seguem:

2.4.1.1 Indicadores de prescrição

- número médio de medicamentos por consulta;
- porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico;
- porcentagem de medicamentos prescritos que fazem parte da lista ou formulário de medicamentos essenciais;
- porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico;
- porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável.

2.4.1.2 Indicadores de assistência ao paciente

- tempo médio de consulta;
- tempo médio de dispensação;
- porcentagem de medicamentos realmente dispensados;
- porcentagem de medicamentos corretamente etiquetados;
- porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta.

2.4.1.3 Indicadores sobre o serviço de saúde

- disponibilidade de cópias de listas de medicamentos padronizados;
- disponibilidade de medicamentos chaves.

No Brasil estudos similares ao que desenvolvemos tratam de vários aspectos da Assistência Farmacêutica. Citamos os trabalhos que tiveram grande importância no desenvolvimento desta dissertação. Nascimento Jr. (2000) avalia a Assistência Farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis – SC, utilizando-se da metodologia dos Indicadores Seleccionados do Uso de Medicamentos; Santos (1999) descreve as práticas terapêuticas e avalia os serviços em 20 unidades do sistema público de saúde de Ribeirão Preto – SP; Simões & Motta (1997) estudam os indicadores em unidades de saúde de Ribeirão Preto – SP, dentre outros, que se utilizaram desta mesma metodologia.

Ainda no processo de recuperar um conjunto de informações que possam subsidiar nosso estudo, apresentaremos a seguir aspectos relacionados à política de medicamentos e de Assistência Farmacêutica no Brasil.

2.5 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SUS

A forma como vem sendo aplicado o atual modelo de sistema de saúde e a crise de seu financiamento tem agravado a situação de milhões de brasileiros que vivem na pobreza e não tem acesso adequado aos medicamentos essenciais. Torna-se necessário o desenvolvimento de uma política de medicamentos inserida na política nacional de saúde e uma política industrial capaz de garantir competitividade ao setor nacional, devendo ser considerado o importante papel que tem a desempenhar os laboratórios farmacêuticos oficiais e as universidades públicas.

A desativação da CEME (Central de Medicamentos) em 1997 acarretou sérios prejuízos à organização dos serviços de Assistência Farmacêutica e ao desenvolvimento de uma política de medicamentos capaz de atender os reclames da sociedade. Instituída em 1971, como órgão da Presidência da República, para regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos do governo, já nasce dividida, com propostas diferentes em relação ao papel que o novo órgão deveria desempenhar. Das duas principais correntes, a de cunho nacionalista defendia que a CEME deveria buscar atender as necessidades de assistência médica, interferindo na produção interna de matérias primas com forte controle estatal sobre o setor privado e buscando a independência do país em relação ao capital estrangeiro. A segunda corrente, ligada ao setor empresarial, particularmente de capital multinacional, via no órgão a possibilidade de ampliar seu mercado, elevando o oferecimento de medicamentos do setor governamental, por meio da aquisição dos medicamentos do setor privado a preços mais baixos. Sem hegemonia clara de uma das correntes, a CEME oscilou no desempenho de seus objetivos, o que a acompanhou durante toda a sua história (Bermudez, 1995).

Persiste até os dias atuais uma clara desvinculação da política industrial com as reais necessidades do sistema de saúde. A iniciativa de criação da CEME significou uma tentativa de reverter uma situação de grave dependência tecnológica e iniquidade do sistema de saúde, já que milhões de brasileiros não tinham e permanecem sem acesso aos medicamentos considerados essenciais. O Plano Diretor de Medicamentos de 1973, uma das iniciativas que melhor representou a proposta de criação do órgão e seus objetivos, visava integrar a ação do governo na coordenação e controle do sistema nacional de produção, distribuição e comercialização farmacêutica ao Plano de Desenvolvimento Econômico e Social. Dentre as medidas estavam a racionalização da produção estatal de medicamentos, do sistema de controle técnico de produção e da comercialização; aumento da diversificação e oferta oficial de medicamentos; apoio ao desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica aplicada; capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos e apoio à indústria químico-farmacêutica nacional (CEME, 1973). Já em 1974 a CEME passou por vários processos de esvaziamento, denotando que a visão privatista predominava, indicando ao órgão o papel de distribuição de medicamentos. Na época a CEME passou para a administração do Ministério da Previdência e Assistência Social e em 1975 as ações de promoção e coordenação das atividades destinadas ao desenvolvimento tecnológico do setor químico-farmacêutico, que estavam a cargo da CEME, passam à competência do Ministério da Indústria e do Comércio,

junto à Secretaria de Tecnologia Industrial. Neste período operou-se um conjunto de projetos na área de desenvolvimento tecnológico de matérias-primas para o setor químico-farmacêutico, com destaque para a criação da Companhia de Desenvolvimento Tecnológico, a CODETEC, que em crise, foi extinta em 1995.

Em 1985 a CEME toma iniciativas no sentido de superar a crítica situação de inacessibilidade de milhões de brasileiros aos medicamentos essenciais. Apontava para a indústria nacional como principal fornecedora de medicamentos para a assistência farmacêutica pública, propondo estimular estas indústrias que ocupavam próximo a 20% do mercado brasileiro. Nesta ocasião o governo federal defendia a possibilidade de desenvolvimento tecnológico e o não reconhecimento de patentes de produtos e processos, como posição oficial de governo (Bermudez, 1995). Esta política propunha a universalização da Assistência Farmacêutica à população assistida pela rede governamental de saúde, a adequação do perfil da oferta interna de medicamentos ao aumento da participação da empresa nacional, a ampliação da produção interna de matérias-primas como meio de assegurar a capacidade do País em garantir o abastecimento de medicamentos essenciais e garantir a autonomia tecnológica e industrial das empresas de capital nacional. Note-se que a CEME até recentemente mantinha o espectro dos objetivos de sua criação, defendendo propostas que até hoje encontram eco entre aqueles que buscam alternativas para o setor.

Nos últimos anos foi desenvolvido o Programa de Assistência Farmacêutica iniciado em 1993. Este procurou integrar pela primeira vez ações visando estabilizar o mercado de medicamentos mediante intervenções nas estruturas de programação, produção, distribuição, infra-estrutura, vigilância sanitária, pesquisa e ações educativas. Destaca-se o decreto presidencial que naquele mesmo ano obrigava a indústria farmacêutica a destacar a denominação genérica em todos os medicamentos (Brasil, 1993), além de reforçar a necessidade da presença de profissionais farmacêuticos em todas as farmácias e a autorização de fracionamento de medicamentos mediante a garantia de qualidade dos mesmos. Desenvolve-se também neste período um acordo de produção com todos os laboratórios públicos e a retirada do mercado de associações irracionais de medicamentos, hepatoprotetores e anti-diarréicos (Bermudez & Possas, 1995).

Pilar importante do novo programa, o decreto dos genéricos não foi respeitado pela indústria, vindo a ser aprovada, após seis anos, a Lei 9.787, denominada Lei dos Genéricos. Esta lei de 10 de fevereiro de 1999 instituiu o medicamento genérico como aquele similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser com esse intercambiável, geralmente

produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos autorais de exclusividade comprovada a sua eficácia, segurança, qualidade e designado pela Denominação Comum Brasileira - DCB ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional - DCI (Brasil, 1999). Nos serviços públicos de saúde esta normativa disciplina as licitações, as compras, as prescrições e a dispensação, utilizando-se do nome genérico, o que contribui com o uso racional dos medicamentos. Esta política deve levar à redução dos custos dos medicamentos e à valorização dos profissionais farmacêuticos, se entendida como uma medida de saúde pública e não de mercado.

No último período, com a extinção da CEME, aliada a diversas medidas privatizantes e a desvinculação do Estado de suas funções em garantir a saúde, uma nova situação se apresenta. Evidencia-se a implementação de programas e ações de saúde pontuais, focalizados, que buscam apenas resolver problemas emergenciais, uma forte tendência de destinar o SUS aos pobres, seguindo orientação expressa no Relatório do Banco Mundial de 1993 (Coelho, 2001).

Em 1997 foi criado o Programa Farmácia Básica com objetivo de garantir o acesso aos medicamentos às populações dos municípios mais carentes do Brasil. Este programa buscava responder a uma grande demanda social que mantinha uma situação comprometedor de resolutividade do sistema de saúde, devido a ausência dos medicamentos básicos. Com um elenco de 40 medicamentos essenciais através de um módulo padrão para uma população de 3.000 habitantes e um período médio de três meses de uso. Por sua centralização e tendo como critério de seleção o número de habitantes, o programa levou a uma série de problemas na sua operacionalização.

A implementação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é apontada como um dos principais instrumentos para uma proposta de racionalização do uso de medicamentos no país. Esta deve ser atualizada e revisada periodicamente e pode atender atualmente 80% das necessidades de saúde da população. Em 1999 foi publicada, após dezesseis anos da última publicação, através da Portaria 507/GM, a nova e revisada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Brasil, 2001). Na perspectiva da garantia do uso racional dos medicamentos, a adoção da lista de medicamentos essenciais e a implementação da política de medicamentos genéricos são estratégias fundamentais para a garantia do acesso a estes medicamentos.

A Portaria nº 176/99 do MS estabeleceu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e os

recursos financeiros a serem aplicados pelas três esferas de governo (Brasil, 2001). No seu conjunto são destinados dois reais por habitante a cada ano, sendo 50% do valor de responsabilidade do gestor federal e no mínimo 25% do gestor estadual e 25% do gestor municipal. Os valores e a relação dos medicamentos básicos devem ser aprovados na Comissão Intergestores Bipartite Estadual - CIB. Esta relação deve conter necessariamente o elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para pactuação na atenção básica, que devem ser aprovados pela Comissão Intergestora Tripartite - CIT, conforme Portaria nº 16, de 14 de dezembro de 2000 (Brasil, 2001). Os estados e municípios deverão elaborar um Plano de Assistência Farmacêutica Básica, sendo que, para efeito do cálculo do montante dos recursos, deve ser considerada a população estimada para o ano de 1997 conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico – IBGE. Estes recursos são repassados fundo a fundo aos municípios habilitados conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS – 01/96, e estes tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica de saúde a sua população, integrando sua programação a do estado, no sentido de garantir o abastecimento.

Quanto aos recursos financeiros aplicados na Assistência Farmacêutica o Ministério da Saúde destinou 10% da sua programação orçamentária anual de 2000, a compra de medicamentos, um valor de R\$ 1.313.047,00 (Um bilhão trezentos e treze milhões e quarenta e sete mil reais) para atender os Programas Farmácia Básica, de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional, medicamentos essenciais à área de saúde mental e Programas estratégicos do Ministério da Saúde (Hanseníase, Tuberculose, AIDS, Diabetes, Hemoderivados e controle de Endemias). Estes recursos demonstraram ser insuficientes, deixando os municípios com a difícil tarefa de garantir o acesso aos medicamentos.

Apesar da Política Nacional de Medicamentos, anunciada através da Portaria 3.916/MS, estar sintonizada com as propostas da Organização Mundial da Saúde, esta não foi desenvolvida, inexistindo uma organização administrativa do Ministério da Saúde que responda efetivamente por sua execução.

De um ponto de vista epidemiológico nosso país vive uma situação de grande complexidade para o sistema de saúde, com sobreposição a uma mesma população de padrões de morbidade e mortalidade distintos. É freqüente um mesmo indivíduo apresentar patologias variadas, associadas às condições decorrentes do desenvolvimento e do subdesenvolvimento (Possas, 1989).

As importantes mudanças demográficas e epidemiológicas que se verificaram na

América Latina, assim como situações dos Sem Teto das grandes cidades e dos Sem Terra do campo, as condições de miserabilidade a que estão sujeitos, colocam também questões fundamentais para a saúde, invocando a necessidade das reformas urbana e agrária, que conduzam a uma distribuição equitativa da posse da terra no campo e na ocupação das cidades (OPAS, 2000).

Este quadro demonstra a necessidade de uma intervenção do poder público no sentido de garantir, através de sua rede pública assistencial, uma política de Saúde e de Assistência Farmacêutica capaz de gerar equidade frente a uma realidade complexa e de grandes dificuldades vivida pela população.

3 OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa é o de avaliar a **efetividade** dos serviços de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau quanto ao acesso e ao uso racional de medicamentos através da Portaria 3.916 / MS, associada ao estudo dos Indicadores de Uso de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde.

Os objetivos específicos são:

- a) descrever a organização dos serviços de assistência farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) verificar o cumprimento das atribuições do gestor municipal (Portaria 3.916/MS);
- c) determinar a capacidade do serviço em estudo em garantir o fornecimento de medicamentos prescritos;
- d) descrever as práticas terapêuticas dos profissionais da Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau.

4 METODOLOGIA

4.1 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A estratégia da pesquisa adotada é de estudo de caso. Nesta estratégia examina-se o conjunto das relações onde se intervem, pretendendo ser, portanto, sistêmica e busca realizar uma análise aprofundada do objeto. Para Hartz et al (1997) os estudos de caso estão indicados quando desejamos examinar o conjunto das relações que existem entre diferentes variáveis para compreender um fenômeno complexo, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando trabalhamos sobre uma problemática contemporânea.

Partiu-se do entendimento de que avaliar significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre um de seus componentes, e que uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação. Pode, por um lado, estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, tratando-se então de uma avaliação normativa. Por outro lado pode-se examinar, apoiado por um procedimento científico, a relação que existe entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se, então, de pesquisa avaliativa (Contandriopoulos et al., 1994).

As informações a respeito da organização dos serviços de Assistência Farmacêutica são frutos de observações de campo e da análise de informações primárias e secundárias obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde.

As unidades de análise foram os Serviços de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Saúde de Blumenau, quando verificamos o cumprimento da Portaria 3.916/MS e a Policlínica de Referência de Especialidades, quando aplicamos os Indicadores Seleccionados de Uso de Medicamentos da OMS.

Para a realização do cálculo dos Indicadores Seleccionados do Uso de Medicamentos da OMS utilizamos dados retrospectivos, representados por receitas de usuários que acorreram em busca de uma das especialidades médicas, e que destas decorreram em prescrição médica junto a Policlínica.

A Policlínica é um Ambulatório de Referência de Especialidades (ARE), da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau – SC, que no ano de 2000 realizou 75.254 consultas nas especialidades médicas de reumatologia, pneumologia, proctologia, otorrinologia, ortopedia, oncologia, oftalmologia, nutrição, neurologia, neuro-pediatria, neurocirurgia, nefrologia, ginecologia, gastrologia, endocrinologia, dermatologia, clínica

geral, cirurgia plástica, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, cárdio-pediatria, cardiologia e angiologia.

Já em seu relatório de 21 de dezembro de 2000 a 20 de dezembro de 2001 está registrada a realização de 83.844 consultas destas mesmas especialidades médicas, além de outros milhares de procedimentos de cirurgias, quimioterapia, consultas odontológicas, atendimentos de enfermagem, entre outros. Estes dados demonstram a grande capacidade de atendimento desta Unidade de Saúde, sendo seus serviços considerados de referência para o restante do sistema municipal de saúde e região da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí.

Os dados referentes às consultas médicas do período de 21 de dezembro de 2000 a 20 de dezembro de 2001 foram utilizados para efeito de definição da amostra e posterior cálculo dos Indicadores Seleccionados de Uso de Medicamentos.

A identidade de usuários e profissionais prescritores que aparecem nas receitas foi preservada por questões éticas. Todo material trabalhado foi devidamente devolvido à Direção Administrativa da Policlínica, que os mantém sob sua guarda.

A escolha desta Unidade de Saúde deve-se ao fato de haver dois profissionais farmacêuticos junto à Farmácia da Policlínica durante todo o horário de seu funcionamento. Até então, esta era a única Unidade da Secretaria de Saúde, onde encontramos profissionais farmacêuticos desenvolvendo atividades de Assistência Farmacêutica. Em maio de 2002 foi contratada uma profissional farmacêutica para atuar junto ao Centro de Atendimento Psicossocial e ao Hospital Dia.

De acordo com a revisão da literatura, particularmente no tocante à Assistência Farmacêutica, é essencial para uma avaliação consistente dos serviços de Assistência Farmacêutica a presença desses profissionais junto às Unidades de Saúde.

A população alvo em estudo são os usuários dos serviços de assistência à saúde da Policlínica.

A Policlínica foi intencionalmente escolhida, utilizando-se dos seguintes critérios:

- as estruturas de maior capacidade de atendimento, organização e produção de serviços;
- os centros de saúde com equipes multiprofissionais, inclusive farmacêutico, pelo menos em uma de suas unidades no período da coleta dos dados;
- apoio dos gerentes da unidade selecionada para concretização da coleta dos dados;

- organização dos serviços de assistência farmacêutica, particularmente no tocante ao registro (receitas) dos medicamentos dispensados.

As especialidades médicas relacionadas aos serviços voltados a saúde mental são desenvolvidas junto ao Centro de Atendimento Psico-social (CAPS) situado fora da Policlínica, não fazendo parte da proposta de pesquisa a análise de prescrições de medicamentos psicotrópicos.

A especialidade médica de infectologia é desenvolvida junto ao Hospital Dia que ocupa um espaço junto à Policlínica. Os medicamentos anti-retrovirais são dispensados através de receitas especiais. Estas receitas, e por conseqüências os medicamentos, não fizeram parte da amostra da pesquisa em função de que os mesmos são parte de programa do Governo Federal que fornece os medicamentos específicos. Foram consideradas outras receitas relacionadas a esta especialidade médica.

Para o cálculo dos indicadores de prescrição e de assistência ao paciente foram empregadas as segundas vias das receitas arquivadas junto à farmácia da Policlínica do ano de 2001, através da coleta de amostra representativa dos doze meses deste mesmo ano, uma vez que estas representam a primeira tentativa do usuário em conseguir os medicamentos prescritos. Destacando que os usuários podem ter acesso aos medicamentos em falta em uma segunda ou mais oportunidades, como verificado.

O delineamento experimental foi realizado por amostra aleatória simples com reposição. O número de prescrições avaliadas (receitas) corresponde a um pressuposto de 80% das consultas resultarem em prescrição de medicamentosa. Foi estimado um volume de 67.080 (sessenta e sete mil e oitenta) prescrições anuais, resultando em $n = 684$ (erro = 3,0%). Portanto foram estudadas 684 receitas médicas das especialidades já citadas. A análise estatística dos dados do delineamento experimental foi realizada segundo procedimento da estatística descritiva (Barbeta, 2001).

Para a realização do presente trabalho elegeu-se um conjunto de Indicadores de Uso de Medicamentos que permitisse alcançar os objetivos propostos e ao mesmo tempo exeqüíveis nas condições estruturais apresentadas para o seu desenvolvimento e metodologia adotada.

Foram eleitos e caracterizados os seguintes Indicadores Seleccionados de Uso de Medicamentos da OMS:

- **Indicadores de prescrição:**
 - número médio de medicamentos por consulta;

- porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico;
- porcentagem de medicamentos prescritos que constam na lista ou receituário de medicamentos padronizados;
- porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico;
- porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável;
- **Indicadores de assistência ao paciente:**
 - porcentagem de medicamentos realmente dispensados.

Para o cálculo dos indicadores foram consideradas todas as prescrições, com exceção das prescrições de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, que apesar de não estarem entre as terapêuticas oficialmente oferecidas, são desenvolvidas por alguns profissionais.

Quanto ao período escolhido, optou-se por uma amostra representativa dos doze meses, já que podem ocorrer influências de doenças sazonais no padrão da prescrição e de outras de cunho administrativo. Apesar de que a OMS considera que os prescritores tendem cada um a atuar de maneira coerente no tempo e a amostra demonstrar basicamente os mesmos resultados que outra que envolva um período mais amplo, optamos por este tipo de amostra por sua representatividade, abrangência e acuidade.

A distribuição quanto ao sexo dos pacientes a que se referiam as prescrições foi obtida pelo nome anotado na receita, não se utilizando os prontuários dos usuários.

Foram selecionadas todas as receitas correspondentes ao ano de 2001 que estavam arquivadas na Policlínica. Foram consideradas para efeito de composição da amostra as segundas vias das receitas emitidas por médicos desta unidade, já que a farmácia da Policlínica atende também receituário de outras unidades da rede de saúde municipal. Para esta seleção foi utilizada a lista oficial de médicos que atendem naquela unidade, descartando-se os demais.

As receitas foram separadas de acordo com os meses do ano em estudo. A partir deste procedimento coletou-se aleatoriamente e de forma proporcional uma amostra de cada mês para composição da amostra global, conforme metodologia e formulários (anexo 4. p. 101).

Conforme a metodologia utilizada, foram adotados alguns cuidados visando reduzir possíveis vieses ou bias no cálculo dos seguintes indicadores:

- **Indicadores de prescrição:**
 - porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico.

Para a definição de antibiótico foi considerada a 8ª lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde publicada pela Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (OMS, 1997) e a Relação Nacional de Medicamentos (Rename) de 2000, aprovada pela Portaria N.º 507/GM do Ministério da Saúde. A seguinte classificação corresponde à publicação da OMS acima citada:

6. Drogas Anti-infecciosas

6.2 Anti-bacterianos

6.2.1. Penicilinas

Amoxicilina

Ampicilina

Benzilpenicilina

Benzilpenicilina / benzatina

Benzilpenicilina / procaína

Cloxacilina

Fenoximetilpenicilina

6.2.2. Outros Antibacterianos:

Ácido nalidíxico

Ciprofloxacino

Clorafenicol

Doxicilina

Eritromicina

Espectinomicina

Gentamicina

Nitrofurantoina

Sulfamidina

Trimetropina

Sulfametoxazol + trimetropina

Medicamentos Complementares:

Clindamicina

Clorafenicol

Indicações restritas

Ceftriaxona

Ceftazidima

Vancomicina

13. Medicamentos dermatológicos

13.2. Medicamentos anti-infecciosos

Cloreto metilrosalínico (Violeta genciana)

Neomicina + Bacitracina

Sulfadiazina de Prata

2.1. Preparação oftalmológicas

2.1.1. Agentes anti-infecciosos

Gentamicina

Idoxuridina

Nitrato de prata

Tetraciclina

Conforme recomendado na Metodologia de Indicadores Seleccionados de Uso de Medicamentos em Serviços de Saúde da OMS, o metronidazol não está sendo considerado um antibiótico e sim um antiparasitário.

Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico - para serem considerados como medicamentos prescritos pelo nome genérico utilizou-se a DCB e na sua falta a DCI como preceitua a Lei dos Genéricos (Brasil, 1998). Conforme recomendação do Ministério da Saúde a Rename 2000 é referencial nacional para a consolidação do uso do nome genérico dos medicamentos na rede de serviços do SUS, para direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 2000).

Porcentagem de medicamentos prescritos que constam na lista de medicamentos padronizados - para cálculo deste indicador foi utilizada a Lista de Medicamentos Padronizados da Secretaria de Saúde de Blumenau ano 2001. Foi considerada como prescrição padronizada o medicamento recomendado na forma farmacêutica e dosagem determinada pela Lista de Medicamentos Padronizados, independente de ter sido prescrito pelo nome genérico ou comercial.

Indicadores de prescrição e de assistência ao paciente: porcentagem de medicamentos dispensados - o medicamento foi avaliado como entregue ao usuário, observando-se a presença de carimbo padronizado pela farmácia da Policlínica posto na receita ou outro carimbo que indicasse a manifestação do serviço de que o medicamento tenha sido dispensado.

4.2 CÁLCULO DOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO E DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

O uso de indicadores selecionados de medicamentos tem fornecido informações a respeito das práticas terapêuticas que por si só mostram parte da realidade dos serviços:

- número médio de medicamentos por consulta (receita): calculado pela divisão do número total de medicamentos prescritos pelo número de receitas utilizadas;

- porcentagem e medicamentos prescritos pelo nome genérico: calculado dividindo-se a soma do número total de medicamentos genéricos prescritos pelo número total de medicamentos prescritos, ao final multiplica-se o resultado por 100;

- porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um antibiótico: calculado pela soma do número de receitas em que foi prescrito ao menos um antibiótico, dividindo-se pelo número total de receitas e multiplicando-se por 100;

- porcentagem de consultas (receitas) em que se prescreve um injetável: calculado somando-se o número de receitas em que foi prescrito ao menos um injetável, dividindo-se pelo número total de receitas e multiplicando-se o resultado por 100;

- porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na Lista de Medicamentos Padronizados: calculado dividindo-se a soma do número total de medicamentos prescritos que figuram na Lista de Medicamentos Padronizados pelo número total de medicamentos prescritos multiplicando-se o resultado por 100;

- porcentagem de medicamentos dispensados: calculado ao dividir-se a soma do total de medicamentos fornecidos pela soma do total de medicamentos prescritos. Multiplica-se o resultado por 100.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nossa proposta consiste em questionar se os resultados alcançados correspondem aos objetivos a que a intervenção se propõe, de acordo com as concepções de avaliação adotadas em saúde.

A avaliação de uma intervenção e seus componentes tem com objetivo a tomada de decisões futuras a respeito do serviço em questão. Avaliamos tendo em conta os objetivos da intervenção, suas atribuições legais imputadas ao gestor e conferimos a concretização dos propósitos anunciados por este.

Nesta seção são apresentadas em primeiro lugar as características econômicas e sociais do município de Blumenau e a organização dos serviços de saúde, em particular os de Assistência Farmacêutica. Respondendo, portanto, as proposições do *objetivo geral* e os itens (a) e (b) dos *objetivos específicos*.

Em seguida são apresentados os resultados dos cálculos dos Indicadores de Uso de Medicamentos e as discussões e análises comparadas com outros trabalhos afins e sua contextualização. Respondendo desta forma aos itens (c) e (d) dos objetivos específicos nesta ordem. Apesar de não estar explícito nos objetivos do trabalho, consideramos importante desenvolver algumas considerações a respeito da cidade e de seu sistema de saúde como segue:

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU

O município de Blumenau possui um território de 531Km² situado na zona fisiográfica do Estado de Santa Catarina designada como “Bacia do Itajaí-Açu”. Está a 139 Km da capital do Estado, Florianópolis.

A economia de Blumenau está baseada na indústria têxtil, do vestuário, metalúrgica, de cristais, comércio, turismo e nas micro-empresas. O município tornou-se um imenso pólo têxtil. As fábricas de tecido empregam cerca de 40 mil trabalhadores. O setor de cristais vive uma forte crise com desemprego crescente. O município é o segundo em arrecadação de ICMS no Estado e possui um grande centro bancário.

Pela sua localização, população e infra-estrutura, Blumenau é considerada a principal cidade da microrregião dos Municípios do Médio Vale do Itajaí-Açu, exercendo assim grande influência nos demais municípios desta região, concentrando serviços de referência, inclusive na área da saúde.

A população total residente em 2001 foi estimada em 252.825 mil habitantes, sendo que 94,8% são moradores da área urbana.

Uma população caracterizadamente de operários fabris, em sua maior parte de têxteis. A grande massa destes trabalhadores percebe até dois salários mínimos, ou seja, R\$ 400,00. Na negociação coletiva fechada em 2002, relativa ao ano de 2001, o Sindicato dos Trabalhadores na Indústria de Fiação e Tecelagem reivindicava um piso salarial de R\$ 350,00, mas o acordo fechado definiu um piso salarial de R\$ 300,00.

Dados do Instituto de Pesquisas e Planejamento Urbano de Blumenau apontam que 48,3% da população economicamente ativa ganham até três salários mínimos e destes 30% até dois salários mínimos. Afirma ainda que 70% destes percebem até cinco salários mínimos (Blumenau, 2001). Podemos identificar uma estrutura social representada por um imenso fosso social, como bem afirmou Mario Testa a respeito da realidade latino-americana. Segundo dados oficiais, 70% da população da cidade de Blumenau percebe até cinco salários mínimos, o equivalente a 1 mil real, e 30% percebem até dois salários mínimos. Isto equivale a dizer que de uma população economicamente ativa de cento e quarenta mil pessoas, mais de quarenta e seis mil vivem com até R\$ 400,00. Vinte e um mil trabalhadores vivem com menos de 1 salário mínimo e dez mil trabalhadores não tem qualquer renda. A renda *per capita* de Blumenau em 2000 era de 7 mil dólares. Estas informações nos colocam diante de uma realidade que indica o grau de dificuldades que vivem os trabalhadores, influenciando diretamente na possibilidade de acesso ao mercado de medicamentos e sua conseqüente dependência dos serviços públicos de saúde. Devemos ressaltar que a grande maioria das empresas da cidade deixou de garantir convênios de saúde privada para seus funcionários, aumentando a demanda pelos serviços públicos.

A densidade demográfica é de 416.22 hab/km². Da população total, em 1991, os homens representam 49,1% e as mulheres 50,9%.

O Coeficiente de Mortalidade Geral para o ano de 2000 foi de 5/1000 habitantes. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) que foi de 22.6/1.000 nascidos vivos em 1995, baixou para 10,7/1000 nascidos vivos em 2000.

Entre as causas de óbitos, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas somam mais 60% do total de óbitos registrados nesse mesmo ano (Blumenau, 2001).

Blumenau se divide em classes sociais, com uma grande massa de trabalhadores que vendem sua mão de obra por valores que permitem, no máximo, a reprodução de sua existência. Uma vida de dificuldades, enfrentando jornadas de trabalho nunca inferiores às 44

horas semanais. De outro lado, uma pequena elite acumula a maior parte das riquezas produzidas na cidade.

No sentido de melhor caracterizar essa forma de organização social, K. Marx e F. Engels, em 1845, apresentaram premissas que consideramos atualíssimas:

A vida social é essencialmente prática. Todos os mistérios que seduzem a teoria para o misticismo encontram a sua solução racional na práxis humana e no compreender desta práxis (Marx, K., 1982).

As idéias da classe dominante são, em todas as épocas, as idéias dominantes, ou seja, a classe que é o poder material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, o poder espiritual dominante (Marx, K. & Engels, F., 1982).

A realidade da vida social, a forma como a sociedade está organizada e a divisão social do trabalho na cidade de Blumenau, caracterizam a lógica do sistema capitalista de produção, suas contradições econômicas e mazelas sociais. Segundo Freire (1970):

A realidade social, objetiva, que não existe por acaso, mas como produto da ação dos homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são os produtos da realidade e se esta, na “inversão da práxis”, se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, e tarefa dos homens (Freire, 1970).

As classes dominantes têm mantido seus pressupostos básicos de organização social, porém no aspecto político, as mentes e corações da maioria da classe trabalhadora que compõe a sociedade blumenauense migram para uma posição mais avançada, apesar das entidades sindicais representativas dos trabalhadores, que historicamente, em sua grande maioria na atualidade, têm defendido as principais teses das classes dominantes.

As contradições e contestações sempre existiram, mas mais recentemente, a partir da década de oitenta organizaram-se setores alternativos vinculados a alguns sindicatos e/ou ligados ao Partido dos Trabalhadores, que passaram a defender a idéia de um governo popular e disputaram o poder local. Estes setores conquistaram a prefeitura em 1996 com a candidatura de Décio Lima, que se reelegeu em 2000, com ampla maioria dos votos, apoiado por setores de centro, centro esquerda e do Partido Comunista do Brasil.

Na atualidade temos um governo municipal que não questiona os pressupostos

básicos da sociedade capitalista, mas que procura melhor administrar a cidade com ênfase nas áreas sociais, especificamente a assistência social, a educação e a saúde. Na prática não se desenvolve no seu conjunto um governo democrático e popular, que questiona os grandes interesses da burguesia local e a exploração da classe trabalhadora.

Mas, sem dúvida, nas condições de país capitalista dependente e subdesenvolvido, bem como caracterizou Mário Testa, este tipo de administração pode ser considerado como um pólo de resistência à implementação das políticas neoliberais, em especial quanto ao papel do Estado na aplicação das políticas públicas.

Nestas condições, os equipamentos sociais do Estado (Prefeitura) passam a ser de fundamental importância, no sentido de minimizar as péssimas condições de existência da maioria da população, agravadas na última década, e de avançar na democratização do poder. Estes equipamentos, para uma grande parte da população, são os que efetivamente têm garantido a reprodução da existência humana.

Neste aspecto, a atual administração municipal tem possibilitado a aplicação das propostas de movimento de reforma sanitária e a implementação do SUS, constituindo-se em uma experiência inovadora e um pólo de resistência às teses neoliberais para o setor de saúde.

Vale ressaltar a manifestação conjunta de gestores e usuários (Conselhos Regionais e Municipal de Saúde), publicado nos Plano Municipal de Saúde (2001-2004), quanto à ofensiva do projeto neoliberal em curso no país:

Para nos opormos, portanto, a esta ofensiva é preciso reconhecer as suas características e seguir lutando, seguir pensando e refletindo acerca de novas estratégias políticas de resistência, seguir sonhando com uma sociedade justa e democrática, que dê condições reais do exercício da cidadania; seja dialética na construção dos sujeitos; dê conta das necessidades básicas do desenvolvimento humano, respeitando o pluralismo de concepções; construa uma equidade social, através de um modelo de justiça social que garanta a participação efetiva de todos os cidadãos na distribuição das riquezas econômicas, culturais, sociais, políticas e educacionais (Blumenau, 2001).

Passamos a seguir à caracterização do sistema de saúde de Blumenau.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE BLUMENAU

O processo de implantação do SUS em Blumenau inicia-se a partir da implementa-

ção da Lei 8.080/90, através da criação, em 1991, do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (Ortiga, 1999). Em 1994 Blumenau atingiu a Gestão Semi-Plena, estando na época entre as dezesseis cidades brasileiras nesta situação, o que representou a transferência direta de recursos ao Fundo Municipal de Saúde, permitindo ao município uma maior autonomia na gestão dos serviços de saúde (Blumenau, 1998).

Em março de 1994, foi realizada a Primeira Conferência Municipal de Saúde, com a participação de 153 delegados. Tendo como tema “Promover Saúde, Promovendo Qualidade de Vida”, seus debates serviram de referência para a elaboração do Plano Municipal de Saúde (Blumenau, 1994).

Em junho 1996 é realizada a Segunda Conferência Municipal de Saúde, que seguiu a temática nacional “Saúde é qualidade de Vida”, com a participação de 209 delegados e a mobilização de 1.022 pessoas. Representou um momento de ampliação da participação da sociedade, avançando no controle social e na construção do modelo de atenção à saúde. Nesta mesma oportunidade foi organizada a Terceira Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador (Blumenau, 1996).

A Terceira Conferência Municipal de Saúde ocorreu em agosto de 1998, tendo como tema “Defendendo Saúde, Construindo Responsabilidades”, com a participação de aproximadamente 600 pessoas e tendo mobilizado mais de 1.100 nos encontros preparatórios. Nesta, buscou-se a implementação de um modelo de atenção integral à saúde (Blumenau, 1998).

A Quarta Conferência Municipal de Saúde ocorreu no período de 30 de junho a 1 de julho de 2000 com o tema “Efetivando o Controle Social do SUS”, com ênfase para a implementação dos conselhos regionais e locais de saúde, buscando a participação da sociedade na construção do SUS. Esta contou com a presença de 300 pessoas e de 1.892 participantes em 50 pré-conferências (Blumenau, 2000). Nesta quarta conferência foi aprovado, entre outras propostas correlatas, **“Garantir o acesso à medicação a todos os usuários do SUS”**.

A Quinta Conferência Municipal de Saúde deverá ser realizada em 2002, com o tema “Mudança do Modelo Assistencial”.

O município está habilitado atualmente na Gestão Plena do Sistema, conforme NOB-96, na qual a Secretaria de Saúde da Prefeitura de Blumenau é a gestora de todos os serviços contratados e conveniados do SUS.

A rede ambulatorial municipal é composta por uma Policlínica de Referência

de Especialidades; um Hospital Dia, especializado no tratamento da AIDS; seis Ambulatórios Gerais, com especialidades básicas; vinte e oito Postos de Saúde, destes, vinte e três são Unidades de Saúde da Família (PSF); um Ambulatório Universitário (FURB); e 27 Unidades de Saúde Bucal, localizadas em escolas municipais e centros de Educação Infantil; uma Escola Técnica de Saúde; um Laboratório de Análises Clínicas próprio e nove laboratórios privados conveniados ao SUS; um Laboratório de Citopatologia; um Ambulatório de Referência em Psicologia e Fonoaudiologia Infantil; um Ambulatório de Referência de Saúde do Trabalhador e de Fiscalização de Ambiente do Trabalho (CEREST); Serviço de Quimioterapia e Serviço de Tratamento de Fissuras Labiopalatais. A rede hospitalar é composta por quatro hospitais privados e conveniados, em diferentes graus, ao SUS (Blumenau, 2001).

A Secretaria Municipal de Saúde tem buscado garantir ao cidadão o direito de acesso aos serviços de saúde, buscando estruturar uma rede de serviços voltados à atenção primária. O Programa Saúde da Família é a principal estratégia neste sentido. Podemos observar na estrutura física, administrativa, de recursos humanos, nas propostas de trabalho, nos debates em torno do modelo de gestão, que a atual direção da Secretaria de Saúde possui compromissos com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e vem buscando construir uma alternativa ao modelo médico assistencial dominante na sociedade brasileira (Blumenau, 2001).

Devemos ressaltar que a Prefeitura Municipal de Blumenau investiu através da Secretaria Municipal de Saúde um montante de 21,778 milhões de reais de recursos próprios, aplicados em ações e serviços de saúde, correspondendo a 18,86% de receita de impostos, vinculada conforme a Emenda Constitucional-2000 (Brasil, 2001).

Verificaremos a seguir se a existência destes investimentos em saúde, que estão além das proposições legais para o setor, reflete na organização dos serviços de Assistência Farmacêutica.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE BLUMENAU

A Quarta Conferência Municipal de Saúde de Blumenau, realizada em junho/julho de 2000, aprovou a seguinte proposta de Política de Medicamentos:

- organizar a compra de medicamentos de acordo com as necessidades de cada

local;

- efetivar a farmácia de manipulação de medicamentos, inclusive homeopáticos e fitoterápicos;
- garantir medicamentos para oncologia, cardiologia, diabetes, doenças renais crônicas, hipertensão, aids e usuários do CAPS;
- garantir acesso à medicação a todos os usuários do SUS;
- garantir medicamentos de uso contínuo sem interrupção, com cadastro específico, para hipertensos, diabéticos e transplantados;
- prover medicamentos para tratar as infecções urinárias e outros específicos, que acometem os deficientes físicos, transplantados e pacientes renais crônicos;
- garantir insulina em suas diversas apresentações para os diabéticos;
- ampliar e disponibilizar os itens de medicamentos da farmácia básica em todas as Unidades de Saúde.

Nessa Conferência Municipal de Saúde a questão dos medicamentos foi pontuada como uma política de medicamentos e revelou uma série de problemas relacionados com o acesso aos medicamentos, e aponta no sentido de atender a um conjunto de demandas.

São questões que identificam as deficiências enfrentadas pelo sistema de saúde, relacionadas à Assistência Farmacêutica, e propõem a garantia de acesso à medicação a todos os usuários do SUS. Não encontramos, além desta referência, um outro documento oficial que expusesse uma proposta de política de Assistência Farmacêutica ou de Política de Medicamentos para o Sistema Municipal de Saúde, inclusive na proposta do Plano Municipal de Saúde, que será discutida na próxima Conferência Municipal, prevista para 2002.

Não obstante, podemos observar junto aos gestores municipal, uma preocupação em garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, e a busca em construir uma racionalidade técnica e econômica que veremos estar relacionadas principalmente com a seleção e Padronização de Medicamentos (essenciais). O montante financeiro investido na compra de medicamentos e as atividades administrativas e gerenciais reforçam esta visão. Vamos poder verificar, portanto, um propósito claro em garantir o acesso dos usuários aos medicamentos.

Esta proposta, porém, não está sistematizada através de um Plano ou uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica, que contemple questões referentes ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica relacionadas à estrutura, ao processo de trabalho, aos recursos

humanos e ao uso dos medicamentos de forma planejada e estratégica. Como nos referimos anteriormente, não existe outra proposta, além da apresentada na Quarta Conferência Municipal de Saúde. Vamos descrever e refletir a respeito dos dados, documentos e observações dos serviços.

Em nossa avaliação é visível a conformação de uma estrutura que pode ser caracterizada como sendo uma “intervenção” do gestor municipal no sentido de organizar de forma política e administrativa o setor de Assistência Farmacêutica. Estes e outros aspectos, que serão abordados mais adiante, buscam contemplar a aferição de questões fundamentais relacionadas à Política de Medicamentos descrita na Portaria 3.916/MS, dos *objetivos específicos*.

Trata-se saber em que medida os recursos são empregados de modo adequados para atingir os resultados esperados (Contandriopoulos, et al 2000). Os autores citados ainda consideram necessário verificar se a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade, e se, os recursos, são suficientes.

Vamos procurar na avaliação dos serviços abordar questões relacionadas à administração, à programação e ao planejamento. O enfoque sistêmico, também conhecido como funcionalista, desenvolve a avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento de uma intervenção analisando a estrutura, o processo e os resultados dessa intervenção.

O enfoque sistêmico, mesmo correndo o risco de simplificar demais as situações complexas, tem a vantagem de colaborar na descrição da situação de saúde, apresentando, no entanto, dificuldades em explicá-las (Paim, 1994). Vamos procurar descrever a situação atual da organização destes serviços com base neste enfoque, sem, no entanto, limitar-se ao mesmo, para que possamos realizar a crítica com base na proposta da pesquisa, ou seja, levando em consideração aspectos quantitativos e qualitativos à luz do contexto social.

Entendemos que a administração deve executar ações de planejamento, organização, direção e avaliação. E que administrar tem como objetos os recursos humanos, materiais, financeiros e informações. Já o propósito da organização vai estar vinculado às concepções dos gestores a respeito da saúde pública e da sociedade como um todo.

Partindo da concepção de que a Assistência Farmacêutica é um componente da Política de Medicamentos e um Subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se imprescindível sua definição, organização e estruturação nos diversos níveis de atenção à saúde, no marco da transformação do novo modelo assistencial de vigilância em saúde (Carlos & Gurgel, 1998). Vamos iniciar com a estrutura organizacional, física, instalação

e de recursos humanos.

A organização dos serviços segue a lógica da comumente apresentada como “Ciclo da Assistência Farmacêutica”, que inicia com a seleção, e cumpre as etapas de programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização dos medicamentos, contemplando aspectos gerenciais e de informação. Este ciclo logístico foi descrito no item 2.3 deste trabalho e serve de referência para nossa discussão.

Os Serviços de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde estão vinculados à Divisão de Materiais da Superintendência Administrativa e Financeira e não fazem parte do organograma administrativo oficial da Secretaria de Saúde, apesar de estar tramitando uma proposta de criação da Divisão de Assistência Farmacêutica e Apoio ao Diagnóstico.

Ao nosso ver, esta forma de organização tende a reforçar a reprodução do modelo médico assistencial que estimula o consumo de insumos (medicalização) sem uma análise crítica de sua utilização. Esta questão deve ser tratada no conjunto do sistema de saúde, já que as demandas por medicamentos estão associadas a um conjunto de fatores, como aponta o estudo a respeito dos hábitos de prescrição de médicos no Peru. Lá se constatou, por exemplo, que a formação nas escolas de medicina pouco influencia as práticas prescritivas e que a propaganda dos laboratórios farmacêuticos é a fonte mais importante na contribuição para o uso irracional (Cárdenas & Isenrich, 1995).

Na Secretaria Municipal de Blumenau a organização dos serviços de Assistência Farmacêutica tem seu núcleo administrativo junto ao almoxarifado central de medicamentos (Anexo 6), que é um anexo do almoxarifado central de materiais, este último subordinado à Divisão de Materiais da Superintendência Administrativa e Financeira desta Secretaria. Várias ações relacionadas à administração da Assistência Farmacêutica estão apoiadas no setor de administração e finanças da secretaria. São atividades que envolvem a operacionalização das licitações e aquisição dos medicamentos, dentre outras.

A farmacêutica responsável pela coordenação dos serviços de Assistência Farmacêutica atua junto ao almoxarifado no período da manhã e complementa sua atuação na farmácia da Policlínica no período vespertino. Neste almoxarifado temos um único operador administrativo que auxilia na tarefa de recepção, armazenamento e distribuição dos medicamentos nos dois períodos do dia.

O almoxarifado central utiliza-se de prateleiras de aço e o ambiente é climatizado.

O espaço físico é inadequado, deixando boa parte dos medicamentos acondiciona-

dos na própria caixa de papelão originária da indústria, junto ao piso, sem o uso de pellets. Pode-se afirmar que em certos momentos, principalmente na chegada de medicamentos, o espaço limitado compromete em muito as funções administrativas. Neste aspecto fica em parte prejudicado o cumprimento da Portaria 3.916/MS, que atribui aos municípios investirem na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e nas farmácias dos serviços de saúde visando assegurar a qualidade dos medicamentos, assim como receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda (itens 7 e 8 da referida Portaria).

O armazenamento junto ao almoxarifado central e à farmácia da Policlínica é organizado com base no sistema ABC, tendo como referência a denominação genérica do medicamento. O item almoxarifado central e as condições de armazenamento dos medicamentos junto às Unidades de Saúde podem estar comprometendo em muito a qualidade dos medicamentos. A temperatura elevada a que estão submetidos os medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios Gerais, principalmente no verão, é um aspecto relevante que deve ser tratado com urgência pelo serviço, já que Blumenau caracteriza-se por um clima muito quente e úmido.

A Farmácia da Policlínica (Anexo 5) pode ser caracterizada como uma verdadeira Central Farmacêutica, pela diversidade e quantidade de medicamentos. Além dos pacientes atendidos pela Policlínica, esta Farmácia atende receitas do restante da rede e prescrições oriundas do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e do programa dirigido aos usuários HIV soro positivo. Sua área física, os recursos humanos e administrativos a diferenciam da realidade da maioria das farmácias das unidades de saúde e do almoxarifado central de medicamentos, que são avaliados como precários (Gráfico 2).

Temos ainda Unidades Farmacêuticas (Farmácias) nos Ambulatórios Gerais (AG), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF), onde encontramos todos os medicamentos padronizados considerados básicos. Nestas unidades o controle de estoque, armazenamento e a dispensação dos medicamentos são precários, não contando com profissionais farmacêuticos. A Secretaria de Saúde não cumpre uma das responsabilidades legais de competência municipal da Portaria MS 3.916/98 que se refere à dispensação adequada de medicamentos (Gráfico 2). A dispensação dos medicamentos, na maioria das vezes é realizada por auxiliares de enfermagem, operadores administrativos e outros, que não possuem qualificação dirigida ao desenvolvimento da Assistência Farmacêutica. As condições estruturais e administrativas contribuem para uma avaliação negativa desses serviços, particularmente as do almoxarifado central e as das farmácias dos Ambulatórios Gerais

Unidades Básicas de Saúde.

Observa-se, no entanto, um movimento que inserido no processo de intensos debates e de mudanças do Sistema de Saúde da cidade de Blumenau, indica modificações na estrutura da Assistência Farmacêutica, que busca coerência com as propostas do SUS. A reestruturação das instalações físicas das Unidades de Saúde, com a construção de novos Ambulatórios Gerais, reformas de Unidades Básicas em substituição às antigas tendem a diminuir este problema.

Destaca-se a reforma das instalações do Hospital Dia e a contratação de uma farmacêutica, com o propósito de desenvolver um trabalho associado à equipe multidisciplinar desta unidade de saúde. Esta profissional também desempenha suas atividades junto Centro de Atendimento Psico-Social (CAPS) que deverá alocar uma farmácia de especialidades farmacêuticas destinada ao atendimento do programa de saúde mental e demais medicamentos constantes da Portaria 344/MS, constituindo-se em uma nova farmácia especializada. Esta é uma iniciativa do gestor municipal em relação a dispensação adequada dos medicamentos e uso racional dos mesmos.

Devemos destacar ainda que a Farmácia da Policlínica alcançou um grau maior de organização no que se refere ao controle de estoque, armazenamento e dispensação dos medicamentos. Recentemente esta farmácia teve seu espaço ampliado, possibilitando um melhor desempenho profissional dos trabalhadores e no atendimento aos usuários que fazem uso de medicamentos de alto custo, para saúde mental, anti-retrovirais e demais medicamentos da Lista Padronizada. É relevante, como afirmamos anteriormente, destacar a contratação de uma terceira profissional farmacêutica para atuar junto ao CAPS e Hospital Dia, e desta forma descentralizar a dispensação dos medicamentos correlacionados a estas áreas, atualmente junto à Farmácia da Policlínica.

Os Gráficos 1 e 2 apresentam os Serviços de Assistência Farmacêutica do ponto de vista da presença de profissionais farmacêuticos e da estrutura física das farmácias. Trata-se de um levantamento realizado com o apoio do Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde, aplicando o Roteiro de Inspeção da Resolução 328/99 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 1999).

GRÁFICO 1 - PRESENÇA DO FARMACÊUTICO NAS FARMÁCIAS DE TRINTA E OITO UNIDADES DE SAÚDE/SEMUS DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001

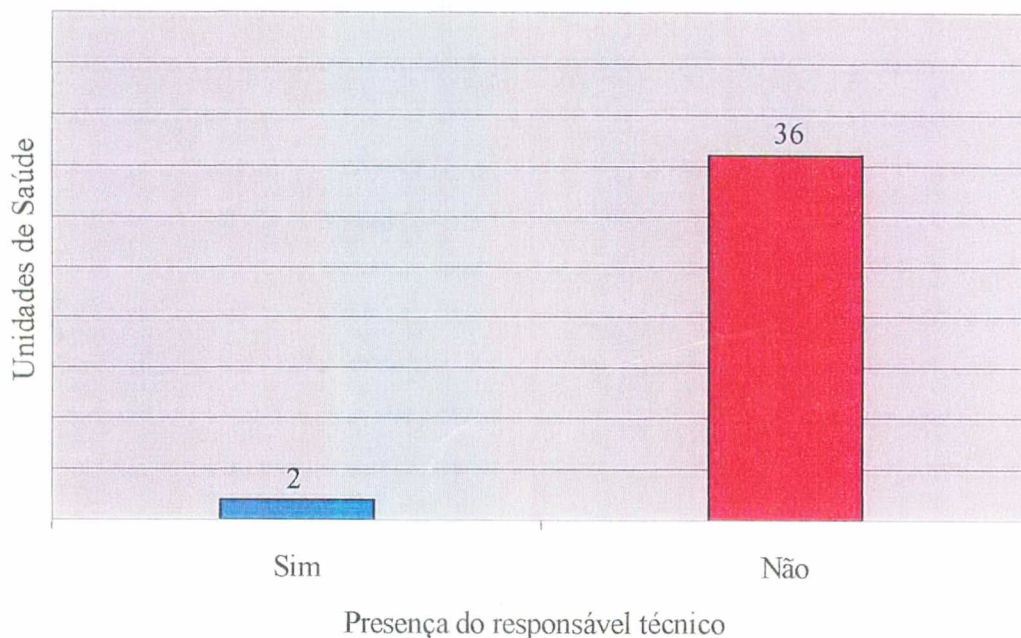
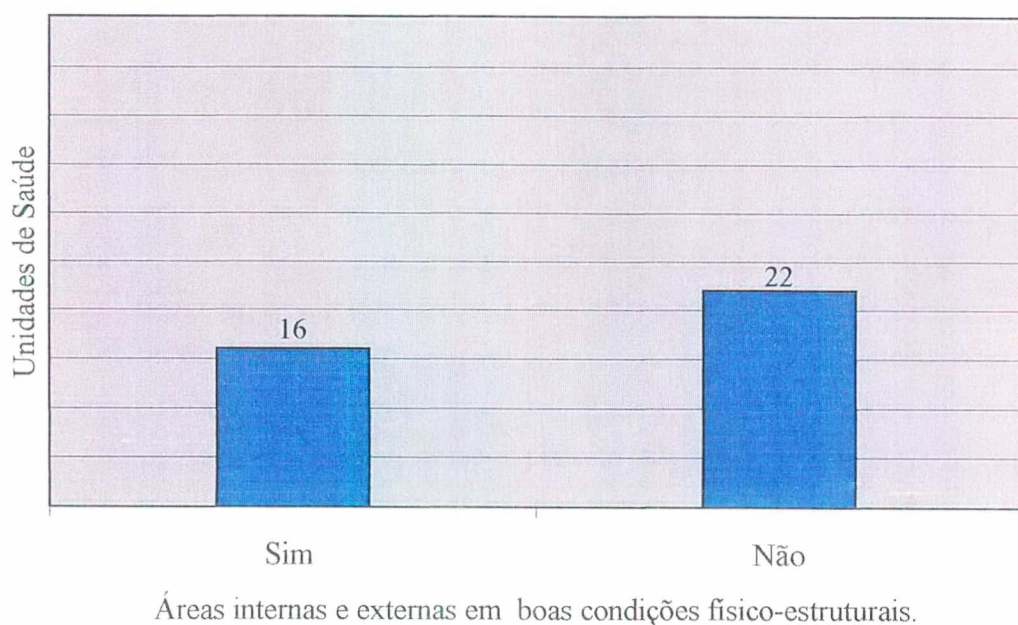


GRÁFICO 2 - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DAS FARMÁCIAS DE TRINTA E OITO UNIDADES DE SAÚDE / SEMUS DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001



Deste roteiro foram destacadas as seguintes questões relacionadas a recursos humanos e estrutura física:

- O responsável técnico está presente? (Gráfico 1);
- As áreas internas e externas estão em boas condições físico-estruturais? (Gráfico 2).

Quanto aos recursos financeiros efetivamente empregados com a aquisição de medicamentos apresentamos os dados da Tabela 1. Esta apresenta os valores gastos na aquisição de medicamentos nos anos de 2000 (SEMUS, 2000) e 2001 (SEMUS 2001), para que possamos verificar se houve um maior investimento do município na Assistência Farmacêutica, tendo como referência o ano de 2001 em estudo.

TABELA 1 - VALORES GASTOS NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS SEMUS/FMS/PMB NOS ANOS DE 2000 E 2001

VALORES GASTOS		
Medicamentos	Ano 2000 Investimento R\$	Ano de 2001 Investimento R\$
Básicos	1.170. 886,66	1.226. 719,27
Quimioterápicos	588.668,78	683.716,14
AIDS (complementares)	13.889,34	37.286,74
Total R\$	1.758. 555,44	1.947. 722,15

Fonte: SEMUS/FMS/PMB

O investimento de recursos financeiros, segundo a Política Municipal de Medicamentos, tem o sentido de garantir o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos essenciais, aos medicamentos quimioterápicos e a outros medicamentos que não constem na lista. Este investimento é feito após uma avaliação dos gastos do ano anterior, corrigindo-se a inflação do período, o que inclui os reajustes dos medicamentos e a projeção de aumento da demanda, que se vem considerando no mínimo de 10% ao ano.

No ano 2001 houve um incremento da ordem aproximadamente de 10% em relação ao volume de recursos aplicados em 2000.

Agora, para avaliarmos o incremento em um período maior de tempo, vamos

apresentar o valor investido em medicamentos no ano de 1998.

Nesse ano foram investidos R\$ 890 mil. Este foi o segundo ano de mandato do atual governo da Frente Popular, atualmente na metade do seu segundo mandato consecutivo. Observamos um incremento de mais de R\$ 1,057 milhão de reais em relação ao ano de 2001. Ou seja, um incremento 120%.

Avaliando pelos parâmetros da Política de Assistência Farmacêutica do Governo Federal, que preconiza no mínimo R\$ 2,00 (dois reais) por habitante/ano, sendo R\$ 1,00 (um real) do Governo Federal, R\$ 0,50 (cinquenta centavos) do Governo Estadual e R\$ 0,50 (cinquenta centavos) do Governo Municipal.

Considerando a população de Blumenau de 2001 em 263 mil habitantes, quando dividimos o montante investido em medicamento no ano de 2001, teremos um valor de R\$ 7,41 (sete reais e quarenta e um centavos) por habitante/ano.

Subtraindo os R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos), referentes ao repasse do governo federal e estadual, teremos R\$ 5,91 (cinco reais e noventa e um centavos) por habitante/ano no ano de 2001, conforme os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, através do documento denominado Execução Financeira e Orçamentária de dezembro de 2001. Vale ressaltar que a Prefeitura Municipal de Blumenau investe atualmente 18,86% de seu orçamento próprio em saúde.

O gestor municipal demonstra o cumprimento das atribuições relacionadas à aquisição, adquirindo além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais de sua responsabilidade, segundo suas atribuições indicadas na Portaria nº 3.916/MS. Neste aspecto fica observado o item (b) dos objetivos específicos e o objetivo geral.

Com as considerações do texto e os resultados das Tabela 1 e Gráficos 1 e 2 avaliamos o nível de cumprimento pelo gestor municipal da Portaria 3.916/MS, que responde ao item (a) e (b) dos objetivos específicos do presente trabalho.

Na seqüência procuramos desenvolver aspectos relacionados aos recursos humanos (estrutura) e aspectos técnicos das atividades desenvolvidas relacionadas ao processo administrativo.

Quanto aos recursos humanos, com exceção da farmácia da Policlínica e mais recentemente CAPS, Hospital Dia, Ambulatório do Centro e almoxarifado de medicamentos, todas as outras unidades de saúde não contam com a presença de profissionais farmacêuticos (Gráfico 1), havendo apenas estas quatro (4) farmácias nestes locais, o que

contra -ria a Portaria 3916/MS (item 2), no que se refere a dispensação adequada de medicamentos.

Na farmácia da Policlínica uma segunda profissional farmacêutica desenvolve suas atividades durante seis horas no período matutino. Além das duas farmacêuticas, a farmácia da Policlínica conta com cinco operadores administrativos, que além das tarefas administrativas, fazem a dispensação dos medicamentos.

A profissional farmacêutica que atua no almoxarifado central e na Policlínica tem se responsabilizado por todas as etapas do processo, que se inicia com a seleção dos medicamentos a serem adquiridos através da definição da Relação Municipal de Medicamentos Padronizados. Pode-se concluir que as tarefas estão sobrepostas para esta coordenação, havendo a necessidade de incorporação imediata de novos farmacêuticos.

A seleção de medicamentos, tanto de 2001 (Anexo2), como de 2002 (Anexo 3), foi construída através de um processo com um número muito restrito de profissionais, que se reuniram ao fim de cada ano para discutir a listagem.

Apesar do pouco envolvimento dos profissionais, as discussões realizadas no ano de 2001, que resultaram na lista de 2002, fazem parte de um processo que tem buscado a organização destes serviços. Como resultado imediato foi o projeto gráfico da nova Lista de Medicamentos Padronizados em um formato que garante maior durabilidade e visibilidade. As listas foram distribuídas a todas unidades de saúde, o que já vinha ocorrendo com as listas anteriores.

A tônica na elaboração desta nova lista foi o custo-benefício, definindo de uma quantidade de produtos que representasse as reais necessidades identificadas nos últimos períodos, incorporando também um conjunto de medicamentos que estavam sendo fornecidos, apesar de não fazerem parte da relação de 2001, fruto de anotações realizadas durante o período.

Este processo de seleção é resultado da experiência dos profissionais envolvidos (médicos e farmacêuticos) e abordam os seguintes critérios aprovados na Portaria N.º 507/GM (Brasil, 2000):

- a) melhor conhecido com respeito a suas vantagens e limitações, eficazes e efetivos;
- b) clinicamente apropriado para o tratamento de mais de uma enfermidade;
- c) de propriedade farmacocinéticas mais favoráveis, que permitam comodidade na administração, resultando em maior adesão ao tratamento;

- d) de formas farmacêuticas diversas que facilitem a dispensação pelos integrantes da equipe de saúde e que tenham administração fácil e segura ao usuário.

Estes são fatores importantes que indicam uma fase consistente de busca de racionalidade no uso dos medicamentos com a adoção e aprimoramento da Relação Municipal de Medicamentos Padronizados, o que responde a duas importantes atribuições do gestor municipal itens (1) e (3) da Portaria 3.916/MS. A coerência ou não da lista de medicamentos de 2001 com os critérios acima apontados demanda um estudo aprofundado de cada item desta.

Quanto ao aspecto da informação a respeito dos medicamentos, podemos afirmar que existe apenas este trabalho desenvolvido em torno da definição e atualização da lista municipal de medicamentos essenciais.

Quanto ao aspecto da programação iniciamos com algumas considerações preliminares. Compreende-se por “lógica de programação” um conjunto de relações que estabelecem vínculos entre si mais ou menos permanentes e entre os diversos componentes (processos e objetos materiais) que fazem parte da análise e da formulação programática, de acordo com o nível em que se realize o processamento correspondente (Testa, 1995).

Será preciso examinar o objeto (medicamento) enquanto tal, como materialidade, mas também a sua função e as formas de sua administração, segundo o nível do qual é analisado e administrado. No nível local se realiza a dupla função de administrar e prestar o serviço, enquanto no nível central apenas se administra (Testa, 1995).

A programação anual da Assistência Farmacêutica é realizada com base no Programa Informatizado CM-4.0, onde ficam armazenadas as entradas e saídas dos medicamentos e é alimentado através do registro de notas fiscais e dos pedidos ou solicitações das unidades de saúde por documento padronizado (Solicitação Interna de Materiais e Serviços), que faz uma média do consumo anual. A programação mensal é feita com base na estimativa de consumo das solicitações das Unidades de Saúde. Estas informam seu estoque no mês e o pedido para o próximo período. A programação não leva em consideração a demanda não atendida, mas o aumento da demanda por medicamentos resultante da ampliação dos serviços de saúde.

O aspecto da demanda não atendida pelos serviços de saúde, ou seja, dos medicamentos que não são oferecidos, ou que são, mas não na quantidade adequada, carece da existência e/ou desenvolvimento das etapas de controle e avaliação.

Muitas das demandas não atendidas são anotadas no dia a dia da farmácia,

principalmente da Policlínica, onde o contato dos médicos com as profissionais farmacêuticas acontecem com frequência, o que contribui concretamente com o aperfeiçoamento do processo de seleção de medicamentos.

Em outro aspecto, os medicamentos, se considerado a sua condição de durabilidade, são classificados como insumos perecíveis não reutilizáveis e/ou duráveis não reutilizáveis. Esta classificação de Mario Testa, que indica também a forma de manipulação dos insumos, coloca-nos a necessidade de organizar os processos e formas de organização do nível local compatíveis com sua classificação. Ou seja, este nível deve conhecer sua materialidade, suas características enquanto objeto para sua adequada manipulação (Testa, 1995). Neste particular os medicamentos são considerados insumos finais para a atenção de saúde e requerem um duplo manejo administrativo, ou seja, quando se trata de sua obtenção, armazenamento e fornecimento oportuno (administrativo) e para a sua utilização final na realização do serviço (assistencial).

No que se refere às aquisições de medicamentos estas são executadas pela Divisão de Compra da Superintendência de Administração e Finanças da Secretaria de Saúde. Nesta está situado o setor de convênios responsável por organizar e executar os processos de licitações, inclusive os de medicamentos, que acontecem sempre no mês de janeiro. Os medicamentos são adquiridos mediante processo de licitação de acordo com a LEI 8.666 (Brasil, 1993), sendo que atualmente a Secretaria Municipal de Saúde não possui qualquer convênio com laboratórios farmacêuticos governamentais. Registra-se que em 2000 a secretaria assinou um convênio com a Fundação para o Remédio Popular (FURP), mas que o mesmo não se concretizou por problemas de abastecimento e preços. Neste aspecto fica prejudicada a proposição da Portaria 3.916/MS de utilizar prioritariamente a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município (item f) da referida Portaria.

Avaliamos que, com a descentralização do financiamento da Assistência Farmacêutica, os laboratórios oficiais ligados aos governos estaduais estão empenhados em suprir as demandas dos municípios vinculados a seus respectivos estados, e o Laboratório Farmacêutico do Estado de Santa Catarina (LAFESC) não têm capacidade para atender a esta demanda, o que inviabiliza ao município cumprir com o item (6) da Portaria 3.916/MS. No caso do LAFESC, este está há muito tempo limitado em sua capacidade operativa, o que prejudica o suprimento regular dos municípios. Em maio deste ano o laboratório foi reformulado com a expectativa de elevar sua produção de comprimidos/mês.

Atualmente fabrica medicamentos voltados a diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outros.

Os laboratórios nacionais privados são os maiores fornecedores, com destaque para as indústrias TEUTO, SANVAL, EMS, CRISTÁLIA e EUROFARMA. Dentre os laboratórios multinacionais destaca-se o LABORATÓRIO SCHERING DO BRASIL, que fornecedor de medicamentos contraceptivos. Os laboratórios são fornecedores diretos, existindo algumas poucas distribuidoras que fornecem medicamentos de laboratórios não participantes das licitações.

Algumas especialidades farmacêuticas são advindas do LAFESC, como os antihipertensivos e hipoglicemiantes, sem que o município possa depender deste laboratório para atender sua demanda.

A Secretaria Municipal de Saúde recebe os medicamentos de alto custo (antineoplásicos, imuno-supressores, etc.) e do Programa de Saúde Mental, que são fornecidos mediante protocolo. O município recebe diretamente do Ministério da Saúde os medicamentos dos programas de dermatologia, pneumologia sanitária, hemoderivados, AIDS, Imunobiológicos, Farmácia Popular do PSF, etc.

As aquisições da Secretaria Municipal respeitam a uma programação com base em séries históricas de consumo, muito especialmente a do ano anterior a nova programação e o resultado da revisão anual da lista municipal.

Todos os medicamentos são recebidos e armazenados junto ao Almoxarifado Central de Medicamentos e distribuídos às Unidades de Saúde mediante solicitações mensais.

As aquisições são realizadas levando em conta à denominação genérica do produto, com base nas denominações descritas na RENAME. No recebimento os medicamentos são conferidos de acordo com as especificações da nota fiscal de compra.

O que se espera de um medicamento é que tenha preservado sua ação farmacológica e que a toxicidade da formulação mantenha-se em níveis aceitáveis. Considera-se que a estabilidade da formulação dependa tanto do fármaco *per se*, quanto dos excipientes utilizados em sua formulação, assim como da interação entre estes face às condições intrínsecas e extrínsecas a que estão submetidas (Luiza et al, 1999). Se as condições intrínsecas são de responsabilidade do fabricante, as extrínsecas relacionam-se com as condições ambientais, de luminosidade, umidade e temperatura (armazenamento).

A distribuição dos medicamentos é realizada com a emissão de documento padrão de transferência entre almoxarifados, que deve voltar assinado pelo responsável pela Unidade

de Saúde receptora. Neste aspecto não são observadas as condições de transporte, não existindo um veículo apropriado para tal tarefa e os motoristas não são qualificados e capacitados quanto à natureza do material que transportam e o seu manuseio correto.

A dispensação de medicamentos nas Unidades é efetuada somente com a apresentação de receituário médico ou odontológico da rede municipal ou ainda se proveniente de serviços conveniados, como é o caso de sindicatos de trabalhadores. Está convencionado que a segunda via da receita fique retida, anotando-se na mesma, através de carimbo da unidade, quais os medicamentos que foram efetivamente dispensados. Os usuários podem retornar com uma cópia da receita e retirar os medicamentos que por ventura não tenham sido dispensados na primeira oportunidade em que se buscou acessar o medicamento, não sendo raro tal procedimento, como ficou evidenciado no estudo das prescrições médicas junto à Policlínica, desenvolvido neste trabalho.

Em linhas gerais destacamos como problemas da Assistência Farmacêutica a sua ausência da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e aspectos da infraestrutura relacionados a área física, instalações, equipamentos, acessórios e de recursos humanos, notadamente os farmacêuticos.

Passamos a seguir a discussão das práticas prescritivas dos profissionais da policlínica.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DOS INDICADORES DE PRESCRIÇÃO E DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

As receitas estudadas encontram-se depositadas junto a uma sala juntamente com outros documentos e relatórios de serviço da Policlínica disposta em caixas de papelão com receitas na sua maioria do mesmo mês de dispensação, ou de meses seqüenciais o que facilitou o trabalho de coleta do conjunto das receitas do ano em estudo. O estado de conservação das receitas pode ser considerado excelente. Constatamos a existência de uma grande quantidade de receitas de outras Unidades de Saúde da Secretaria Municipal, principalmente do Ambulatório da Fundação Universidade da Região de Blumenau (FURB) e Hospital Santo Antônio (conveniado ao SUS) que foram dispensadas na farmácia da Policlínica.

Nesta sessão caracterizamos e apresentamos o resultado do cálculo dos indicadores

selecionados conforme metodologia definida, ou sejam: a) Número médio de medicamentos por consulta; b) Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico; c) Percentual de medicamentos prescritos que fazem parte da Relação de Medicamentos Padronizados; d) Porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico; e) Porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável, f) Porcentagem de medicamentos realmente dispensados.

Este cálculo foi realizado com prescrições (receitas) de profissionais médicos de todas as especialidades que são oferecidas junto a Policlínica de Referência da Secretaria Municipal de Saúde. Foram analisadas receitas das especialidades médicas de reumatologia, pneumologia, proctologia, otorrinologia, ortopedia, oncologia, oftalmologia, neurologia, neuro-pediatria, neurocirurgia, nefrologia, ginecologia, gastrologia, endocrinologia, dermatologia, clinica geral, cirurgia plástica, cirurgia pediátrica, cirurgia geral, cardiopediatria, cardiologia, angiologia.

Ao enfatizar a utilização de medicamentos observamos o momento da prescrição e as principais características a serem medidas, que são a quantidade, a variabilidade e os custos, a partir dos quais é possível extrapolar as conseqüências médicas e sociais qualitativas (Tognoni & Laporte, 1989).

O Gráfico 3 apresenta os resultados da representação da amostra segundo o sexo dos usuários.

As mulheres aparecem com um percentual de 61,40% , valor quase idêntico ao colhido por Nascimento, 2000 que foi de 62,7% após ter analisado 2.337 receitas em 10 centros de saúde em Florianópolis. Segundo o mesmo autor estes resultados estão associados ao fato de que as mulheres têm uma maior percepção sobre a necessidade de cuidados com a saúde, e buscam atendimento nos serviços de saúde (Nascimento Jr., 2000). Podemos ainda acrescentar ainda a estes aspecto o fato de que o funcionamento dos postos de saúde em horário comercial pode estar dificultando o acesso dos homens as unidades de saúde.

Na Tabela 2 estão sendo apresentados os resultados do cálculo dos indicadores de prescrição, conforme metodologia adotada. A esta Tabela estão associados os gráficos 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 que representam estes indicadores, sendo que o gráfico 10 representa o indicador de assistência ao paciente relacionado com o grau de acesso dos usuários ao medicamentos.

GRÁFICO 3 - PORCENTAGEM DE PACIENTES, SEGUNDO SEXO, ATENDIDOS PELO SUS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001.

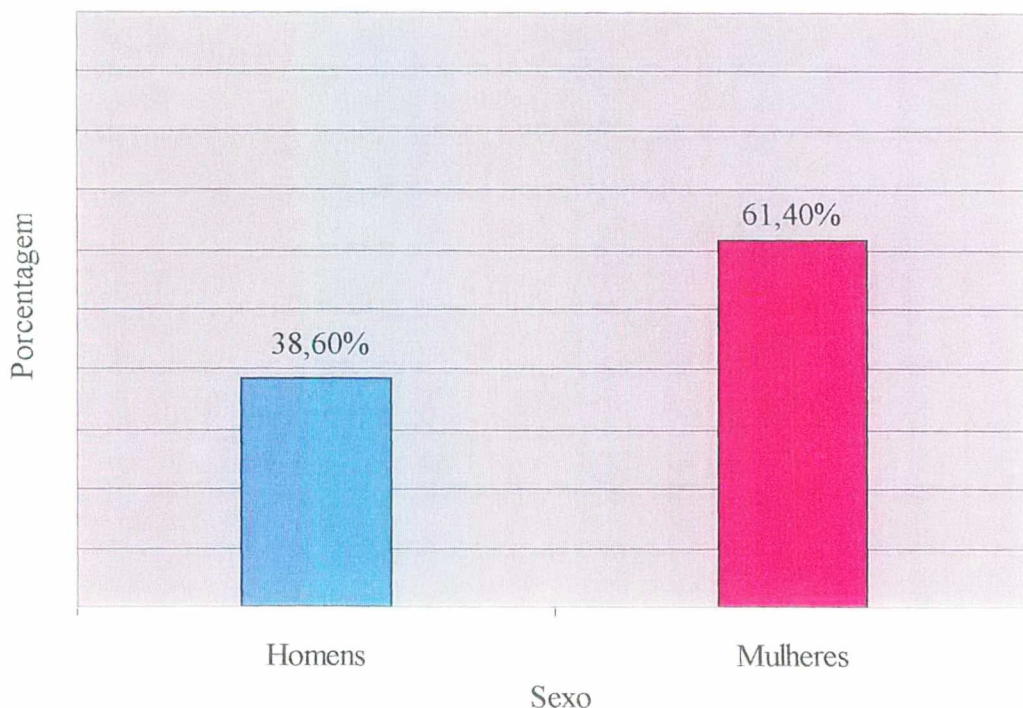


TABELA 2 - INDICADORES DE PRESCRIÇÃO NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001

	Média receita	Genéricos %	Antibióticos %	Injetáveis %	LMP
Janeiro	2,59	70,94	3,37	0,67	77,70
Fevereiro	2,78	69,81	1,88	0,62	77,98
Março	2,87	56,09	6,09	1,21	67,07
Abril	2,38	72,79	1,47	1,47	78,67
Maiο	2,12	69,72	3,30	3,30	71,90
Junho	2,59	63,51	2,70	1,35	74,32
Julho	2,73	69,87	4,48	3,20	73,71
Agosto	2,50	67,83	2,79	6,29	72,02
Setembro	2,57	66,66	4,76	2,72	74,14
Outubro	2,73	72,43	3,84	3,84	80,12
Novembro	2,29	73,28	6,10	0,76	76,33
Dezembro	2,98	66,47	4,11	1,76	71,76
Média anual	2,59	68,00	3,87	2,24	74,59

LMP = Lista de Medicamentos Padronizados

A Tabela 2 e o Gráfico 4 apresentam os resultados do cálculo do indicador quanto à porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico, que visa determinar o nível geral de uma importante modalidade de tratamento farmacológico que normalmente é custosa e cujo emprego excessivo pode trazer graves problemas à saúde do indivíduo e da comunidade. A média geral obtida foi de 3,87% das prescrições.

Este valor é o menor até aqui encontrado nas pesquisas que estamos utilizando para a discussão destes resultados. Vejamos em ordem crescente, os 10,1% de Simões e Motta (Ribeirão Preto-SP), 15,1% de Simões e Fegadolli (Araraquara-SP), 21,3% de Santos (Ribeirão Preto-SP), 37,0% de Lopes et al (Fortaleza-CE) e os 58,2% de Simões e Soler apud Santos 1999 (Tabatinga-SP). Podemos observar que os valores de Blumenau são muito inferiores a todos os resultados o que demonstra uma maior racionalidade no uso destes medicamentos. Os valores mais próximos foram os alcançados por Simões e Mota em Ribeirão Preto e Simões e Fegadolli em Araraquara. Estes autores trabalharam com o mesmo nível de atenção à saúde, ou seja, com outras especialidades médicas, que não somente clínicos e pediatras. Os demais trabalhos apresentam resultados de serviços de atenção primária à saúde, aqui com destaque para a pediatria e clínica geral, o que aumenta a possibilidade da prescrição destes medicamentos, associada à realidade sócio-econômica brasileira onde as condições de vida levam a problemas de saúde que se vinculam a esta especialidade farmacêutica, além de antiparasitários, antiinflamatórios, vitaminas, dentre outros.

Os 3,87% de prescrição de antibióticos estão concentrados nas seguintes especialidades médicas: pneumologia, cardiologia, cirurgia geral, proctologia e ginecologia. Citamos apenas as especialidades com mais de cinco prescrições de antibióticos de 68 medicamentos prescritos encontrados na amostra trabalhada.

Os resultados dos estudos em Tabatinga e Fortaleza demonstram uma grande discrepância para mais entre os demais resultados, o que pode ser um indicativo de uso irracional dos medicamentos, mas que pelo fato da não existência de um padrão de referência para este indicador a avaliação precisaria de um maior aprofundamento e especificidade na análise destes casos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde medicamento é qualquer substância num produto farmacêutico usado para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício do receptor. Neste sentido o uso de antimicrobianos deve ser criterioso, especialmente nos casos quando não se tiver confirmado o diagnóstico laboratorial.

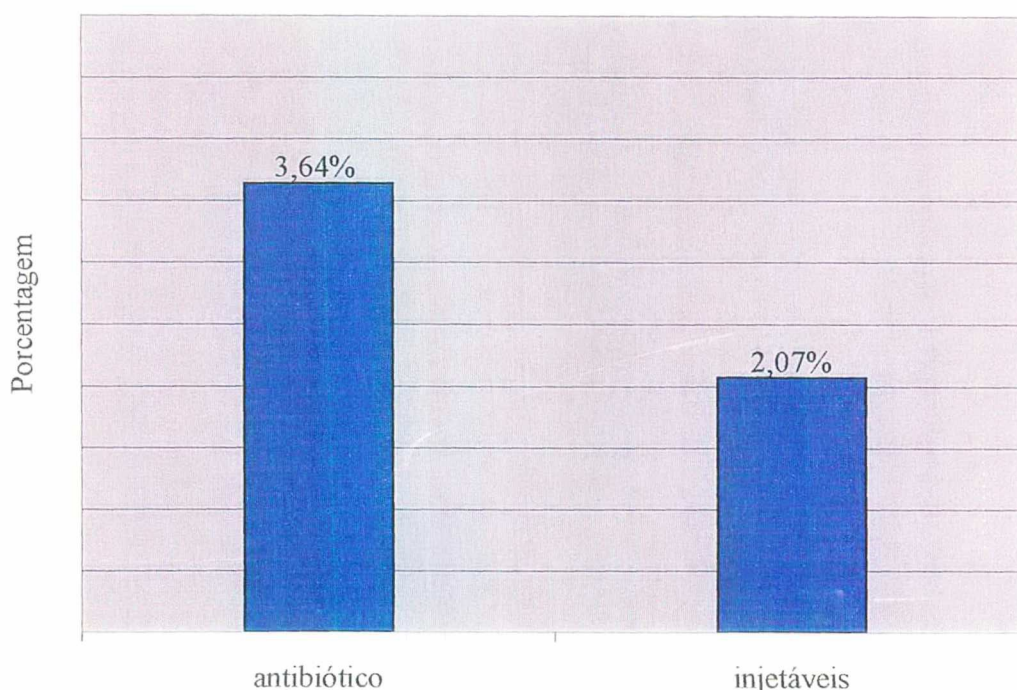
Os métodos bacteriológicos, cultura e bacterioscopia deverão ser utilizados na identificação do agente infeccioso antes do início do tratamento (Rozenfeld & Pepe, 1992).

Entre os problemas de utilização de medicamentos, se destaca a antibioticoterapia que tem gerado cepas resistentes evitáveis nos casos de utilização inadequada de antibióticos inespecíficos e de amplo espectro, quando se conta com medicamentos mais sensíveis e específicos (OMS, 1990).

Faz-se necessário uma avaliação individual da farmacoterapia do paciente, já que se conta com um grande arsenal de medicamentos cada vez mais potentes que exigem sua utilização adequada com estudos individualizados.

A Tabela 2 e o Gráfico 4 apresentam também os resultados do indicador de porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável que visa determinar o nível geral de uma importante modalidade de tratamento farmacológico que normalmente é custosa e objeto de abuso.

GRÁFICO 4 - PORCENTAGEM DE ANTIBIÓTICOS E INJETÁVEIS PRESCRITOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001



As soluções injetáveis são administradas pela via parenteral e utilizadas quando desejado uma resposta rápida, ou ainda quando o medicamento é inativado se usado por outra

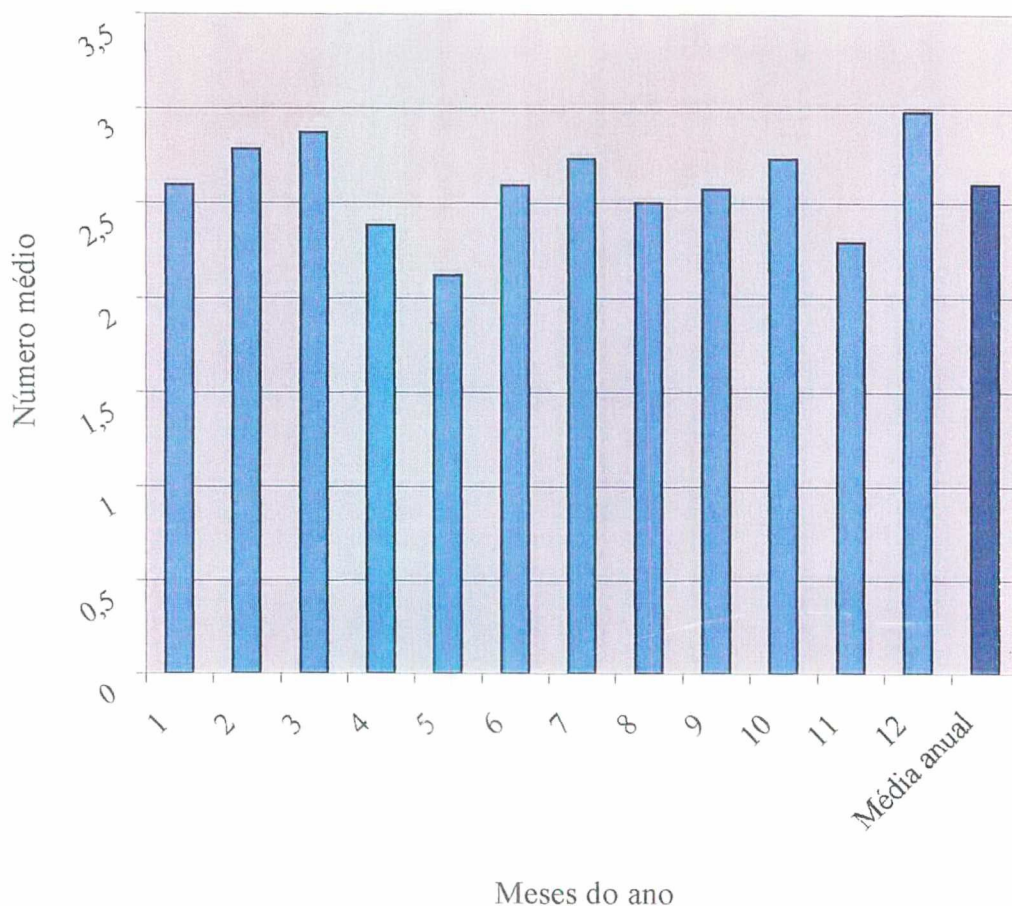
via ou se causa desconforto ao paciente (Schenkel, 1991).

Neste trabalho a média mensal em que se prescreve um medicamento injetável foi de 2,24%, ficando abaixo de todos os valores dos outros resultados em discussão neste trabalho. Santos obteve 8,2%, Simões e Fegadolli 7,4%, enquanto que Lopes et al obteve 11,0%.

As prescrições na forma de apresentação de injetáveis foram identificadas principalmente nas especialidades médicas de endocrinologia (insulina NPH 40), ortopedia e cardiologia. Os resultados demonstram que esta forma de apresentação é muito pouco prescrita se comparada a outras regiões do país, o que pode sugerir que este resultado esteja associado às características prescritoriais dos médicos desta unidade de Saúde.

Na Tabela 2 e Gráfico 5 temos o número médio de medicamentos por receita nos doze meses do ano na Policlínica no município de Blumenau/SC, 2001.

GRÁFICO 5 - NÚMERO MÉDIO DE MEDICAMENTOS POR RECEITA NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001



No resultado do cálculo do indicador foi encontrado um valor de 2,59 como média dos 12 meses do ano de 2001, o que difere consideravelmente do valor de 1,9 (Simões & Motta, 1997) que em semelhante trabalho realizado no município de Araraquara, onde trabalhou com as especialidades médicas de Infectologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria e dermatologia em uma amostra de 1847 receitas e os 1,8 (Simões & Fegadolli, 1996) no município de Araraquara. É muito próximo dos 2,4 em prescrições a pacientes ambulatoriais do serviço de medicina interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Schenkel et al 2000).

Para a discussão mais coerente destes resultados é importante destacar que estas três pesquisas referidas, trabalharam com receituário de médicos de várias especialidades médicas, que normalmente estão organizadas no SUS em nível de referência (secundário) como é o caso da Policlínica de Referência de Especialidades de Blumenau. Neste nível de atendimento encontramos um conjunto de especialidades médicas, enquanto que no nível básico (primário) vamos encontrar predominantemente clínicos gerais e pediatras.

Pode-se perceber, portanto que em certa medida e proporção apresentada nas prescrições junto à Policlínica de Blumenau apresenta um grau maior de polimedicação em relação a duas das pesquisas e valor muito próximo da terceira, respectivamente acima citadas.

No entanto apresenta um grau de polimedicação próximo a de 2,4 (Santos, 1999) em Ribeirão Preto/SP e 2,5 (Simões e Soler,1998) em Tabatinga que trabalharam com clínicos e pediatras. A média de 1,78 (Nascimento Jr., 2000) observada em Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis/SC é bem inferior a média das pesquisas citadas anteriormente.

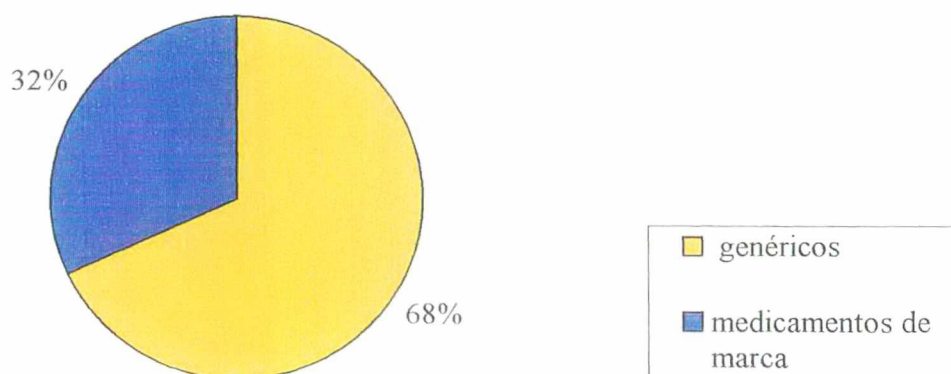
Os valores mais altos encontrados foram na Nigéria com 3,8 e o mais baixo o de 1,3 na Tanzânia e Equador, citados no trabalho de Santos (1999).

Não temos parâmetros, no entanto, para apontar como irracional o resultado de 2,6 como média de medicamentos prescritos por consulta. Podemos refletir sim a respeito das possibilidades que os profissionais prescritores contam ou não com meios para o diagnóstico suficientes para chegar a terapêutica requerida.

A polifarmácia, ou prescrição de vários medicamentos é uma prática comum e muitas vezes necessária. Geralmente o uso de vários medicamentos tem o objetivo de melhorar a eficácia terapêutica, ou reduzir efeitos adversos de agentes farmacológicos. No entanto em muitas situações estas são inúteis e mesmo prejudiciais, administradas de forma aleatória sem fundamento farmacológico (Oga & Basile, 1994).

Tabela 2 e o Gráfico 6, apresentam um resultado de 68% de medicamentos prescritos pela denominação genérica. Segundo a OMS os indicadores básicos de uso de medicamentos, que ora analisamos, não possuem um caráter geral e não guardam relação com problemas de saúde em particular, devendo ser considerados como um primeiro passo de um processo de investigação, e que pode ainda revelar aspectos importantes do funcionamento dos serviços de saúde que apontem para sua maior racionalidade.

GRÁFICO 6 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO NOME GENÉRICO E DE MARCA NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001



A prescrição pelo nome de marca em primeiro lugar gera confusão entre os usuários do sistema de saúde e os dispensadores de medicamentos, pois os usuários em muitas ocasiões não sabem, por exemplo, que Pressotec (marca) corresponde ao medicamento enalapril (nome genérico), um antihipertensivo, ou ainda que Daonil (marca) corresponde ao medicamento glibenclamida (nome genérico) um hipoglicemiante. Ou seja, o usuário vai estar consultando para sua orientação diária uma receita médica que foi prescrita por uma denominação e consumir um medicamento com outra denominação.

Esta prática prescritiva deve ser considerada irracional, por todas as suas evidências. Estes exemplos foram colhidos em receitas de junho de 2001 da policlínica, dentre outros.

De acordo com a amostra da pesquisa 568 medicamentos foram prescritos pela denominação de marca, de uma amostra de 684 receitas que resultou na prescrição de 1779

medicamentos na amostra. Trabalhando com estes dados, e extrapolando para o conjunto de prescrições no ano, observaremos milhares de medicamentos prescritos pelo nome de marca durante o ano de 2001, enquanto que todo o sistema administrativo, inclusive a dispensação, está organizado para atender a prescrições pelo nome genérico, o que caracteriza uma grande irracionalidade do sistema de saúde, apontando aos prescritores esta responsabilidade. Mesmo que o medicamento desejado não estivesse incluído na Relação Municipal de Medicamentos Padronizados, não justifica sua prescrição pelo nome de marca, no máximo se poderia admitir, tratando-se de medicamento novo, que o mesmo (marca comercial) fosse incluído logo após o nome genérico entre parênteses. A diferença entre a forma como o nível administrativo central do sistema de saúde organiza a disponibilidade dos medicamentos e a prática prescritiva, constitui-se em um espaço de conflito e gerador de irracionalidades.

Destes 568 medicamentos prescritos pelo nome de marca, 116 são medicamentos padronizados o que caracteriza e reforça, neste particular, irracionalidade essencialmente do profissional que prescreve.

Este fato pode ter conseqüências na dispensação inadequada de medicamentos e na não dispensação de medicamentos apesar de estarem presentes na Lista de Medicamentos Padronizados da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis na farmácia. O usuário que não está bem esclarecido a respeito da questão dos genéricos poderá apresentar baixa adesão ao tratamento, por estar levando para casa um “outro medicamento” que não o prescrito pelo médico (nome de marca).

Caracteriza irracionalidade na utilização dos medicamentos. Indica que a prescrição tem base na propaganda das indústrias, pouca informação nos serviços de saúde a respeito dos medicamentos e principalmente a ausência de um processo de trabalho multidisciplinar, que inclua necessariamente o profissional farmacêutico no nível assistencial.

Um importante problema é a insegurança de que produtos com a mesma composição, mesmo processo de preparação, formulação e dose, administrados em iguais condições sejam efetivamente bioequivalentes, ou seja, que tenham equivalente ação farmacêutica (Luiza, et al., 1999). Mesmo em países desenvolvidos, com forte tradição regulatória, essa avaliação apresenta muitas dificuldades, seja pela indigência das metodologias empregadas, seja pela necessidade de avaliações repetidas através do tempo (Levy, apud Luiza, 1999).

Segundo a autora os produtos de marca não teriam garantia real de qualidade superior em relação aos seus similares terapêuticos, e que a diferença injustificável de

preços entre estes acabou entre outros motivos, por ressuscitar a política de medicamentos genéricos no país.

Qualquer programa de treinamento sobre o uso racional de medicamentos deverá alertar os profissionais sobre os métodos de mercado utilizados pela indústria farmacêutica.

Se comparado com o trabalho de Nascimento Jr. (2000), que apresentou uma proporção de 85,5% de prescrições pela denominação genérica, os serviços de saúde de Blumenau devem incorporar rapidamente um conjunto de conhecimentos, informações e conceitos que estão contribuindo para a racionalidade do uso dos medicamentos em muitos outros sistemas municipais de saúde.

Outros resultados mostram situações de maior gravidade, enquanto há outros próximos aos aferidos em Blumenau, como os resultados de Santos com 30,05%, Simões e Fegadolli com 43,7%; Simões & Mota com 72,0%; Lopes e Col com 74,04%, respectivamente.

Os medicamentos essenciais que constam na lista da OMS são medicamentos genéricos, sendo estes, livres de proteção patentária. Os medicamentos genéricos surgiram junto com os medicamentos de marca com a revolução farmacológica a partir dos anos trinta do século 20.

Com a constante inovação e lançamento de novos produtos os medicamentos genéricos tiveram seu desempenho retardado, em parte também por campanhas publicitárias das companhias farmacêuticas, de descrédito destes medicamentos. Com a redução no ritmo de novos lançamentos e os altos custos dos medicamentos de marca, os genéricos retomam seu espaço, sendo que muitos países, inicialmente os mais desenvolvidos, modificaram suas legislações incluindo os genéricos na sua cadeia de provisão, incluindo a prescrição e dispensação.

A década de 60 foi uma época de grande crescimento desta política, já que neste período houve um processo acelerado de expiração de patentes (Linares, & Caro, 2001). Segundo os mesmos autores, em 1990, 60% dos duzentos medicamentos de prescrição mais receitados nos Estados Unidos não dispunham de patentes e em 1994 esta proporção se elevou a 95%. A prescrição de genéricos vem crescendo gradualmente na Alemanha, em 1995 eram 38,6% das prescrições. Estima-se que haveria uma economia de 2 bilhões de marcos anuais se todas as prescrições possíveis fossem realizadas com genéricos (Schwabe & Paffrath, apud, Giovanella, 2001).

Aqui em especial o estudo dos indicadores básicos do uso de medicamentos, e

neste particular o de porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico, aponta para a necessidade de desenvolver um trabalho junto aos profissionais de saúde no sentido de incentivar a prescrição pelo nome genérico. Ressalte-se que a elaboração da Lista de Medicamentos Padronizada de 2002 foi um passo importante neste sentido. Sua publicação em formato especial, o que lhe dá maior visibilidade e facilidade no manuseio, associado à sua ampliação, tende a reverter em parte esta situação.

É necessário um maior envolvimento de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas e farmacêuticos na discussão da Lista de Medicamentos Padronizados e em outras questões relacionados à utilização dos medicamentos no Sistema Único de Saúde.

A prescrição médica é afetada por vários fatores sendo que se destaca a formação dos profissionais da área da saúde. São poucas as faculdades de medicina, em especial nas do terceiro mundo, que ofereçam cursos de Farmacologia Clínica e de Terapêutica na graduação, orientados ao uso correto dos medicamentos.

Neste sentido cabe ao farmacêutico papel fundamental, que apesar de padecer do mesmo mal dos prescritores, relacionada ao ensino, ser capaz de avaliar criticamente as condições de vida/saúde da sociedade e intervir nestas condições através da promoção da Assistência Farmacêutica (Nascimento Jr., 2000).

O Gráfico 7 apresenta a porcentagem de medicamentos dispensados comparado com a porcentagem de medicamentos pelo nome genérico.

Podemos apreender desta relação que na prática prescritiva do sistema municipal de saúde de Blumenau, a prescrição pelo nome genérico contribui efetivamente para o uso racional e ao acesso aos medicamentos essenciais.

Ou seja, os medicamentos prescritos pelo nome genérico estão na sua grande maioria incluídos na Relação Municipal de Medicamentos Padronizados e com isto aumenta o acesso da população. Parece demonstrar também que as prescrições pelo nome genérico ocorrem basicamente em função da divulgação da lista entre os profissionais, e o que não está relacionado nesta lista é prescrito pelo nome comercial, que são divulgados pela indústria.

O uso racional tem uma de suas bases importantes na padronização como demonstra os dados recolhidos e apresentados no Gráfico 7.

GRÁFICO 7 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS E PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO NOME GENÉRICO NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001

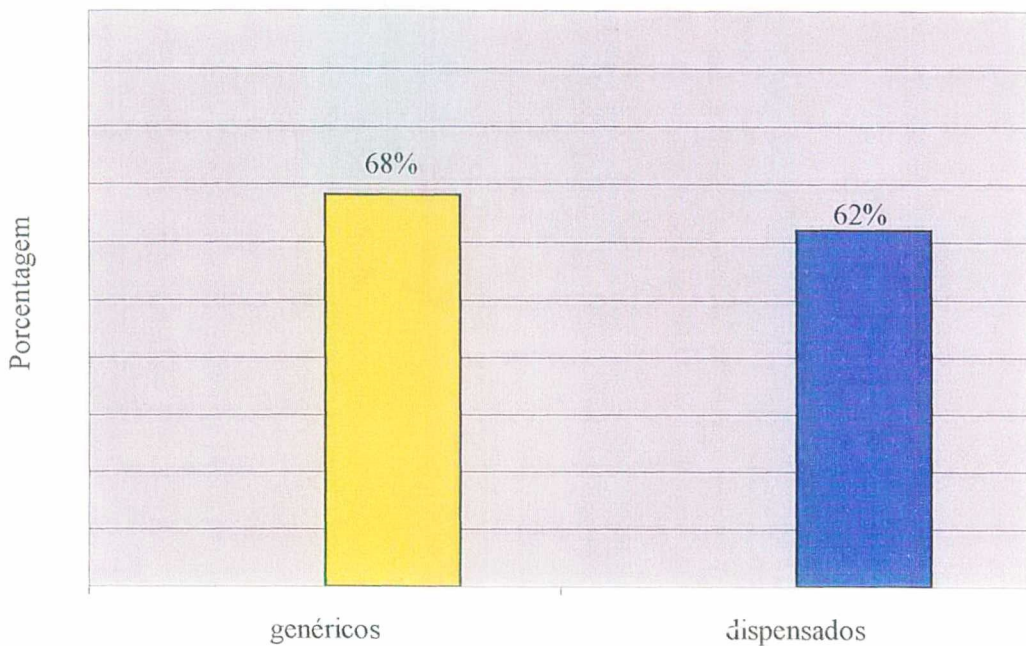
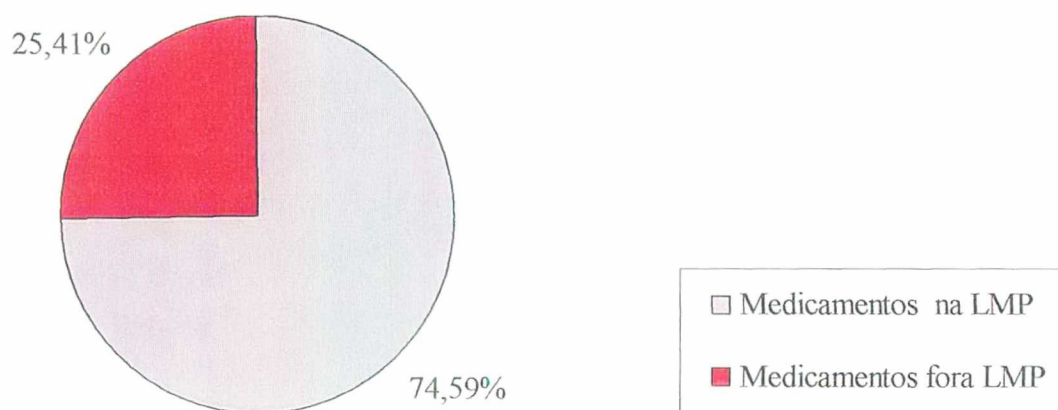


Tabela 2 e a Gráfico 8 apresentam a porcentagem de medicamentos prescritos que constam na Lista de Medicamentos Padronizados e que buscam determinar o grau de adequação das práticas prescritivas à política nacional ou regional sobre medicamentos, em função da tendência de prescrever a partir da LMP. Este indicador reveste-se de grande importância para a análise da Política de Medicamentos desenvolvida pelo gestor municipal, pois associa questões fundamentais como a dispensação adequada de medicamentos, o acesso aos medicamentos, a definição da Lista de Medicamentos Padronizados (essenciais) e a promoção do uso racional dos medicamentos. Diz respeito à aplicação da legislação do Sistema Único de Saúde, quanto aos seus princípios fundamentais de universalidade de acesso, equidade na prestação dos serviços, descentralização e controle social.

A Portaria 3.916/MS que define a Política Nacional de Medicamentos e as atribuições do gestor municipal que estão em avaliação, em certa medida, este indicador associado com o resultado deste e de outros indicadores pode revelar o seu cumprimento em vários aspectos.

GRÁFICO 8 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS QUE FAZEM PARTE DA LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001



Os medicamentos padronizados obtiveram uma frequência de 74,59% o que corresponde a 1327 medicamentos de uma amostra de 1779 medicamentos. Simões e Motta chegaram a um percentual de 88,1% trabalhando também com quase todas as especialidades médicas presentes na Policlínica de Blumenau, com uma amostra de 1847 prescrições muito próxima da amostra aqui trabalhada e Nascimento Jr. em Unidades Básicas de Saúde em Florianópolis, obteve 86,5 de medicamentos padronizados. Este último resultado é o que alcançou um dos melhores índices neste indicador, ficando atrás apenas de Cunha e Castro com 89,5% em Campo Grande - MS em 1999, citado por Santos (1999).

Um resultado que destoa muito das médias encontradas ficou por conta dos 47,2% do trabalho de Simões e Fegadolli (1996) em serviços de assistência básica à saúde de Araraquara - SP.

Os resultados de Blumenau demonstram que existe um bom caminho a percorrer no processo de construção dos serviços de Assistência Farmacêutica, devendo ser levantados aspectos relativos ao processo de seleção e padronização dos medicamentos.

Se 74,59% dos medicamentos prescritos na Policlínica fazem parte da Lista Padronizada de Medicamentos Essenciais, significa dizer que a padronização já alcançou importantes êxitos, que está sintonizada em parte com o quadro de morbi-mortalidade (epidemiologia), e com as práticas prescritoriais dos profissionais e destas com quadro epidemiológico e com a política de padronização.

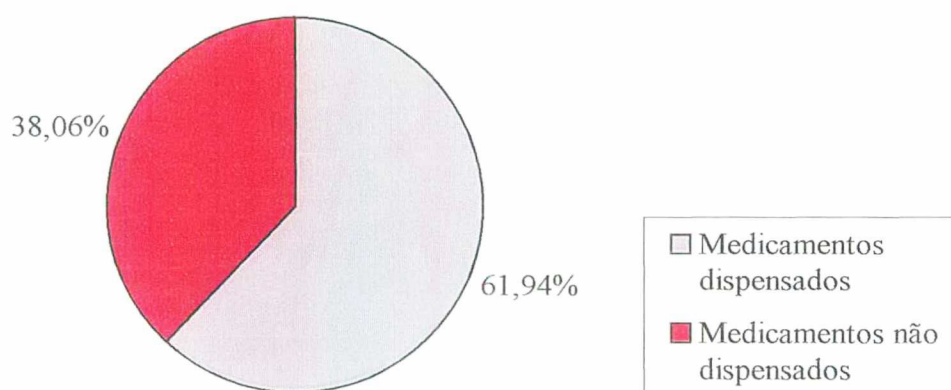
A lista oficial de medicamentos essenciais é o eixo condutor para as ações de promoção do uso racional de medicamentos, balizando a prescrição e a dispensação (Castro, 2000).

Os 25% de medicamentos prescritos fora da Lista de Medicamentos Padronizados são exatamente os 31,92% da prescrição total pelo nome de marca, subtraído dos 6,5% que apesar de terem sido prescritos pelo nome de marca fazem parte da referida lista. Estes dados reforçam a afirmação da importância de se prescrever pela denominação genérica.

É efetivamente sobre este percentual e mais especificamente sobre os medicamentos não padronizados que o serviço de saúde deve se debruçar, tendo em conta o quadro de morbimortalidade (epidemiologia) do município e a relação custo benefício das alternativas farmacêuticas.

Acreditamos que o Gráfico 9 que representa a porcentagem de medicamentos dispensados, indicador que possibilita determinar a capacidade dos serviços de saúde em fornecer os medicamentos prescritos. Este gráfico associado ao Gráfico 10, retrata expressivamente os problemas do sistema municipal de saúde de Blumenau quanto à Assistência Farmacêutica.

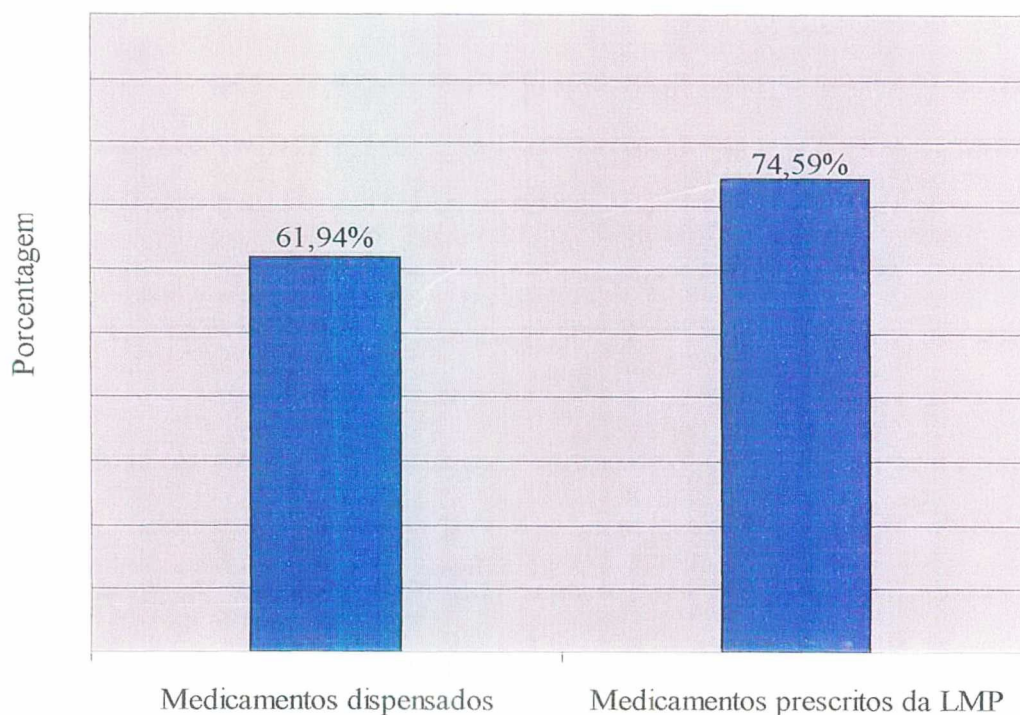
GRÁFICO 9 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS E NÃO DISPENSADOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001.



Vejamos que o Sistema Municipal de Saúde de Blumenau, apesar de conseguir dispensar 87,35% de todos os medicamento prescritos constantes da LMP como bem mostra a Gráfico 10, convive com um alto índice de medicamentos não dispensados, quando se considera a porcentagem dos medicamentos dispensados em relação ao total dos

medicamentos prescritos. Ou seja, os médicos prescreveram um percentual de 25,41% de medicamentos não constantes da lista padronizada. Significa que o sistema de saúde não está sendo efetivo em garantir o acesso a uma grande parte dos usuários do SUS. Esta realidade pode estar demonstrando uma lista insuficiente, do ponto de vista da sua abrangência em relação ao quadro das doenças prevalentes, já que está sendo prescrito um grande percentual de medicamentos não padronizados.

GRÁFICO 10 - PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS E PORCENTAGEM DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS DA LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NOS DOZE MESES DO ANO NA POLICLÍNICA DO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC, 2001



Isso pode significar desconhecimento dos profissionais médicos da Lista Padronizada, e se a conhecem discordam em parte de sua composição ou amplitude, e prescrevem outras alternativas farmacêuticas que consideram mais eficaz ou aconselhada por uma série de fatores.

Mas neste aspecto, fica clara a capacidade do sistema de saúde em garantir os

medicamentos padronizados, ou seja, aqueles que se propôs a garantir o acesso dos usuários do sistema. Deve-se acrescentar a isto, o fato de que a metodologia empregada na coleta da amostra considerou a dispensação na primeira tentativa do usuário em conseguir o medicamento.

A dispensação de medicamentos esta organizada de uma forma que a população poderá ter acesso aos medicamentos em falta, em uma outra oportunidade, quando da chegada do medicamento constante da Lista Padronizada.

Apresenta-se uma falta de sintonia entre o sistema de saúde e a prática prescritional, necessitando de uma revisão urgente. Sabe-se que a lista de medicamentos foi reformulada em fins de 2001 e que já está valendo para 2002. Um conjunto de modificações foi realizado, incorporando uma série de novos medicamentos. Desta forma pode-se deduzir que em parte a Lista de 2001 deve estar distante das reais necessidades do quadro de morbimortalidade da cidade, ou distante da prática prescritional dos profissionais médicos.

Um indicador claro da irracionalidade do ato prescritional é que dos 32% de prescrições pelo nome de marca, 25,4% não estão padronizados, ou seja, $\frac{1}{4}$ de todos os medicamentos prescritos no sistema municipal de saúde de Blumenau não constam da Lista de Medicamentos Padronizados.

A padronização de medicamentos é um dos pilares da Assistência Farmacêutica, é um processo dinâmico e deve idealmente contar com todos os profissionais envolvidos na Assistência (Livorato, 2000).

Segundo Simões (2001) a prescrição é reflexo de um conjunto de fatores:

A prescrição do medicamento reflete a disponibilidade do medicamento; a informação de que o médico dispõe sobre ele e a interpretação que lhe dá; as condições de tempo; os meios de diagnóstico; e as patologias prevalentes sobre as quais incide a atenção médica. Em resumo, a prescrição reflete a atitude e as expectativas do médico em relação ao curso da doença e o papel do medicamento em seu tratamento. A prescrição, portanto, é um dos elos da cadeia do medicamento.

A cadeia do medicamento é o conjunto de elos sucessivos que vai do registro do medicamento até seu emprego pelo usuário. Cada um desses elos é um determinante, com importância variável, dos efeitos finais do fármaco sobre a saúde do paciente em particular e da comunidade em geral.

Neste sentido está colocada a necessidade de um estudo específico a respeito da Lista de Medicamentos Padronizados de 2001, comparando-a com a de 2002 e ainda com os

medicamentos fora da lista que foram apurados neste trabalho, verificando a existência de alternativas farmacêuticas.

O sistema de saúde foi capaz de dispensar 87,35% dos medicamentos que foram prescritos e que integram a Lista de Medicamentos Padronizados, o que mostra resultados que apontam para um sistema mais eficaz e racional, capaz de garantir a dispensação dos medicamentos à população, através de um processo de padronização que tem como base os dados de consumo de séries históricas e principalmente no quadro epidemiológico e social do município.

A prescrição tem dois pólos, sendo um ativo e outro passivo. O primeiro é o ato médico em prescrever e o segundo o ato receptivo do paciente ou destinatário da prescrição (Ochoa, et al, 1995). Segundo um estudo a respeito dos hábitos de prescrição de médicos peruanos aferiu-se que a aprendizagem de farmacologia das escolas de medicina, pouco influenciou nos hábitos de prescrição, especialmente entre os médicos já estabelecidos na atividade profissional, e que a propaganda dos laboratórios farmacêuticos são a principal fonte de informação e contribui para o uso irracional dos medicamentos (Cardenas & Inerich, 1995).

Segundo Pires (1998), os trabalhos profissionais em saúde, ainda que considerando a especificidade de conhecimentos e de prática, fazem parte de um conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. Ainda a autora considera que as instituições assistenciais não refletem sobre o processo de trabalho que as especifica – o “assistir em saúde”: não trabalham com planejamento e não tem uma prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, o que fazem por perder a riqueza da percepção dos diversos profissionais, e não fazem a integração interdisciplinar, o que possibilitaria segundo Pires (1998) um salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial em saúde. Conclui a autora que a especialização do conhecimento gera fragmentação e alienação e não avanço.

Os medicamentos devem ser estudados como objetos de um processo social de produção, que possuem significados outros que os seus significados espontâneos, e que esses significados são gerados por uma determinada formação social concreta (Lefèvre, 1991).

6. CONCLUSÕES

Levando em consideração o quadro teórico definido, estes resultados apontam para uma série de outras investigações, que a partir dos dados apurados possibilitam um aperfeiçoamento das atividades administrativas e ações de saúde, caso específico da utilização dos medicamentos nos serviços públicos de saúde. Os resultados revelam que a Assistência Farmacêutica desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau não está de acordo com o conceito aqui adotado de Assistência Farmacêutica. Prevalece a busca da garantia do acesso aos medicamentos essenciais sem discutir sua utilização.

Deve-se considerar que a tendência da informação disseminada pela indústria farmacêutica é significativa e fator determinante das práticas sanitárias vigentes no Brasil e no mundo. Que os medicamentos passaram a fazer parte da prática diária dos médicos, apresentando uma situação de utilização não controlada e muitas das vezes incorreta, substituta da busca de soluções coerentes com a situação social concreta do país e mesmo da enfermidade enfrentada.

Trata-se aqui de considerações iniciais, que necessitam e denotam de reavaliações e aprofundamentos por novas pesquisas. No entanto estes resultados corroboram com muitas outras pesquisas relacionadas ao tema.

As conclusões seguem a seqüência dos Objetivos Geral e Específico traçados, nesta ordem:

1. O resultado de 74,59% medicamentos prescritos da lista padronizada revela uma distância importante entre o que os médicos estão prescrevendo e a proposta de padronização do sistema de saúde. As prescrições de medicamentos não padronizados (25,41%) somadas as prescrições de medicamentos padronizados, mas não dispensados (12,65%) foram responsáveis pelos 38,06% de todos os medicamentos não dispensados. Portanto a Secretaria Municipal de Saúde alcançou uma **efetividade** em 61,94% na garantia do acesso aos medicamentos prescritos na Policlínica. No entanto, se considerarmos apenas os medicamentos dispensados e que fazem parte da Lista de Medicamentos Padronizados, a **efetividade** alcançou os 87,35%.

2. A porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico (3,87%) e a porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável (2,24%) são as menores entre as pesquisas analisadas para a discussão dos resultados.

3. O número médio de medicamentos por receitas foi de 2,59, o maior dentre todos os outros municípios estudados nesta dissertação, mas próximo da média aritmética destes, que foi 2,2 medicamentos/receita.

4. O percentual de 68% de prescrições pelo nome genérico está distante do aceitável, já que a legislação é clara em relação à obrigatoriedade de prescrição pelo nome genérico no Sistema Único de Saúde.

5. Os resultados dos percentuais de prescrição pelo nome genérico comparados com a porcentagem de medicamentos dispensados, evidenciam que a sua prescrição contribui para o acesso e uso racional dos medicamentos.

6. A Assistência Farmacêutica estava até fins do ano de 2001 vinculada a Superintendência Administrativa e Financeira e a seu Departamento de Compras e Materiais. Caracterizando a Assistência Farmacêutica como aquisição e distribuição de medicamentos. Em 2002 a Assistência Farmacêutica passou para a Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Está em tramitação através de um processo de reforma administrativa da Secretaria de Saúde a criação da Divisão de Farmácia e Apoio ao Diagnóstico. Este fato reforça nossa conclusão que os referidos serviços alcançaram um nível maior de importância no sistema de saúde em questão.

7. A Assistência Farmacêutica para ser efetiva deve garantir a realização das etapas de seleção, programação aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, promoção do uso racional e avaliação. Necessita também estar sintonizada com a realidade epidemiológica e social onde o sistema de saúde está inserido.

8. A Assistência Farmacêutica deve ser desenvolvida enquanto um subsistema do sistema de saúde. Sua administração deve contemplar necessariamente aspectos de estrutura, processo e resultados.

9. Os profissionais farmacêuticos e demais gestores municipais devem incluir os medicamentos nas discussões relacionadas à inversão do modelo assistencial, incorporando a necessidade de desenvolver a Assistência Farmacêutica com base na conceituação adotada neste trabalho.

10. O processo de seleção dos medicamentos essenciais é uma das etapas do serviço de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Blumenau que mais tem se destacado entre as iniciativas da Secretaria de Saúde, contribuindo para o uso racional dos medicamentos.

11. O setor de Vigilância Epidemiológica que é bastante desenvolvido, não tem

interagido de forma mais concreta com o restante do sistema de saúde de modo que suas informações qualifiquem as ações de saúde, inclusive as de Assistência Farmacêutica.

12. Os recursos humanos, em particular os profissionais farmacêuticos são insuficientes para garantir o desenvolvimento dos serviços de Assistência Farmacêutica.

13. Não há uma articulação concreta entre o gestor estadual e o municipal, inexistindo na prática uma Política Estadual de Medicamentos.

14. A administração dos serviços de Assistência Farmacêutica não conta com espaço físico adequado, o que prejudica significativamente o desenvolvimento das atividades a ela inerentes.

15. O armazenamento é uma das etapas mais comprometidas dos serviços de Assistência Farmacêutica. O almoxarifado central de medicamentos está situado em local totalmente inadequado.

16. A estrutura física das farmácias das Unidades Básicas de Saúde, em sua maioria é inadequada. A temperatura ambiente é um fator que deve ser levado em consideração no processo de reorganização dos serviços na busca da qualidade.

17. A Secretaria de Saúde não garante a adequada dispensação dos medicamentos. A ausência de profissionais farmacêuticos na dispensação dos medicamentos compromete sua qualidade e racionalidade no seu uso.

18. A farmácia da Policlínica alcançou um nível de organização capaz de contribuir no sentido da racionalização do uso dos medicamentos junto a aquela Unidade de Saúde e ao desenvolvimento da Atenção Farmacêutica.

19. A Secretaria de Saúde investiu 120% a mais de recursos em 2001, em relação ao montante de recursos investidos em 1998. Isto representou um valor de R\$5,91 (Cinco reais e noventa e um centavos) por habitante/ano.

20. A metodologia da OMS de Indicadores Seleccionados do Uso de Medicamentos demonstrou-se útil para o diagnóstico de um conjunto de parâmetros que apontam para o uso racional dos medicamentos. Esta metodologia permite o alcance de dados preliminares, abrindo para uma série de outros estudos específicos e gerais.

21. A metodologia escolhida exige que o sistema de saúde esteja minimamente organizado, em se tratando, principalmente, de estudos retrospectivos.

22. As mulheres são as principais usuárias da Policlínica de Referência de Especialidade. Elas são 61,40% dos usuários.

23. Quanto ao cumprimento da Portaria 3.916/MS, avaliamos que a Secretaria

Municipal de Saúde cumpriu parcialmente suas atribuições de gestor municipal. Estes serviços devem estar vinculados à Superintendência de Assistência à Saúde, já que estes têm como responsabilidade o gerenciamento dos medicamentos na rede e sua utilização racional.

Este fato reforça nossa avaliação de que os serviços em estudo estão organizados no sentido de garantir a distribuição dos medicamentos, sua disponibilidade, limitando-se basicamente a esta função, não executando um conjunto de atividades e habilidades relacionadas à Assistência Farmacêutica e à Atenção Farmacêutica.

Em linhas gerais a estrutura, os recursos humanos, materiais e financeiros da rede de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau atende parcialmente o cumprimento das atribuições do município quanto à Assistência Farmacêutica (Portaria 3.916/MS), podendo-se destacar claramente seus aspectos positivos e negativos.

A busca de alternativas para uma Política de Medicamentos que dê conta de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos aponta para uma mudança nos rumos que vem sendo apontado ao sistema público de saúde, que se apresenta perverso e excludente.

A proposição de uma nova Política de Medicamentos deve levar em consideração as características da indústria farmacêutica e as necessidades nacionais na produção de fármacos. Neste sentido foi um grande retrocesso a extinção da CEME, sendo imprescindível que esta seja retomada pelo Ministério da Saúde, necessitando além de sua reativação, a existência de um mecanismo de articulação intersetorial que tenha o claro objetivo de garantir acesso e qualidade aos medicamentos considerados essenciais.

6.1 SUGESTÕES

- Inclusão do acesso e uso racional dos medicamentos nos fóruns de discussão da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente de sua Quinta Conferência Municipal;
- Criação da Divisão de Assistência Farmacêutica e Apoio ao Diagnóstico, com atuação integrada, vinculada à área de assistência e vigilância à saúde;
- Inclusão na Relação dos Agravos de Notificação Compulsória as Reações Adversas a Medicamentos (Farmacovigilância);
- Construção de um processo coletivo para a Seleção de Medicamentos, com representação de todas as categorias profissionais e especialidades médicas;
- Cumprimento da legislação quanto aos medicamentos genéricos;
- Melhoria nas condições de armazenamento dos medicamentos;

- Elaboração de forma coletiva de uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica, que leve em conta a Vigilância Sanitária de medicamentos no setor privado;
- Garantir a presença de profissionais farmacêuticos nos Ambulatórios Gerais, organizando centrais farmacêuticas e a supervisão por estes das Unidades Básicas de Saúde;
- Incluir o profissional farmacêutico na atenção primária. Iniciar um processo de construção da Assistência Farmacêutica ao nível local;
- Disseminação de práticas terapêuticas não medicamentosas;
- Realização da Primeira Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, como parte da construção de uma proposta de Assistência Farmacêutica para o município;
- Desenvolvimento de programas de educação continuada junto aos prescritores voltados a uma prescrição racional e garantia do acesso.

Desde o início deste trabalho de pesquisa, uma preocupação foi sempre presente, a de que os resultados pudessem contribuir com os sistemas locais de saúde na organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica na busca do acesso e uso racional dos medicamentos. Os resultados alcançados mostram que é possível contribuir concretamente neste sentido já que ilustram e iluminam uma série de aspectos importantes relacionados à organização dos serviços e outros diretamente relacionadas às práticas sanitárias vigentes nos serviços avaliados.

A realização deste trabalho teve como um de suas principais qualidades, mesmo antes da divulgação de seus resultados, o despertar para a construção efetivas dos serviços de assistência farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau.

Estudos sistemáticos e validados que revelem a realidade através de dados concretos para subsidiar discussões interdisciplinares contribuem para a mudança da cultura técnica e geral profissional e de política estabelecidas.

Neste sentido a aplicação da metodologia dos Indicadores Seleccionados do Uso de Medicamentos da OMS pode contribuir concretamente com a busca da garantia do acesso, do uso racional dos medicamentos e organização dos serviços de saúde, em especial os de Assistência Farmacêutica.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ano 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ANVISA. Resolução nº328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Brasília, 1999.

BARBETA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis: UFSC, 2001.

BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1999.

_____. Los Servicios Farmacéuticos en la atención de Salud. In: BERMÚDEZ, J. A. Z.; BONFIN, J. R. A. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1997, p. 125-139.

BERMUDEZ, J. A. Z. & POSSAS, C.A. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. Washington, EUA. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**. Vol.119, nº 3. Septiembre 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z. Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde. In: Bonfim JRA, Mercucci V. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997, p.72-80.

_____. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z.; EPESZTEIN, R. OLIVEIRA, M. A; HASENCLEVER. L. **O acordo TRIPS da OMC e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a promoção local e acesso da população aos medicamentos**. Rio de Janeiro: ENSP/OMS, 2000.

BLUMENAU. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Blumenau. Departamento de Pesquisa e Informação. **Perfil de Blumenau**, Blumenau, 1996.

_____. **Relatório da Primeira Conferência Municipal de Saúde**. 1994.

_____. **Relatório da Segunda Conferência Municipal de Saúde**. 1996.

_____. **Relatório da Terceira Conferência Municipal de Saúde**. 1998.

_____. **Relatório da Quarta Conferência Municipal de Saúde**. 2000.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: gestão 2001 a 2004**. Blumenau: SEMUS, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Lei 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. In: COSTA, L.H. Legislação profissional farmacêutica e legislação sanitária, Joinville, SC: UNIVILLE, 2001.

_____. Assistência Farmacêutica na atenção básica. Instruções técnicas para sua organização. Ministério da Saúde, Brasília, 2001.

_____. Decreto 793. Altera os Decretos 74.170, de 1974, e 79.094 de 1977, que regulamentam, respectivamente, as Leis 5.991 de 1973 e 6360 de 1976, e dá outras providências Brasília, 1993.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1991.

_____. Lei 8.666. Licitações públicas. Brasília, 1993.

_____. Lei 9.787. Institui os medicamentos genéricos. Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

_____. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Ministério da Saúde, Brasília. 1998a.

_____. Portaria nº 507 de 19 de maio de 1999. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Ministério da Saúde. Brasília, RENAME, 2000.

_____. Portaria nº 176 de 08 de março de 1999. Assistência Farmacêutica Básica. Ministério da saúde. Brasília. 1999.

_____. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Ministério da Saúde. Brasília. 1998b.

_____. Portaria nº17. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. O que é e como funciona. Ministério da saúde. Brasília. 2001.

_____. 11ª Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000.

_____. Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

CARDENAS, E. Z.; ISENRIK, L. L. **Hábitos de prescripción de los médicos peruanos y factores que influyen em ellos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.** Organización Panamericana de La Salud. Washington, EUA. V. 118, nº 6, p. 479-489, 1995.

CARLOS, I.C.C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J.R.A.A. & MERCUCI, V. org. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1997. P. 107-137.

CARLOS, I. C. C.; GURGEL, M. L. F. A assistência farmacêutica no Estado do Ceará e no município de Fortaleza. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde em nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 173-196.

CARVALHO, G. et al. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. , jan/fev. 2000.

—————. Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Descentralização: gestão local, construindo municípios saudáveis. **Relatório**. Goiânia, novembro de 1998.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CEME. Plano Diretor de Medicamentos, 1ª etapa 1973 / 1979. Plano de Ação. CIT/SC. Estatísticas. 2001.

CFF. **A Organização Jurídica da profissão farmacêutica**. Brasília, 1997.

COELHO, C. C. **Contribuição para uma política nacional de medicamentos**. São Paulo, 1980. Tese (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública -USP.

—————. A Política de medicamentos e a saúde reprodutiva. **O Farmacêutico**. Florianópolis, ano X, n. 37, p 16. , nov. 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**. Hucitec/Abrasco, 1996.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quartely**. V. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

DUPIN, J. A. A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: Segrac, 1999.

ELIAS, P. E. Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000.

FENAFAR. **10ª Acesso aos medicamentos e qualidade de vida: rumos e perspectivas no Brasil**. Conferência Nacional de Saúde. Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos, Assistência Farmacêutica. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo. Paz e Terra, 1970.

GARRAFA, V. et. All. **A Bioética no século XXI**. Brasília: Universidade de Brasília, 2000.

GIOVANELLA, L. **Solidariedade ou Competição? Políticas e sistemas de atenção à saúde na Alemanha**. Fiocruz, p.70. 2001.

HARTZ, M.A.Z. Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde. In: HARTZ, M.A.Z. (Org). **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

HARTZ, M.A.Z. et al. Avaliação do Programa Materno-infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, M.A.Z. (Org). **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care**. *Amj. Hosp. Pharm*, 1990; 47: 533-543.

LAPORTE, J.R.; TOGNONI G. Estudos de Utilização de medicamentos y de farmacovigilância. In: LAPORTE JR, TOGNONI G. **Princípios de epidemiologia del medicamento**. 2. ed. Barcelona: Ediciones Científicas e Técnicas, 1993.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. Cortez, p. 50-51. 1991

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. Cortez, p. 31. 1991a.

LINARES, R. L.; CARO, G. R. **O que é uso racional de medicamentos**. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Acción Internacional para la Salud – América Latina y el Caribe. São Paulo: Sobravime, 2001.

LIVORATO, F. Política municipal de medicamentos e assistência Farmacêutica. Cap. 15. p. 188. In: **Saúde e humanização. A experiência de Chapecó**. São Paulo: Hucitec/ Prefeitura de Chapecó. 2000.

LUIZA, V.L.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. & NUNES, J. M. A Aquisição de Medicamentos no setor público: o binômio qualidade-custo. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(4):769-776.1999.

MARÍN, N. J. Atenção Farmacêutica: estratégias para inserção no contexto acadêmico. Conferência Nacional de Educação Farmacêutica/ CFF. **Anais**. Brasília, 2001.

MARX, K. Teses sobre Feuerbach, 1845. In: MARX/ENGELS. **Obras Escolhidas**. Lisboa: Avante/Progresso. 1982.

MARX, K.; ENGELS,F. Oposição das concepções materialistas e idealistas – A Ideologia Alemã. 1845. In: MARX/ENGELS. **Obras Escolhidas**. Lisboa: Avante/Progresso. 1982.

MARX, K.; ENGEL, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Avante - Progresso, 1982.

- MENDES, E. V. **A Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MERHY, E.E. A programação em saúde: o CENDES-OPS. In: GALLO, E (Org.). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo - Rio de Janeiro: Huciet-abrasco 1995.
- MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de Saúde: manual**. OPAS – OMS. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- NASCIMENTO JR, J. M. Avaliação da assistência farmacêutica no município de Florianópolis. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Coordenadoria de Pós-graduação, Universidade de Santa Catarina.
- OCHOA, E. G. et al. Prescripción de antibióticos para infecciones respiratórias agudas leves en niños. **Boletim de la oficina sanitaria panamericana**. Organización Panamericana de La Salud. Washington, EUA, v. 119, n. 6, p. 481-493, 1995.
- OGA, S.; BASILE, C. A. **Medicamentos e suas interações**. São Paulo: Atheneu, 1994.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud**: indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Genebra: WHO, 1993
- _____. Uso de medicamentos essenciais: lista modelo de medicamentos essenciais (sexta lista). **Quarto informe del Comité de Expertos de la OMS**. Genebra, n. 796, p. 12, 1990.
- _____. The use of essential drugs: model list of essential drugs (seventh list). Fifth report on the WHO expert communities, 1992 (**WHO Technical Report**. Series, nº 825).
- _____. Selección de medicamentos esenciales. **Informe de um Comitê de Expertos de la OMS**. Genebra: OMS, 1977.
- _____. Décima Lista de Medicamentos Essenciais. In: **Boletim Sobravime**, São Paulo, v.36, p.5-19, jan./jun. 2000.
- OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Perfiles de complejidad y métodos para determinar nevels de atención en establecimientos hospitalarios**. Washington: OPAS/OMS, 1985.
- _____. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Relatório da Oficina de Trabalho. Setembro de 2001. Fortaleza – CE. Disponível em <http://www.OPAS.org>
- _____. **Dessarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Los medicamentos esenciales**. Washington, 1990.
- _____. **Desafios Para La Educacion en Salud Pública**. 2000.

ORTIGA, A. M. B. Efeitos da municipalização no acesso e na integração dos serviços de saúde: Blumenau, (1994 – 1998). Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado). UFSC.

PAIM, J. S. **Organização em serviços de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde**. Salvador, 1996, p. 25 (mimeografado).

PAIM, J. S. **Saúde e estrutura social**: Introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. Salvador: CED-UFBA, 1994.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro : Guanagara Koogan, 1995.

PIRES, D. O Processo de Trabalho em Saúde. In: _____. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT/ annablume,1998. p.159 – 162.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROZENFELD, S.; PEPE, V.L.E. **Guia terapêutico ambulatorial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ROZENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. In: LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROSENFIELD, S. **Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1989. p.21.

RUBIO CEBRIAN, S. Glossário de la economia de la salud. In: SILVA,M.G.C. Economia da Saúde. In ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI,1999.

SANTOS, V. Indicadores selecionados do uso de medicamentos – OMS, no município de Ribeirão Preto – SP. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública). Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública.

SCHENKEL, E. P. et al. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, ano 16, n. 2, p. 449-455, abr./jun. 2000.

SCHENKEL, E. P. et al. **Cuidados com os medicamentos**. Porto Alegre: UFRGS/UFSC, 1991.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde : limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 80-89, jan./mar., 1994.

SIMÕES M.J.S. & FEGADOLLI, C. Consumo de medicamentos por prescrição médica na assistência básica à saúde do município de Araraquara – SP. In: **Seminário Brasileiro de Farmacoepidemiologia**, Fortaleza, 1996.

_____. **Fundamentos de farmacoepidemiologia: estudos de utilização de medicamentos**. São Paulo: AG Gráfica, 2000.

SIMÕES M.J.S & MOTTA, M. A. Indicadores do uso de medicamentos em unidades municipais de saúde de Ribeirão Preto – SP. **Informa**. São Paulo: 1997 ano 6, n. 3/4, p. 12-16.

SOARES, G. S. F. **O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de uma incômoda vizinhança**. São Paulo: LTR, 2000.

TESTA, M. Tendências em planificação. In. RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde, Um enfoque estratégico Tendências em planificação**. Trad. Elizabeth Artmann, São Paulo, Cortez, 1989.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de programação. O caso da saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/abrasco, 1995.

TOGNONI, G.; LAPORTE, J.R. Estudos de Utilização de Medicamentos e de Farmacovigilância. In: LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROSENFELD, S. **Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1989. p. 43 – 49.

8 ANEXOS

ANEXO 1 - RELAÇÃO DOS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS OFICIAIS DO BRASIL

ALFOB

Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil

SCS - Q.2 - Bl.C - Ed. Serra Dourada - 5º andar - Sala 511

Fone: (0-xx-61) 225-4456 Fax: 323-9501 - CEP: 70.300-902 - Brasília/DF

e-mail: alfob@yawl.com.br

RELAÇÃO DOS LABORATÓRIOS CONGREGADOS PELA ALFOB

ALAGOAS

LIFAL Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas (Maceió)

GOIÁS

IQUEGO Indústria Química do Estado de Goiás S/A (Goiânia)

MINAS GERAIS

FUNED Fundação Ezequiel Dias (Belo Horizonte)

PARANÁ

CEMEPAR Centro de Medicamentos do Paraná (Curitiba)

LEPEMC * Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos (Maringá)

LPM * Laboratório de Produção de Medicamentos (Londrina)

PERNAMBUCO

LAFEPE Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S/A (Recife)

RIO GRANDE DO NORTE

NUPLAM * Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos (Natal)

RIO GRANDE DO SUL

FEPPS Fundação Estadual de Pesquisa e Produção em Saúde (Porto Alegre)

RIO DE JANEIRO

IVB Instituto Vital Brazil S/A (Niterói)

LQFAE ** Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica (Rio de Janeiro)

LQFEX ** Laboratório Químico Farmacêutico do Exército (Rio de Janeiro)

LFM ** Laboratório Farmacêutico da Marinha (Rio de Janeiro)

SANTA CATARINA

LAFESC Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina (Florianópolis)

SÃO PAULO

FURP Fundação para o Remédio Popular (Guarulhos)

* *Laboratórios vinculados às Universidades dos Estados*

** *Laboratórios das Forças Armadas*

01 - **CEMEPAR** - Centro de Medicamentos do Paraná (*desativada a produção em jan/99, permanecendo como órgão gerenciador da assistência farmacêutica do Paraná/distribuição*)

Diretora Geral: Dr^a Lore Lamb

Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner - 102 - Jardim Botânico - Curitiba/PR - CEP: 80.210-170

Fone: (0-xx-41) 262-9311

Fax: (0-xx-41) 264-5029 ou (0-xx-41) 322-3434

e-mail: cesarCEME@pr.gov.br

02 - **FUNED** - Fundação Ezequiel Dias

Superintendente: Dr. Francisco Panadés Rubió

Endereço: Rua Conde Pereira Carneiro - nº 80 - Gameleiras - Belo Horizonte/MG

CEP: 30.510-010

Fone: (0-xx-31) 371-9441 (0-xx-31) 371-9446

Fax: (0-xx-31) 371-94443

e-mail: funed@mailprodemg.gov.br

03 - **FURP** - Fundação para o Remédio Popular

Superintendente: Dr. Pompílio Mercadante Neto

Endereço: Rua Endres - nº 1800 - Vila Endres - Guarulhos São Paulo/SP - CEP: 07.043-902

Fone: (0-xx-11) 6421- 4277

Fax: (0-xx-11) 6421- 3585

e-mail: furp@furp.com

home page: <http://www.furp.com/>

04 - **IQUEGO** - Indústria Química do Estado de Goiás S/A

Diretor Presidente: Dr. José Gomes Filho

Endereço: Av. Anhanguera nº 9827 - Bairro Ipiranga

Goiânia/GO - CEP: 74.450-010

Fone: (0-xx-62) 297-2930 ou 297-1800 / Fax: (0-xx-62) 297-1910

e-mail iquego@iquego.com.br

05 - **IVB** - Instituto Vital Brazil S/A

Diretor Presidente: Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez

Endereço: Rua Vital Brazil Filho - nº 64 - Santa Rosa Niterói/RJ - CEP: 24.230-340

Fone: (0-xx-21) 711-0012 ou 711-3131

Fax: (0-xx-21) 711-3131 Ramal 48

06 - **LAFEPE** - Laboratório Farmacêutico de Pernambuco S/A

Presidente: Dr. Walter Silvestre Farias

Endereço: Largo Dois Irmãos - nº 1117 Recife/PE - CEP: 52.071-010

Fone: (0-xx-81) 441-5654 – 441-5277

Fax: (0-xx-81) 441-3375

e-mail: lafepe@fisepe.pe.gov.br

Home page: <http://www.ma-rc.rnp.br/infovida/fabmedic>

07 - **LIFAL** - Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S/A

Presidente: Dr. Antonio Marco Toledo

Endereço: Distrito Industrial Gov. Luiz Cavalcante - Q.6 - Tabuleiro dos Martins - Maceió/AL

CEP: 57.082-000

Fone: (0-xx-82) 334-1503
Fone/Fax: (0-xx-82) 334-1991
e-mail: lifal@sunnet.com.br

08 - LPM - Laboratório de Produção de Medicamentos

Diretor: Dr. Francisco Eugênio Alves de Souza
Endereço: Av. Tiradentes - nº 6565 - Londrina/PR
CEP: 86.072-360
Fone: (0-xx-43) 338-5779
Fax: (0-xx-43) 338-5779

09 - NUPLAM - Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos

Diretor: Dr. Eider Araújo de Carvalho
Endereço: UFRN - Campus Universitário - s/nº - Lagoa Nova Natal/RN - CEP: 59.072-970
Fone: (0-xx-84) 215-3902
Fax: (0-xx-84) 215-3903 ou 215-3891
Cx. Postal: 1571

10 - LPEPMC - Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos

Coordenadora: Farmacêutica Sóstenes Rosa Valentini
Endereço: FUEM - Av. Colombo 5790 – Bl. PO2 – Campus Universitário Jardim Universitário - Maringá/PR -
CEP: 87.020-900
Fone (0-xx-44) 262-2235 - 261-4303
Fax: (0-xx-44) 263-4596

11 - LAQFA - Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica

Diretor: Ten.Cel. Farm. Felipe Birman
Endereço: Rua Cabo Nelson Odir da Silva - s/nº - Galeão
Ilha do Governador - Rio de Janeiro/RJ
CEP: 21.941-000
Fone: (0-xx-21) 393-8388 - 462-0740
Fax: (0-xx-21) 462-3825

12 - LQFE - Laboratório Químico Farmacêutico do Exército

Diretor: Cel. Farm. João Paulo Silva Vieira
Endereço: Rua Licínio Cardoso - nº 96 - Triagem - Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.911-050
Fone: (0-xx-21) 261-9056 - 261-1304 - 261-0400
Fax: (0-xx-21) 261-9056
e-mail: lqfe@uol.com.br

13 - LFM - Laboratório Farmacêutico da Marinha

Diretor: Cap.Frag. F. Maurício Araújo Faria
Endereço: Av. Suburbana - nº 315 - Benfica - Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.911-290
Fone: (0-xx-21) 204-0723 - 569-5802
Fax: (0-xx-21) 264-8013

14 - FEPPS - Fundação Estadual de Pesquisa e Produção em Saúde

Presidente: Drª. Sílvia Beatriz Costa Czermainski
Endereço: Av. Ipiranga - nº 5300 - Porto Alegre/RS - CEP: 90.610-001
Fone: (0-xx-51) 339-3653 - 336-5395/4288
Fax: (0-xx-51) 339-3654

15 - LAFESC - Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina

Diretor Geral: Dr. Antonio José Prudêncio
Endereço: Av. Rio Branco - nº 197 - Fundos - Florianópolis/SC
CEP: 88.015-201

Fone: (0-xx-48) 225-0944 - 224-5500 Ramal: 2316

Fax: (0-xx-48) 221-2306

16 – **FARMANGUINHOS** – Instituto de Tecnologia em Fármacos

Diretora: Dr^a Eloan dos Santos Pinheiro

Endereço: Rua Sizenando Nabuco – n° 100 – Manguinhos

CEP: 21.041-250 Rio de Janeiro – RJ

Fone: (0-xx-21) 290-1297 PABX: (0-xx-21) 560-0448

Fax: (0-xx-21) 290-1297 - 270-3912 -280-2773

e-mail: medicam@far.fiocruz.br

ANEXO 2 - LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS - 2001

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
DIVISÃO DE SUPRIMENTOS/ALMOXARIFADO CENTRAL
RELAÇÃO DE LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS - 2001

MEDICAMENTOS – FARMÁCIA BÁSICA - 2001	
1	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO(AAS)100mg cmp
2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO(AAS)500mg cmp
3	* ÁCIDO VALPROICO XAROPE 288mg/5ml frs 100ml
4	ADRENALINA 1 mg amp 1 ml
5	0ALBENDAZOL 40 mg/ml SUSP.frs 10 ml
6	ALENDRONATO SODICO 10mg cmp
7	ALOPURINOL 100mg cmp
8	AMINOFILINA 240mg amp 10ml
9	AMINOFILINA 100mg cpm
10	AMIODARONA(CLORHIDRATO DE)200mg cmp
11	* AMITRIPTILINA 25mg cmp
12	AMOXICILINA 500mg cps
13	AMOXICILINA SUSPENSÃO 250mg/5ml frs 60ml
14	ATENOLOL 50 mg cmp
15	BENZOATO DE BENZILA 25% frs 60ml
16	* BIPERIDENO (CLORIDRATO DE)2mg cmp
17	* BROMAZEPAN 3 mg cmp
18	CALAMINA LOÇÃO 8% frs 80 ml
19	CAPTOPRIL 12,5mg cmp
20	* CARBAMAZEPINA 200mg cmp
21	* CARBAMAZEPINA SUSPENSÃO 100mg/5ml frs 100ml
22	* CARBONATO DE LÍTIO 300mg cmp
23	CEFALEXINA 500mg cmp
24	CEFALEXINA SUSPENSÃO 250mg/ml frs 60ml
25	* CLONAZEPAM 2 mg cmp
26	* CLORPROMAZINA (CLORIDRATO DE) 25 mg cmp
27	COLCHICINA BASE 0,5 mg cmp
28	DEXAMETASONA(ACETATO)Crm 0,1% bsn 10g
29	DEXAMETASONA + VITAMINAS amp1=cloridrato de Dexamet 4mg,amp 2(B1)100mg,(B6)100mg,(B12)5000mg,Cloridrato de Procaina 50mg. 1ml+2ml
30	DEXCLORFENIRAMINA(MALEATO DE)2mg cmp
31	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO DE) 2 mg/5ml frs 100 ml
32	* DIAZEPAN 10 mg amp 2 ml
33	* DIAZEPAN 10 mg cmp
34	DICLOFENACO SÓDICO 75mg amp 3ml
35	DICLOFENACO POTÁSICO 50mg cmp
36	DIGOXINA 0,25% cmp
37	DIPIRONA 1000mg amp 2ml
38	DIPIRONA GOTAS 500mg/ml frs 10ml
39	DIPIRONA 50 mg cmp
40	DOXICICLINA (CLORHIDRATO DE) 100mg drg

41	ENALAPRIL(MALEATO DE) 10mg cmp
42	ERITROMICINA (ESTOLATO DE) 250mg/5ml frs 60ml
43	ERITROMICINA (ESTOLATO DE) 250 mg cmp
44	ESPIRAMICINA 1,5 M.U.I. cmp
45	ESTROGENIOS CONJUGAD. 0,625 mg drg
46	* FENITOINA 100mg cmp
47	* FENOBARBITAL 100mg cmp
48	* FENOBARBITAL GOTAS 40mg/ml frs 20ml
49	FENOTEROL (BROMIDRATO DE) 5mg/ml frs 20ml
50	FLUCONAZOL 150 mg cps
51	* FLUOXETINA (CLORIDRATO DE) 20 mg cmp
52	FUROSEMIDA 20mg amp 2ml
53	FUROSEMIDA 40mg cmp
54	GENTAMICINA(SULFATO DE) 40mg amp 1ml
55	GENTAMICINA (SULFATO DE) 80mg amp 2ml
56	GLICLAZIDA 80 mg cmp
57	GLIBENCLAMIDA 5mg cmp
58	GLICOSE 50% amp 10ml
59	* HALOPERIDOL (DECANOATO DE) 50mg/ml amp 1ml
60	* HALOPERIDOL 2mg/ml frs 20ml
61	* HALOPERIDOL 5mg cmp
62	HIDROCLOROTIAZIDA 50mg cmp
63	HIDROCORTISONA 500mg fr/amp 4ml
64	HIDRÓXIDO (Al+Mg) + DIMETICONA (600+300+35)mg cmp
65	* IMIPRAMINA (CLORIDRATO DE) 25mg cmp
66	* INSULINA HUMANA NPH 100U/ml frs/amp 10ml
67	* INSULINA HUMANA REGULAR 100U/ml frs/amp 10ml
68	IPRATROPIO (BROMETO DE) 0,250 mg ; SOL PARA INALAÇÃO A 0,025% frs DE 20 ml
69	ISOSSORBIDA 10mg cmp
70	ISOSSORBIDA 5mg cmp
71	LEVODOPA/CARBIDOPA (250/25)mg cmp
72	* LEVOMEPRMAZINA 25mg cmp
73	LEVONORGESTREL/ETINILESTRADIOL 0,15mg/0,03mg cmp
74	❖ LIDOCAINA S/VASOCONS.(CLORID.DE) 2% frs 20ml
75	❖ LIDOCAINA S/VASOCONS.(CLORID.DE) 2% tub 1,8ml
76	LOVASTATINA 20 mg cmp
77	* MAPROTILINA (CLORIDRATO) 25mg cmp
78	MEBENDAZOL 100mg cmp
79	MEBENDAZOL SUSPENSÃO 100mg/5ml frs 30ml
80	METFORMINA 500mg cmp
81	METFORMINA 850mg cmp
82	METOCLOPRAMIDA (CLORID.DE) 5mg/ml frs 10ml
83	METOCLOPRAMIDA (CLORID.DE)10mg cmp
84	❖ METOCLOPRAMIDA (CLORID.DE) 10mg amp 2ml
85	METRONIDAZOL 250mg cmp
86	METRONIDAZOL CRM.VAGINAL 500mg/50g bsn 50g+aplic
87	METRONIDAZOL SUSP.40mg/ml frs 80ml
88	MICONAZOL (NITRATO DE) 20 mg crm VAGINAL
89	N-BUTIL-ESCOPALAMINA 10mg cmp
90	N-BUTIL-ESCOPALAMINA 10mg/ml frs 20ml
91	N-BUTIL-ESCOPALAMINA+DIPIRONA (0,020+2500)mg amp 5ml
92	NEOMICINA/BACITRACINA POMADA (5mg/250UI)g bsn 15g

93	NIFEDIPINA 10mg cps
94	NIFEDIPINA 20mg cmp
95	NISTATINA 100 000UI/ml frs 50ml
96	NORETINDRONA 0,35mg cmp
97	NORFLOXACINA 400 mg cmp
98	* NORTRIPTILINA (CLORIDRATO DE) 75 mg cps
99	OMEPRAZOL 20 mg cps
100	PARACETAMOL 200mg/ml frs 10ml
101	PARACETAMOL 500mg cmp
102	PENICILINA G. PROCAINA 400 000UI frs/amp 3ml
103	PENICILINA G.BENZATINA 600 000UI frs/amp 4ml
104	PENICILINA G.BENZATINA 1 200 000UI frs/amp 4ml
105	PERMANGANATO DE POTASSIO 100 mg cmp
106	PIRIMETAMINA 25 mg cmp
107	PREDNISONA 20mg cmp
108	PREDNISONA 5mg cmp
109	❖ PROMETAZINA (CLORIDRATO) 25mg amp 2ml
110	PROPILTURACIL 100 mg cmp
111	PROPRANOLOL 40mg cmp
112	RANITIDINA (CLORIDRATO DE) 150 mg cmp
113	SAIS P/REHIDRATAÇÃO ORAL Cloreto de Na3,5g, Cloreto de K 1,5g, Citrate de Na2,9g, Glicose 20g.pó/env 27,9g
114	SALBUTAMOL XAROPE 0,4mg/ml frs 100ml
115	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL INFAN.0,1mg frs 30ml
116	SULFADIAZINA 500 mg cmp
117	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA 400mg/80mg cmp
118	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA (200mg/40mg)5ml frs 50 ml
119	SULFATO FERROSO 40mg cmp
120	SULFATO FERROSO GOTAS 25mg/ml frs 30ml
121	TEOFILINA 300 mg cmp
122	TETRACICLINA 500mg cps
123	TETRACICLINA ANFOTERICINA (CLORID.) B crm. vaginal 100mg/50mg bsn 60g
124	* TIMOLOL (MALEATO DE) 0,5% COL frs 5 ml
125	TOBRAMICINA (SULFATO DE) COLÍRIO 0,3% frs 5ml
126	VASELINA BRANCA POMADA 30g bsn
127	* VENLAFAXINA 50 mg cpm
128	VERAPAMIL (CLORIDRATO) 80mg cpm
129	VITAMINAS A D GOTAS (50000UI/2000UI) ml frs 10ml
130	VITAMINAS COMPLEXO B drg

LEGENDA:

amp = ampola

Bsn = bisnaga

cpm = comprimidos

Cps = cápsulas

Crm = creme

Drg = dráguas

Env = envelope

fr (s) = frasco(s)

gt = gotas

susp = suspensão

OBS 1: * ESTES ÍTENS SERÃO DESTINADOS SOMENTE PARA A POLICLÍNICA

OBS 2 : ❖ ESTES ÍTENS SERÃO DESTINADOS SOMENTE PARA USO
ABULATORIAL.

ANEXO 3 - LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS 2002

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
DIVISÃO DE SUPRIMENTOS/ALMOXARIFADO CENTRAL
MEDICAMENTOS PADRONIZADOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE BLUMENAU - ANO 2002

		ESTOQUE	PEDIDO
1	ACETATO DEXAMETASONA cm 0,1% bsm. 10g		
2	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 5 mg cpm		
3	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO(AAS) 100mg cpm		
4	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO(AAS) 500mg cpm		
5	ÁCIDO VALPRÓICO XAROPE 288mg/5ml frs 100ml		
6	ÁCIDO VALPRÓICO 250 mg cpm		
7	ADRENALINA 1mg amp 1ml		
8	ALOPURINOL 100 mg cpm		
9	ALBENDAZOL 4% susp		
10	AMINOFILINA 240mg amp 10ml		
11	AMINOFILINA 100mg cpm		
12	AMIODARONA (CLORIDRATO DE) 200 mg cpm		
13	AMITRIPTILINA 25 mg cpm		
14	AMOXICILINA 500mg cpm		
15	AMOXICILINA SUSPENSÃO 250mg/5ml frs 60ml		
16	ATENOLOL 50 mg cpm		
17	BETAMETASONA 0,5 mg/5ml frs 120 ml		
18	BENZOATO DE BENZILA 25% frs 60ml		
19	BIPERIDENO (CLORIDRATO DE) 2 mg cpm		
20	BROMAZEPAM 3mg cpm *		
21	CAPTOPRIL 25 mg cpm		
22	CARBAMAZEPINA 200mg cpm		
23	CARBAMAZEPINA SUSPENSÃO 100mg/5ml frs 100ml *		
24	CARBONATO DE LÍTIO 300mg cpm		
25	CEFALEXINA 500mg cpm		
26	CEFALEXINA SUSPENSÃO 250mg/ml frs 60ml		
27	CLONAZEPAN 2 mg cpm *		
28	CLORPROMAZINA (CLORIDRATO DE) 25 mg cpm		
29	COLCHICINA 0,5 mg cpm		
30	COMPLEXO B (VITAMINAS) drg, mononitrato de Tiamina (B1) 5mg, Cloridrato de Piridoxina (B6) 2mg, Nicotinamida (PP) 20mg, Pantotenato de Cálcio (B5) 3mg		
31	DEXAMETASONA 0,005% colírio		
32	DEXAMETASONA + VITAMINAS amp 1=cloridrato de Dexamet 4mg, amp 2(B1)100mg,(B6)100mg,(B12)5000mg, Cloridrato de Procaina 50mg. 1ml+2ml		
33	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO DE) 2 mg cpm *		
34	DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO DE) 2 mg/5ml frs 100 ml *		
35	DIAZEPAM 10mg amp 2ml		

36	DIAZEPAM 10mg cpm		
37	DICLOFENACO RESINATO 0,5 mg/gt fr 20 ml		
38	DICLOFENACO SÓDICO 75mg amp 3ml		
39	DICLOFENCO POTÁSSICO 50mg cpm		
40	DIGOXINA 0,25% cpm		
41	DILTIAZEN 60 mg cpm *		
42	DIPIRONA 1000mg amp 2ml		
43	DIPIRONA 500mg cpm		
44	DIPIRONA GOTAS 500mg/ml frs 10ml		
45	DOXICICLINA (CLORIDRATO DE) 100 mg cpm		
46	ENALAPRIL (MALEATO DE) 10 mg cpm		
47	ESTROGÊNIO CONJUGADOS 0,625mg cpm		
48	ESPIRAMICINA 1,5 mUI cpm *		
49	FENITOINA 100mg cpm		
50	FENOBARBITAL 100mg cpm		
51	FENOBARBITAL GOTAS 40mg/ml frs 20ml		
52	FENOTEROL (BROMIDRATO DE) 5mg/ml frs 20 ml		
53	FLUCONAZOL 150 mg cps		
54	FLUFENAZINA (ENANTATO DE) 25mg amp 1 ml		
55	FLUOXETINA 20mg cpm.		
56	FUROSEMIDA 20mg/ml amp 2ml		
57	FUROSEMIDA 40mg cpm		
58	GENTAMICINA (SULFATO DE) 80 mg amp 2 ml		
59	GLIBENCLAMIDA 5mg cpm		
60	GLICOSE 50% amp 10ml		
61	HALOPERIDOL (DECANOATO DE) 50mg/ml amp 1ml		
62	HALOPERIDOL 2mg/ml frs 20ml		
63	HALOPERIDOL 5mg cpm		
64	HALOPERIDOL 5mg amp		
65	HIDROCLOROTIAZIDA 50mg cpm		
66	HIDROCORTISONA 500mg fr/am 4ml		
67	HIDRÓXIDO (Al+Mg) +DIMETICONA (600+300+35)mg cpm		
68	IMIPRAMINA (CLORIDRATO DE) 25 mg cpm		
69	INSULINA HUMANA NPH 100U/ml fr/am 10ml		
70	INSULINA HUMANA REGULAR 100U/ml fr/am 10ml		
71	IPRATRÓPIO (BROMETO DE) 0,250mg/20 gts frs 20 ml		
72	ISOSSORBIDA 10mg cpm		
73	ISOSSORBIDA 5mg cpm		
74	LOVASTATINA 20 mg cpm		
75	LEVODOPA 250 mg + CARBIDOPA 25 mg cpm		
76	LEVOMEPRAMAZINA 50mg cpm		
77	LEVONORGESTREL/ETINILESTRADIOL 0,15mg/0,03mg cpm		
78	LIDOCAÍNA S/VASOCONS.(CLORID. DE) 2% frs 20 ml		
79	LIDOCAÍNA S/VASOCONS.(CLORID. DE) 2% tub 1,8 ml		
80	L – TIROXINA 100mcg cpm.		
81	MEBENDAZOL 100mg cpm		
82	MEBENDAZOL SUSPENSÃO 100mg/5ml frs 30ml		
83	METFORMINA 500mg cpm		
84	METFORMINA 850mg cpm		
85	METILDOPA 500mg cpm		
86	METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO DE) 10mg cpm		
87	METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO DE) 5 mg/ml frs 10 ml		
88	METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO DE) 10 mg amp 2 ml		

89	METRONIDAZOL CRM.VAGINAL 500mg/50g bsn 50g+aplic		
90	METRONIDAZOL SUSP. 40mg/ml frs 80ml		
91	MICONAZOL (NITRATO DE) 20mg creme vaginal		
92	N-BUTIL-ESCOPALAMINA 10mg cmp		
93	N-BUTIL-ESCOPALAMINA 10mg/ml frs 20ml		
94	N-BUTIL-ESCOPALAMINA+DIPIRONA (0,020+2500)mg amp 5ml		
95	NEOMICINA/BACITRACINA POMADA (5mg/250UI)g bsn 15g		
96	NISTATINA 100 000UI/ml frs 50ml		
97	NORETINDRONA 0,35mg cmp		
98	NORFLOXACINA 400 mg cmp		
99	NORTRIPTILINA (CLORIDRATO DE) 75 mg cmp		
100	OMEPRAZOL 20 mg cmp.		
101	PARACETAMOL 200mg/ml frs 10ml		
102	PARACETAMOL 500mg cmp		
103	PENICILINA G. PROCAINA 400 000UI fr/am 3ml		
104	PENICILINA G.BENZATINA 1 200 000UI Fr/am 4ml		
105	PENICILINA G.BENZATINA 600 000UI fr/am 4ml		
106	PERMANGANATO DE POTÁSIO 100mg cmp		
107	PIRIMETAMINA 25 mg cmp.		
108	PREDNISONA 20mg cmp		
109	PREDNISONA 5mg cmp		
110	PROMETAZINA (CLORIDRATO DE) 25mg amp 2 ml		
111	PROPILTIOURACIL 100 mg cmp		
112	PROPRANOLOL 40mg cmp		
113	RANITIDINA 150 mg cmp		
114	SAIS P/REHIDRATAÇÃO ORAL: Cloreto de Na3,5g, Cloreto de K 1,5g, Citrato de Na2,9g, Glicose 20g. Pó/env 27,9g		
115	SALBUTAMOL 2mg cmp		
116	SALBUTAMOL XAROPE 0,4mg/ml Frs 100ml		
117	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA NASAL INFAN. 0,1mg frs 30ml		
118	SULFADIAZINA 500 mg cmp		
119	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA 400mg/80mg cmp		
120	SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIMA. (200mg/40mg)5ml frs 50ml		
121	SULFATO FERROSO 40mg cmp		
122	SULFATO FERROSO GOTAS 25mg/ml frs 30ml		
123	TAMSULOSINA 0,4% cmp		
124	TEOFILINA 300 mg cmp		
125	TIABENDAZOL POMADA 5% bsn 45g		
126	TINIDAZOL 500 mg cmp		
127	TOBRAMICINA (SULFATO DE) COLÍRIO 0,3 % frs 5 ml		
128	VASELINA BRANCA POMADA 30g bsn		
129	VITAMINAS A+D GOTAS (50000UI/2000UI)ml frs 10ml		

GRUPO:001 – MEDICAMENTO

SUBGRUPO:0002 – QUIMIOTERAPIA

	MEDICAMENTO
1	ACETATO DE CIPROTERONA 50 mg cmp
2	ACETATO DE MEGESTROL 160mg cmp
3	ÁCIDO FOLÍNICO 15mg cmp
4	ÁCIDO FOLÍNICO 50mg fr/am 1ml
5	ANASTROZOL 1 mg cmp
6	BICALUTAMIDA 50mg cmp
7	CAPECITABINA 500 mg cmp
8	CAPECITABINA 150 mg cmp
9	CARBOPLATINA 150mg fr/am 15ml
10	CARBOPLATINA 450mg fr/am 45ml
11	CARMUSTINA 100mg fr/am 3ml
12	CICLOFOSFAMIDA 200mg fr/am 200mg
13	CICLOFOSFAMIDA 1000mg fr/am 1g
14	CIMETIDINA 300mg amp 2ml
15	CISPLATINA 10mg fr/am 20ml
16	CISPLATINA 50mg fr/am 100ml
17	CITARABINA 100mg+dil amp 5ml
18	CITRATO DE TAMOXIFENO 20mg cmp
19	CLORAMBUCIL 2mg cmp
20	CLORIDRATO DE DOXORRUBICINA 10mg fr/amp 5ml
21	CLORIDRATO DE DOXORRUBICINA 50mg fr/amp 10ml
22	CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA 5mg/ml amp 2ml
23	CLORIDRATO DE MITOXANTRONA 20mg fr/amp 10ml
24	CLORIDRATO DE PROCARBAZINA 50mg cmp
25	CLORIDRATO DE PROMETAZINA 50mg amp 2ml
26	CLORIDRATO ONDANSETRON 8mg amp 4ml
27	CLORIDRATO ONDANSETRON 8mg cmp
28	DACARBASINA 100mg frs 100mg
29	DACARBASINA 200mg frs 200mg
30	DACTINOMICINA 0,5mg frs 0,5mg
31	DITARTARATO DE VINORELBINA 10mg frs C/ 1ml
32	DITARTARATO DE VINORELBINA 50 mg frs
33	ETOPOSIDO 100mg fr/am 5ml
34	FILGRASTIMA 30mg frs 1ml
35	FLUOROURACIL 250mg amp 10ml
36	FLUOROURACIL 500 mg amp 10 ml
37	FOSFATO ÁCIDO DE DEXAMETASON 4mg cmp
38	FOSFATO ÁCIDO DE DEXAMETASON 4mg, fr/am 2,5ml
39	GENCITABINA 1 g fr amp
40	GENCITABINA 200 mg fr amp
41	HEPARINA SÓDICA 5000U/ml fr/amp 5ml
42	HIDROXIUREIA 500mg cps
43	IFOSFAMIDA 1000mg fr/am 1g
44	LETROZOL 2,5 mg cmp
45	MELFALANO 2mg cmp
46	MERCAPTOPURINA 50mg cmp
47	MESNA 400mg amp 4ml
48	METOTREXATO 50mg fr/am 2ml
49	MITOMICINA C 5mg frs 5mg
50	PACLITAXEL 30mg fr/am 5ml

51	PACLITAXEL 100mg fr/am 5ml
52	PAMIDRONATO DISSÓDICO 90mg+dil, frs 10ml
53	PARACETAMOL+CODEINA 500mg/30mg cmp
54	SULFATO DE BLEOMICINA 15mg amp 15mg
55	SULFATO DE VIMBLASTINA 10mg cmp
56	SULFATO DE VINCRISTINA 1mg+dil, frs 10ml

ANEXO 4 - FORMULÁRIOS**FORMULÁRIO DE INDICADORES DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

Nº	Sexo	Nº de medicamentos prescritos	% de medicamentos dispensados
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
16			
17			
18			
19			
20			

Instruções de Preenchimento.

Todas as receitas de medicamentos, cujos pacientes foram atendidos na Policlínica, devem ser anotadas na planilha.

COLUNA 1 - Número do paciente.

COLUNA 2 - SEXO DO PACIENTE: Deverá ser preenchido com as letras: M = masculino e F = feminino.

COLUNA 3 - N° de MEDICAMENTOS: Anotar quantos medicamentos foram prescritos, mesmo aqueles que não estão discriminados nas colunas 6, 7 e 8.

COLUNAS 4 - MEDICAMENTOS FORNECIDOS

FORMULÁRIO DE INDICADORES DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Local: Policlínica

Ficha:

Pesquisador.....

Data:

Nº	Esp.	Sexo	Medicamentos prescritos				Nº de med. na LME	Nº Med. dispensados
			Nº Medicamentos	Nº Genéricos	Nº Antibióticos	Nº Injetáveis		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
Total								
Média								
Porcentagem			% total de medicamentos		% total de casos	% total de casos	% total de medicamentos	

Instruções de preenchimento.

Todas as receitas de medicamentos, cujos pacientes foram atendidos na Policlínica, devem ser anotadas na planilha.

COLUNA 1 - Número do paciente (receita)

COLUNA 2 - ESPECIALIDADE MÉDICA: Preencher com o nome da especialidade do médico.

COLUNA 3 - SEXO DO PACIENTE: Deverá ser preenchido com as letras: M = masculino e F = feminino.

COLUNA 4 - Nº de MEDICAMENTOS: Anotar quantos medicamentos foram prescritos.

COLUNAS 5, 6 e 7 - MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Anotar a quantidade de medicamentos constantes nas receitas que correspondem a cada coluna.

COLUNA 8 - OS MEDICAMENTOS PRESCRITOS SÃO DA LMP?

Os medicamentos que fazem parte da Lista de Medicamentos Essenciais são aqueles que estão relacionados na Lista de Medicamentos Padronizados/SEMUS. Outros medicamentos prescritos que não façam parte da lista são considerados não padronizados.

Neste campo, deverá ser anotada a quantidade de medicamentos padronizados.

ANEXO 5 - FOTOS DA POLICLÍNICA

FOTO 1 - POLICLÍNICA



FOTO 2 – FARMÁCIA DA POLICLÍNICA



FOTO 3 - FARMÁCIA DA POLICLÍNICA**FOTO 4 - FARMÁCIA DA POLICLÍNICA – DISPENSAÇÃO**

ANEXO 5 - FOTOS DO ALMOXARIFADO DE MEDICAMENTOS

