

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

**ANÁLISE DOS SERVIÇOS DO SUS RELACIONADOS ÀS
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS
DE SANTA CATARINA EM 2001**

FLORIANÓPOLIS

2003

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

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

**ANÁLISE DOS SERVIÇOS DO SUS RELACIONADOS ÀS
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS
DE SANTA CATARINA EM 2001**

FLORIANÓPOLIS

2003

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S237a Santos, Ronald Ferreira dos
Análise dos serviços do SUS relacionados às ações
de Assistência Farmacêutica em municípios de Santa
Catarina em 2001 [dissertação] / Ronald Ferreira dos
Santos ; orientadora, Mareni da Rocha Farias. -
Florianópolis, SC, 2003.
128 f.: il., grafs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Farmácia.

Inclui referências

1. Sistema Único de Saúde (SC). 2. Farmácia. 3.
Assistência Farmacêutica. 4. Medicamentos. I. Farias,
Mareni Rocha. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Farmácia. III. Título.

CDU 615.12

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

**ANÁLISE DOS SERVIÇOS DO SUS RELACIONADOS ÀS
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS
DE SANTA CATARINA EM 2001**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia, da Universidade Federal de Santa Catarina, visando a obtenção de grau de Mestre em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mareni Rocha Farias

FLORIANÓPOLIS

2003

**“ANÁLISE DOS SERVIÇOS DO SUS RELACIONADOS ÀS
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM
MUNICÍPIOS DE SANTA CATARINA EM 2001”**

POR

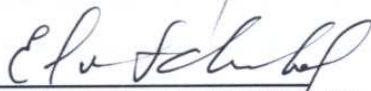
RONALD FERREIRA DOS SANTOS

**Dissertação julgada e aprovada em
sua forma final pelo Orientador e
membros da Banca Examinadora,
composta pelos Professores Doutores:**

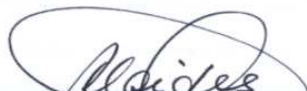
Banca Examinadora:



Célia Gervasio Chaves. (Farmácia/UFRGS – Membro Titular)



Eloir Paulo Schenkel. (CIF/UFSC - Membro Titular)



Alcides Rabelo Coelho. (Saúde Pública/UFSC – Membro Titular)

**Prof.^a Dra. Tânia Silvia Fröde
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC**

Florianópolis, 11 de julho de 2003.

A minha esposa Francis, meus filhos Mariah e Bernardo, meus pais e todos os meus amigos pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A professora e amiga Marení Rocha Farias, pela orientação na realização deste trabalho. E pela sua grande competência acadêmica. Aos professores e amigos Norberto Rech e Clair Castilhos Coelho. Pelo incentivo e pelo referencial que representam. Ao professor e amigo José Miguel do Nascimento Junior, ao professor e amigo Paulo Roberto Boff. A professora e amiga Rosana Isabel dos Santos, a professora e amiga Caroline Junkes da Silva, a amiga Simone Lolatto, pelas contribuições decisivas na construção desta dissertação.

Aos camaradas do PCdoB, meu partido, pela compreensão e estímulo em buscar na ciência a qualificação de nossa militância na construção de um Brasil Socialista.

Aos meus familiares que sempre depositaram confiança em minhas atividades.

Aos colegas do SINDFAR-SC e a todas às pessoas que mesmo indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

E especialmente aos meus amores Francis, Mariah e Bernadro, que não mediram sacrifícios para dar condições para eu desenvolver este estudo.

RESUMO

Os serviços de Assistência Farmacêutica estão ancorados em dispositivos legais. Tais dispositivos nos municípios carecem de análise aprofundada, no que concerne a sua adequação aos princípios e diretrizes do SUS. Este estudo teve como objetivo analisar os serviços do SUS, e a estruturação da Assistência Farmacêutica em Santa Catarina em 2001. Na maioria dos municípios a Assistência Farmacêutica não está estruturada, organizada nos aspectos técnico e gerencial. A conclusão central do presente estudo é que no Estado de Santa Catarina, tanto os atores sociais quanto os gestores, no que se refere à Assistência Farmacêutica, desconhecem a obrigação constitucional.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica, Medicamentos, SUS de Santa Catarina.

ABSTRACT

The Pharmaceutical services are anchored in legal settings. Such devices in the municipalities need further discussion, regarding their compliance with the principles and guidelines of the SUS. This study aimed to analyze the public health, and the structuring of Pharmaceutical Care in Santa Catarina in 2001. In most municipalities Pharmaceutical Care is not structured, organized in technical and managerial. The central conclusion of this study is that the state of Santa Catarina, both social actors and managers, in terms of Pharmaceutical Care, unaware of the constitutional obligation.

Keywords: Pharmaceutical Services, Drugs, SUS in Santa Catarina.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral.....	13
2.1 Objetivos específicos.....	13
3 ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS AO TEMA.....	14
3.1 Breve retrospectiva sobre o SUS	14
3.2 Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos.....	24
3.2.1 Diretrizes da Política Nacional de Medicamentos.....	28
3.2.1.1 Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais	29
3.2.1.2 Regulamentação Sanitária de Medicamentos.....	29
3.2.1.3 Reorientação da Assistência Farmacêutica.....	30
3.2.1.4 Promoção do Uso Racional de Medicamentos.....	30
3.2.1.5 Desenvolvimento Científico e Tecnológico	31
3.2.1.6 Promoção da Produção de Medicamentos.....	31
3.2.1.7 Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos.....	32
3.2.1.8 Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde	32
3.2.2 Responsabilidades das Esferas de Governo no Âmbito do SUS.....	32
3.2.3 Responsabilidades dos Gestores do SUS.....	33
3.2.4 Do Acompanhamento e Avaliação da Política Nacional de Medicamentos	33
3.3 Avaliação de Serviços de Saúde	34
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 Instrumentos.....	37
4.2 Definição da amostra.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Características do estado de Santa Catarina	41
5.2 Organização do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina	43
5.2.1 Modalidades de Gestão.....	43
5.2.1.1 Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual	44
5.2.1.2 Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual	45
5.2.2 Recursos humanos de nível superior disponíveis para a área da saúde.....	52
5.2.3 Recursos financeiros aplicados em saúde.....	54
5.2.4 Instrumentos de planejamento e informação	56
5.2.5 Estrutura da assistência ambulatorial no estado de Santa Catarina	57
5.2.6 Assistência hospitalar no Estado de Santa Catarina	61
5.2.7 Assistência Farmacêutica no Estado de Santa Catarina	64

5.2.7.1 Assistência Farmacêutica Básica.....	64
5.2.7.2 Medicamentos para o Programa de Saúde Mental	65
5.2.7.3 Programa de Medicamentos Excepcionais.....	65
5.2.7.4 Medicamentos dos Programas Estratégicos	66
5.2.7.5 Medicamentos do Programa Estadual de Hipertensão e Diabetes	66
5.2.7.6 Medicamentos vinculados ao Programa Saúde da Família	66
5.2.7.7 Medicamentos definidos exclusivamente por critérios locais.....	67
5.3 Análise do desenvolvimento de etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica em Municípios do Estado de Santa Catarina	69
5.3.1 Processo de seleção de medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina	69
5.3.2 Processo de programação e aquisição de medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina.....	73
5.3.3 Processo de armazenamento dos medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina.....	78
5.3.4 Processo de dispensação dos medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina.....	81
6 CONCLUSÕES.....	85
7 PERSPECTIVAS.....	87
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS.....	93
Anexo A - Relatório de Gestão	94
Anexo B - Formulários preenchidos pelos gestores municipais acerca da Assistência Farmacêutica em seu município.....	99
Anexo C - Municípios catarinenses por estratos de população do IBGE 2001	103
Anexo D - Municípios sorteados cujos dados foram analisados	106
Anexo E – Tabelas de dados obtidos junto ao Relatório de Gestão dos 69 Municípios catarinenses analisados	108
Anexo F – Tabelas de dados obtidos junto ao formulário acerca da Assistência Farmacêutica dos 69 Municípios catarinenses analisados. (Programação e aquisição, Seleção, Armazenamento e dispensação).....	109
Anexo G – Portaria nº 3.916/GM/1998.....	111
Anexo H – Portaria nº 176/GM/1999.....	127

1 INTRODUÇÃO

“Vou começar por uma declaração de princípios. As pessoas em nosso planeta não necessitam sofrer a atual carga de doenças. A maioria das doenças graves que afetam a saúde e o bem estar das pessoas mais pobres de nosso planeta poderiam ser evitadas. Primeiramente, porém, as pessoas em risco devem ser capazes de ter acesso a cuidados de saúde – incluindo vacinas, tecnologias e medicamentos essenciais. Milhões não o conseguem – não podem obter a ajuda de que necessitam, quando a necessitam. Em resultado disso, sofrem, tornam-se mais pobres e podem morrer mais cedo. O serviço de saúde de um país não pode responder às necessidades da população a não ser que permita às pessoas acesso a medicamentos essenciais de qualidade garantida. Na verdade, este acesso representa uma medida importante da qualidade dos serviços de saúde. É um dos indicadores chave de equidade e justiça social Dr.^a Gro Harlem Brundtland, Diretora Geral da OMS, em depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito dos medicamentos instalada na Câmara dos Deputados em 2000 ” (LOPES, 2000).

Nos últimos anos, a "Assistência Farmacêutica" tem sido objeto de importantes reflexões no processo de discussão e aprofundamento das diferentes questões relativas à saúde. As experiências acumuladas e a necessidade de inserção da Assistência Farmacêutica no âmbito das ações necessárias à assistência à saúde, levaram à discussão desse tema em 1996 na 10^a Conferência Nacional de Saúde . Nesta Conferência, a partir dos marcos conceituais gestados ao longo do tempo, foi possível a explicitação de concepções fundamentais para a formulação de uma política de assistência farmacêutica para o Brasil (FENAFAR, 1996).

Sob a ótica apontada naquela Conferência, explicitou-se o entendimento de que a Assistência Farmacêutica transcende um conjunto sistematizado de ações no nível dos serviços, devendo ser qualificada, também, como política norteadora para a formulação de outras políticas setoriais, entre as quais podem ser destacadas aquelas referentes aos medicamentos, à formação de recursos humanos e à ciência e tecnologia, entre outras. Esta característica traduz a necessária intersectorialidade exigida para a concretização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

No que se refere às ações, a definição adotada pela Portaria MS 3916/98 (Anexo G), a qual estabelece a Política Nacional de Medicamentos para o País (BRASIL, 2000), a Assistência Farmacêutica é concebida como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por 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, 2000).

Recentemente, como resultado de discussões visando o estabelecimento de pré-consensos a serem avaliados pela 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a ser realizada em 2003, a Oficina de Trabalho intitulada “Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos” e realizada em setembro de 2001 sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ampliou-se o entendimento da Assistência Farmacêutica em relação à disposição legal vigente, indicando que :

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 como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (IVAMA et.al., 2002)

Da mesma forma, o Relatório Final da citada Oficina, aponta:

Tendo em vista o objetivo fundamental de garantia da integralidade das ações de saúde, incluindo-se o acesso com qualidade, configura-se a necessidade de reflexão quanto à Assistência Farmacêutica como política, concebida enquanto conjunto de diretrizes gerais, de estratégias e instrumentos para a sua implantação e avaliação, cuja concretização envolve o estabelecimento de interfaces com outras políticas setoriais, com a participação dos diferentes setores envolvidos. Tal necessidade foi explicitada no processo de discussão da Oficina, na medida em que a qualificou como “recomendação” consensual para aprofundamento posterior (IVAMA et.al., 2002).

O estudo aqui proposto, no que se refere ao setor público de atenção a saúde, considera que os serviços de Assistência Farmacêutica estão ancorados em dispositivos legais adotados no nível do gestor federal, bem como nas normatizações definidas nos níveis estadual e municipal. Nos municípios, tal norteamento se dá a partir de um conjunto de dispositivos que conformam um arcabouço legal variado e por vezes contraditório, em alguns casos com forte condicionamento às definições de caráter político local, com ou sem a participação das instâncias de controle social (LISBOA et al., 2001).

Todavia, tais dispositivos carecem de análise aprofundada, especialmente no que concerne a sua adequação aos princípios e diretrizes do próprio Sistema Único de Saúde, enquanto disposição constitucional vigente (BRASIL 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os serviços do Sistema Único de Saúde(SUS), relacionados às ações de Assistência Farmacêutica relatados por municípios de Santa Catarina em 2001.

2.1 Objetivos específicos

- a) Descrever a estrutura dos serviços do SUS relacionados às ações de Assistência Farmacêutica em Santa Catarina;
- b) Analisar a estrutura disponível nos municípios para atenção primária à saúde e sua relação com a Assistência Farmacêutica;
- c) Analisar a relação dos Programas desenvolvidos pelos municípios com seus recursos humanos de nível superior e suas interfaces com a Assistência Farmacêutica;
- d) Analisar os recursos financeiros utilizados pelos municípios para gastos com saúde e sua origem;
- e) Analisar como se dá o processo de seleção, programação, aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos em municípios catarinenses em 2001, a partir de relatos dos gestores municipais.

3 ASPECTOS GERAIS RELACIONADOS AO TEMA

3.1 Breve retrospectiva sobre o SUS

Entre os anos de 1920 e os anos 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social.

As políticas sociais que acompanharam quase todas as décadas do século XX estavam ancoradas na questão da cidadania regulada. Houve uma ampliação dos direitos dos cidadãos neste período, mas como cidadãos eram considerados apenas os indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, para as profissões reconhecidas em lei. O sistema de proteção social no Brasil ficou atrelado a esta cidadania regulada até os anos 80.

A maior presença do Estado na saúde pública começou a surgir após a criação, em 1953, do Ministério da Saúde, quando houve uma maior organização dos serviços e criação de departamentos específicos para cada finalidade. O Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim como pelas ações de atenção à saúde de interesse coletivo

Conforme Bermudez (1995) a política de saúde bem como todas as políticas setoriais dependem diretamente do modelo de gestão do Estado adotado pelos governos. Neste aspecto é importante lembrar que uma política de saúde definida pela esfera federal influencia muito mais os estados e municípios em suas políticas, do que o inverso.

Como cita Santos (2001) no Brasil a primeira tentativa de criação de um Sistema de Saúde surge em 1975, quando a União cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A competência para a execução das ações e dos serviços de saúde é dividida entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho. Em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com a seguinte composição: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Legião Brasileira de Assistência (LBA); Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM); Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); Central de Medicamentos (CEME).

Este modelo, construído por meio de um conjunto de políticas que conduziram à hegemonia nos anos 70, assentou-se no tripé:

a) o Estado como grande financiador do sistema através da previdência social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de atenção médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos. (BERMUDEZ, 1995).

Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) apresenta e discute a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde. A crise econômica dos anos 80 gera uma nova situação, exigindo o reconhecimento do governo e a necessidade de mudar o sistema, que assegurava saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. Segundo Coelho (2001) a própria população começa a se organizar e lutar pela democratização do país.

Em 1982, o governo muda a forma de pagamento do setor privado contratado e introduz o pagamento por procedimentos, Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e passa a celebrar convênios com os Estados e os Municípios e a repassar recursos, passando para estes responsabilidades que até então eram do governo federal. A instituição do Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS marcou a passagem definitiva do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo mais universalista. Um dos principais objetivos do modelo era expandir a atenção primária à saúde, os setores públicos de saúde se conhecem e iniciam um processo de planejamento mais integrado e articulado. Criam-se as Comissões Interinstitucionais, base dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS.

O SUDS foi criado concomitantemente às discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, - que marcou o crescimento do projeto da Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo, ocorreram as discussões para a elaboração da nova Constituição do Brasil. Segundo Mansur (2001) os anos de funcionamento do SUDS mudaram as relações entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, já que houve uma alteração nos papéis e nos poderes do INAMPS e do Ministério da Saúde.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde com aproximadamente 4.000 delegados, de todas as regiões do país e de todas as categorias de atores sociais, constituiu-se no marco fundamental para o debate e definição dos princípios da Reforma Sanitária e seu modelo operacional - o SUS - Sistema Único de Saúde. Esta Conferência fortaleceu as condições políticas para que os princípios e diretrizes da reforma fossem inseridas na Constituição de 1988.

Como afirma Mello (2003):

Um dos maiores avanços obtidos na Constituição de 1988 foi a idéia da formação de um sistema integrado de seguridade, que englobaria: a saúde pública, amparo aos

doentes, a assistência social, amparo aos portadores de deficiência e às pessoas em situação de risco e a Previdência Social proteção aos que ultrapassam o período de vida de trabalho.

O movimento sanitário, que surgiu como uma das formas de resistência a ditadura militar só conseguiu introduzir na Constituinte de 1988, os princípios de universalidade, equidade e integralidade, como norteadores do sistema de saúde, porque a conjuntura estava favorável a algumas mudanças, demarcada principalmente por enormes mobilizações pela democratização do país.

Após a promulgação da Constituição da República, cada passo adiante para implantar o SUS deparou-se com entraves de toda a ordem. Essa ofensiva no plano político e econômico, foi liderada pelos grupos de assistência privada, que sempre se nutriram do dinheiro público através dos convênios com a Previdência Social. Eram os convênios para prestação de serviços hospitalares, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, além das compras realizadas junto a indústria de medicamentos e equipamentos, ou seja, o chamado complexo-médico-industrial.

Além disso, ainda era necessário vencer a inércia burocrática da máquina pública, as diferentes concepções teóricas sobre o modelo assistencial, a falta de garantia do financiamento permanente, o pouco esclarecimento ao conjunto dos servidores da saúde sobre o que se pretendia, assim como à própria população de usuários que assistiu a extinção do INAMPS, através da promulgação da Constituição, e na prática, não via surgir nada melhor em seu lugar.

Para regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado, em 1990 foi promulgada a Lei 8080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a).

O projeto inicial recebeu diversos vetos do então presidente Fernando Collor. Contudo, uma grande mobilização política, através de uma articulação de âmbito nacional e que congregou a maior parte do movimento sanitário, levou a um acordo de lideranças partidárias, do Congresso e do Governo, resultando na aprovação da Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), qual recompõe os artigos vetados na Lei 8.080/90 que tratam do controle social e do financiamento.

O ordenamento jurídico no Brasil a respeito do tema Saúde, estabelece através dos Artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000a) que:

Art 196 - A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Art 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º da Lei 8.080/90):

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (Artigo 6º da Lei 8.080/90):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Artigo 7º da Lei 8.080/90):

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.”

O processo de implementação do SUS deveria ser regulamentado através da instituição de instrumentos normativos. Contudo, conforme Bueno (1997) já a primeira versão das Normas Operacionais Básicas, a NOB 91, apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, o qual prevê a combinação de critérios como perfil epidemiológico, demográfico, características da rede, etc..., Construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convenial, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

Durante o governo Itamar Franco (1992-1994) ocorreu mais um pequeno avanço com o lançamento do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e de fazer cumprir a lei”, que culminou com a aprovação da Norma Operacional Básica 1/93 – NOB/93 (BRASIL, 1993), a qual estabelece as instâncias de gestão, aprofundando o processo de municipalização. A NOB/93 mantém o financiamento compartilhado pelas 3 esferas de Governo, que devem assegurar regularmente o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde, mantém a Autorização de Internação Hospitalar - AIH referente ao quantitativo populacional; utiliza como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, institui a Comissão Intergestora Bipartite - CIB, paritária entre representantes da Secretaria Estadual de Saúde – SES e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS (BRASIL, 1993), o que aponta para o compromisso de fazer valer os preceitos constitucionais no que se refere a saúde.

Após as eleições presidenciais de 1994, segundo Coelho (2001) inicia-se no governo de Fernando Henrique Cardoso, um período de forte implementação do projeto neoliberal no Brasil, acelerando-se o processo de desmonte do Estado, principalmente com a Reforma Administrativa, a Reforma da Previdência, e no Capítulo da Ordem Econômica na Constituição da República. Ou seja, o desmonte da própria Constituição. O discurso fundamenta-se na necessidade de preparar o país para a globalização, para a modernidade, para o futuro. A própria Constituição é tratada como “O retrocesso de 1988” (item 3, subitem 3.3, do Sumário e nas páginas 27 a 29) segundo o “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, tendo

como titular o ministro Luiz Carlos Bresser Pereira e aprovado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso em novembro de 1995(BRASIL 1995).

O SUS passa a ser um dos alvos privilegiados, dos ataques do novo governo às conquistas sociais obtidas com as lutas dos anos 80 do século XX. A principal motivação destas investidas é nitidamente ideológica, pois como aponta Laurell (1992):

[...] o antiestatismo dos neoliberais vem de sua fé no individualismo, na competência e no mercado. Dirige-se por um lado, para limitar a intervenção do Estado na economia, tanto no planejamento e condução como enquanto agente econômico direto, e por outro lado, para reduzir suas funções relacionadas com o bem estar social (...) Os neoliberais sustentam que o bem estar social pertence ao âmbito do privado e que suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados. Por isto, o Estado só deve intervir a fim de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir aqueles serviços que os privados não podem ou não querem produzir. Propugnam, pois, um Estado de beneficência pública ou Assistencialista e não de Benfeitor. Isto implica que o neoliberalismo rechaça o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal; está terminantemente contra a universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços. (LAURELL, 1992).

Existe uma grande contradição entre o Governo de Fernando Henrique Cardoso e a Constituição da República, pois enquanto esta possui um claro viés social democrata (do Estado do Bem Estar Social), explicitado no seu Preâmbulo, o programa de governo é neoliberal. A análise do discurso de Fernando Henrique Cardoso, ainda como candidato à Presidência da República, indicava um claro comprometimento com o SUS:

O compromisso do governo Fernando Henrique é o de criar as condições necessárias para a implantação e consolidação do SUS, removendo os obstáculos que têm prejudicado o seu desenvolvimento. Isso significa reiterar fidelidade aos mandamentos constitucionais da saúde como integrante da Seguridade Social; da saúde como direito de todos e dever do Estado; da relevância pública das ações e dos serviços de saúde. E, ainda, consolidar os princípios de organização do SUS: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. (ABRASCO, 1997).

No entanto, em reunião do Conselho Nacional de Saúde, em fevereiro de 1997, fica claro onde está o real compromisso do governo:

[...] Mas estou dizendo que, de alguma maneira, no meu modo de entender, é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas em que há tanta dificuldade muitas vezes, para que nós possamos efetivamente ter uma estrutura que garanta o atendimento àqueles que não tem recursos. Os que têm recursos, crescentemente usarão outros mecanismos e os seguros de saúde, mecanismos existentes em todas as sociedades e que deverão, por consequência, diminuir o peso sobre o SUS.(...) Eu acho que os que dispõem de recursos não tem por que apelar para a gratuidade da saúde, se eles tem condições de pagar um seguro (...) (ABRASCO, 1997).

O que pode ser identificado no relatório de 1993, do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 1993), denominado “Investindo em Saúde” propõe intervenções muito claras e

objetivas nesse setor. Partindo da classificação dos países em Países de Renda Alta, Média, Baixa e Ex-Países Socialistas, relaciona um conjunto de objetivos a serem perseguidos pelos mesmos e que são definidos como: muito importante, importante, pouco importante e desimportante.

Na tabela 7.1 pag.167 do referido relatório, “A importância de mudanças de políticas para três grupos de países”, para o grupo do Brasil que é considerado de Renda Média, aparecem 3 objetivos tidos como “muito importante” e “importante” e que são:

- ◆ Reduzir os gastos do governo com instalações de atendimento terciário, com capacitação de especialistas e com serviços discricionários;
- ◆ Financiar e garantir a prestação de serviços clínicos essenciais, pelo menos para os pobres;
- ◆ Incentivar o financiamento e o seguro privados (estimulando a contenção de custos) nos caso dos serviços clínicos discricionários.

Segundo Laurell (1992):

[...] a política de saúde seguida a partir de 1983 expressa com nitidez a aplicação dos eixos instrumentais neoliberais naquela parte da política social que envolve diretamente a produção de serviços. Estes eixos se resumem, como se viu, no recorte do gasto social e sua focalização nos pobres, a descentralização e a privatização.

Há um claro incentivo a enfatizar as ações individuais, fragmentadas, isoladas, no interior dos lares e das famílias, retirando o cidadão do ambiente social e coletivo e remetendo-o para o interior dos lares, para a auto-ajuda, para ações de atenção primária sem a garantia de referência para os outros níveis de maior complexidade. Essas diretrizes são propostas com riqueza de detalhes nos documentos do Banco Mundial.

A política de saúde implementada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso foi claramente alinhada aos postulados neoliberais, o que, explica o desrespeito aos princípios básicos da Constituição Brasileira, no que se refere à universalidade, integralidade e equidade.

O plano que o Ministro da Saúde anuncia como ‘o primeiro passo da maior revolução já vivida pelo sistema de Saúde’ está sendo visto pelos Estados economicamente mais desenvolvidos como a ruína do pouco que resta da rede pública de saúde. (...) O novo projeto do ministério muda a forma de pagamento dos serviços prestados nas redes públicas(...). O município receberá R\$ 12,00 por ano por habitante para pagar os atendimentos ‘básicos’ realizados nas redes públicas. O PAB (Piso Assistencial Básico) não prevê, portanto, gastos com os tratamentos e cirurgias complexos, o que leva os secretários estaduais à certeza de que esses procedimentos acabarão sendo repassados das redes de atendimento das prefeituras para as do governo estadual e, conseqüentemente, comprometerão ainda mais suas finanças. (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1997).

Essa decisão fica evidenciada no preâmbulo do documento das “Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde”, de 1997 (BRASIL, 1997a).

A missão institucional do Ministério da Saúde é promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício pleno da cidadania.

A simples leitura presuppõe a ruptura com o art. 196 da Constituição que refere “(...) acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua “promoção, proteção e recuperação”, além do art. 197 inciso II - “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2000a).

A aplicação prática das diretrizes do Banco Mundial cria um paradoxo, que materializa-se na Norma Operacional Básica 96 (BRASIL, 1996). A partir desta Norma admite-se duas tipologias de gestão: Gestão Plena do Sistema e Gestão Plena da Atenção Básica, criando dois subsistemas de saúde, o que representa um retrocesso no princípio do sistema único. Além disso, se submete ao projeto proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado em seu documento - "*Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*" que prevê que:

[...] os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. (BRASIL, 1997b).

Além da invenção das organizações sociais, a lógica de financiamento fragmenta a integralidade da atenção. É criada uma "cesta básica", financiada com recursos do Piso Assistencial Básico - PAB, Incentivo aos Programas de Saúde da Família -PSF - e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, para os cidadãos mínimos e dá segundo Bueno (1997) liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e especializada.

Dentro da própria "cesta básica" a indução pelo financiamento do Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde pode determinar, por dificuldades operacionais como a diferenciação salarial (os profissionais da equipe do PSF possuem na maioria dos casos um salário superior aos demais trabalhadores das mesmas categorias) , a terceirização da própria assistência básica através das cooperativas, Organizações Não Governamentais(ONGs), associações de moradores etc. Tipo o Programa de Assistência a Saúde(PAS) do ex-prefeito de São Paulo Paulo Maluf.

É importante salientar que o lançamento destas iniciativas, através do documento - “1997 - O ano da saúde no Brasil” (BRASIL, 1997a), ignorou e contrariou o que foi recomendado no relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1996, o qual foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde e apresentado ao Ministério da Saúde.

O citado documento (BRASIL, 1997a) ressalta que “A saúde pública gasta em torno de R\$ 1,3 bilhão por ano com o diagnóstico e o tratamento de doenças complexas, que em grande parte deveriam ser cobertos pelos planos de saúde”. Nesta afirmação destaca-se o sentido real, das chamadas “doenças complexas”, as quais são as mesmas denominadas de “discricionárias” no documento do Banco Mundial, o qual preconiza que nos países de renda média como o Brasil não caberia ao serviço público de saúde garantir. “Ao criar o PAB o governo não previu os gastos com os procedimentos complexos”(O Estado de São Paulo, 1997).

Neste documento (BRASIL, 1997a) a iniciativa privada aparece como parceira para a promoção, melhoria da qualidade de vida e para o exercício pleno da cidadania. Este caráter da participação da iniciativa privada no sistema de saúde afronta a Constituição no seu artigo 199 §1º, o qual estabelece que “*As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, através de convênio, segundo diretrizes do SUS, mediante contrato de direito público ou convênio*” (...) o que deixa evidente que não se trata de “parceria” e sim de complementaridade (BRASIL, 2000a).

Esse conjunto de ações e metas prioritárias buscam atender a lógica das políticas de saúde neoliberais, corroborando com que já dizia Laurel (1992). *Isto é, o Estado diminui os recursos dedicados à satisfação das necessidades sociais e os focaliza na atenção dos pobres, não deixando outra solução ao restante dos cidadãos que recorrer ao setor privado.*

No entanto, os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, independente dos diferentes modelos que possam servir para implementá-los, bem como o objetivo de se ter um Serviço Nacional de Saúde, público, gratuito, de qualidade, com única porta de entrada, com plano de cargos, carreiros e salários, com padrão ético e de qualidade técnica, com abrangência nacional, descentralizado, democrático, com controle social, articulado em todos os níveis e com clara definição de competências para os níveis municipal, estadual e nacional e, acima de tudo, com recursos suficientes e permanentes, tem encontrado abnegados defensores, principalmente junto ao Conselho Nacional de Saúde, Congresso Nacional e entidades da sociedade civil organizada .

A aprovação de instrumentos de gestão, exaustivamente pactuados, aliados a definição de fontes de financiamento, indicam reais possibilidades de substituir a tática de resistência por ações mais ousadas na consolidação do SUS (BRASIL, 2001). Diferentes possibilidades estão sendo apontadas, principalmente após a publicação das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, da Emenda Constitucional 29/2000 e mais recentemente a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (BRASIL, 1993b, BRASIL, 1997b; BRASIL, 2000b, BRASIL, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL, 2001), parte do pressuposto que o aprofundamento do processo de descentralização deve enfatizar a regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde que envolva todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da Secretaria Estadual de Saúde. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, segundo a NOAS, é fundamental considerar, para a definição do papel da Secretaria Estadual de Saúde e de cada Secretaria Municipal de Saúde no sistema de saúde:

- 1) As noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas (ou seja, com capacidade de dar respostas aos principais problemas de saúde da população);
- 2) As capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço e controle e avaliação (BRASIL, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde, considerada a principal estratégia para a promoção da descentralização com equidade no acesso:

- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção articulados e resolutivos nos diversos níveis;
- Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por

meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação (incluindo a Programação Pactuada e Integrada), regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores (Termo de Compromisso para Garantia de Acesso);

- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de Estados e Municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (BRASIL, 2001b).

A possibilidade da mudança da tática de resistência para a de ofensiva na implementação do SUS muito além de sustentar-se em avanços no ordenamento jurídico, sustenta-se no fato do povo brasileiro ter escolhido em 27 de outubro de 2002 uma nova orientação política para os rumos de seu país, e no caso da saúde elegeu um programa comprometido com os princípios do SUS:

Em defesa da vida e de um direito fundamental da pessoa humana, nosso governo trabalhará para garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, assim como a políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecimento e que promovam a qualidade de vida. Desenvolverá políticas promotoras de saúde e bem-estar nas cidades e no campo, estimulando a participação dos diversos segmentos da sociedade e respeitando o controle social dos Conselhos de Saúde (LULA, 2002).

E diretrizes do SUS:

O Ministério da Saúde será reorganizado, de modo a tornar sua estrutura horizontal e unificar as diversas áreas concorrentes entre si. Deverá ter estrutura enxuta, com forte capacidade de gerir e monitorar o sistema de saúde nacionalmente e cooperar técnica e financeiramente com os estados e municípios. O Ministério formulará políticas com os gestores e as submeterá a controle social, normatizando apenas os aspectos relativos à competência federal de gestão (LULA, 2002).

3.2 Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos

Segundo a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR, 2003) Assistência Farmacêutica entendem-se como:

Um conjunto de ações, centradas no medicamento e executadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando a promover, proteger e recuperar a 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.

A implementação da Assistência Farmacêutica, ao objetivar o acesso e o uso racional dos medicamentos, bem como nortear as políticas de medicamentos, de recursos humanos e de desenvolvimento científico e tecnológico para o setor, cumpre o papel de política que contribui para a definição de diretrizes ordenadoras, que envolvem os setores público e privado de atenção à saúde, estratégicas para a garantia do direito de cidadania.

Esse direito passa pelo acesso ao medicamento adequado, para uma finalidade específica, em dosagem correta, por tempo adequado e cuja utilização racional resulte em resolutividade. Portanto, não se esgota no pagamento pelo medicamento recebido, mas estende-se ao recebimento de informações adequadas e acesso a todas as ações inerentes à atenção à saúde.

Para compreender a atual Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), é importante ressaltar alguns aspectos a respeito de como a questão dos medicamentos vem sendo tratada nos diferentes governos, em que circunstância se deu a sua adoção e o que e quais foram seus principais antecedentes históricos.

Conforme Barros (1983) até a década de 30 do século XX, a indústria nacional de medicamentos se fazia presente no cenário brasileiro, sendo que as unidades de produção existentes eram em sua maioria de reduzidas dimensões e tinham uma origem familiar. Esta indústria baseava-se no emprego de matérias-primas de origem vegetal e mineral, apresentando condições adequadas ao suprimento do mercado existente, àquela época bastante reduzido, bem como ao conhecimento científico e tecnológico da época. Embora a produção de medicamentos satisfizesse o mercado, é imperioso ressaltar que isto se deve ao fato de que grande parte da população não tinha acesso aos serviços de saúde

Entretanto, com o advento da industrialização, com a introdução bastante rápida dos antibióticos e produtos de síntese no campo da terapêutica e com a abertura de nossa economia ao capital estrangeiro, esta indústria nacional emergente foi totalmente absorvida pelos oligopólios internacionais do medicamento (RECH, 1987).

Embora se considere que o auge da indústria farmacêutica no Brasil tenha ocorrido na década de 30 do século XX, deve ficar claro que o desenvolvimento se deu sem a necessária infra-estrutura da indústria química, e tão pouco se procedeu à verticalização da produção, ou seja, não desenvolveu de maneira integral e articulada os diferentes estágios tecnológicos característicos desse segmento, como foi o caso das empresas transnacionais (BERMUDEZ, 1995).

Conforme Rech (1987) o rápido processo de desnacionalização pode ser caracterizado

como conseqüência direta da rápida evolução tecnológica, da dificuldade de competição frente ao aumento do mercado interno, da ausência de uma indústria química nacional de base e da adoção de políticas econômicas totalmente desvinculadas dos interesses da maioria do povo brasileiro e nitidamente favorecedoras da manutenção da "lucrativa indústria da doença".

A década de 50 do século XX foi marcada por dois instrumentos da política econômica que contribuíram decisivamente no processo de desnacionalização da indústria farmacêutica no País e na promoção de uma maior dependência nacional na produção de insumos. Tais instrumentos foram as Instruções 70 e 113 da Superintendência da Moeda e Crédito - SUMOC (COELHO, 1980; BERMUDEZ, 1995).

Segundo Bermudez (1995), a Instrução 70, de 15 de outubro de 1953, instituiu taxas múltiplas de câmbio, diferenciando os produtos em cinco categorias, incluindo os produtos e insumos farmacêuticos entre aqueles de taxas mais baixas, facilitando a importação de matérias-primas pelas empresas transnacionais, que passaram a produzir produtos que anteriormente importavam. Por outro lado, a Instrução 113, de 17 de janeiro de 1955, promoveu facilidades para a instalação de empresas estrangeiras, autorizando a Carteira de Comércio Exterior (CACEX) a emitir licenças de importação sem a devida cobertura cambial para investimento em equipamentos a serem instalados. Os reflexos desta política econômica baseada no estado de dependência, transformaram o setor farmacêutico em um daqueles onde o capital internacional tem maior participação, chegando a ser responsável por aproximadamente 90% da produção (BERMUDEZ, 1995).

Uma tentativa de reverter ou minimizar este processo foi a criação da Central de Medicamentos - CEME em 25 de junho de 1971 pelo Decreto 68.806/1971, tendo como objetivos principais a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos. Entre os seus objetivos específicos, ressalta-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (BERMUDEZ, 1995).

Entre as suas atribuições, foram listadas 305 substâncias farmacêuticas (fármacos

básicos) que possibilitariam atender 99% das necessidades da população, racionalizando os critérios e procedimentos de compra. A partir desta iniciativa, em 1975 foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME pela Portaria nº 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a proposta de ser periodicamente revisada, como um instrumento estratégico da Política Nacional de Medicamentos.

Outra proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a Atenção Primária à Saúde foi a operacionalização da Farmácia Básica em 1987. Foi idealizada como um módulo padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. Os módulos padrão foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos. Posteriormente, foram acrescentados à Farmácia Básica medicamentos de uso contínuo, totalizando 60 medicamentos considerados de maior demanda na rede pública de saúde.

Uma nova etapa na questão dos medicamentos no Brasil inicia em 1993, a partir da 46ª Assembléia Mundial de Saúde, a qual discutiu especificamente a recomendação aos países membros a adotarem a denominação genérica dos medicamentos com destaque em relação às marcas garantidas por legislação e regulamentação correspondente (BERMUDEZ e BONFIM, 1999). O Brasil elabora o Decreto 793/93, que determina destaque à denominação genérica dos medicamentos em relação aos nomes de marca e prescrição pela denominação genérica sem proibir a utilização dos nomes de marca, contudo, este decreto não chegou a ser aplicado.

Apesar de todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde até 1997, no Brasil, as discussões sobre política de medicamentos, ainda não haviam produzido efeitos duradouros nas instituições governamentais. Conforme afirma Bonfim (1997), não havia uma política pública sólida, com apoio da sociedade, conduzindo o país à construção de políticas farmacêuticas que atendessem às necessidades da população. Por outro lado, conforme o Relatório da CPI de Medicamentos (LOPES, 1996), sob forte pressão do Departamento do Comércio dos EUA o Governo Brasileiro faz aprovar no Congresso Nacional, em 1996 a lei de patentes. Ainda em 1997, após escândalos de corrupção, a Central de Medicamentos – CEME, é extinta e suas atribuições foram dispersas pelos diversos órgãos do Ministério da Saúde.

Nos últimos anos, importantes decisões têm sido tomadas na área, como a adoção da

Política Nacional de Medicamentos, a revisão da RENAME/99, a transformação da estrutura da Vigilância Sanitária com a criação da ANVISA, a Lei dos Genéricos e a CPI de Medicamentos. Algumas destas decisões propiciaram alguns avanços visíveis, no entanto, muito pouco houve para o desenvolvimento de instrumentos que possibilitassem a avaliação ou análise do impacto destas decisões.

A Política Nacional de Medicamentos, parte essencial da Política Nacional de Saúde, explicitada na Portaria GM nº 3.916 (Anexo G) do Ministério da Saúde, foi aprovada no ano de 1998 e fortalece os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1998). A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A necessidade de se definir uma política de medicamentos no Brasil se deu, principalmente, pelos seguintes fatores:

- A importância e volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde;
- Parcelas da população excluídas de atenção;
- Mudanças do perfil epidemiológico da população;
- Envelhecimento populacional, gerando novas demandas;
- Desarticulação da assistência farmacêutica;
- Uso irracional e desnecessário de medicamentos;
- Automedicação;
- Mercado brasileiro de medicamentos entre os cinco maiores do mundo;
- Perfil do consumidor brasileiro.

A Política Nacional de Medicamentos contempla diretrizes e define as prioridades a serem consideradas na sua implementação, relacionadas à legislação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

3.2.1 Diretrizes da Política Nacional de Medicamentos

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS (nas três esferas de Governo) deverão concentrar seus esforços para atingirem os objetivos desta Política, balizando suas ações pelas

diretrizes explicitadas a seguir.

3.2.1.1 Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais

A Relação de Medicamentos Essenciais é integrada por aqueles medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esta relação consta da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), documento oficial de referência nacional, que deve ser continuamente atualizada de forma a contemplar um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no país. A referência nacional serve de parâmetro para os estados e municípios selecionarem seus medicamentos (BRASIL, 1998; BRASIL, 2002). A última revisão da RENAME foi instituída através da portaria GM nº 131/2001 com a versão 2002.

3.2.1.2 Regulamentação Sanitária de Medicamentos

Esta prioridade enfatiza as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, as restrições e eliminações de produtos inadequados ao uso, com base nas informações da farmacovigilância, sendo predominantemente de responsabilidade do gestor Federal. Além disso, prevê a gradativa descentralização das ações de vigilância Sanitária à responsabilidade executiva de estados e municípios, com exceção daquelas atribuições indelegáveis do gestor Federal.

A Política Nacional de Medicamentos considera importante a promoção do uso de medicamentos genéricos e especifica alguns aspectos que deverão ser contemplados para que ocorra a consolidação do uso dos genéricos: a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais – bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos; a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública; a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica; a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, etc.

A regulamentação dos medicamentos genéricos tem ocorrido através da publicação de vários instrumentos legais, entre eles: Lei nº 9787/1999 e o, Decreto nº 3.181/1999.

3.2.1.3 Reorientação da Assistência Farmacêutica

A Política Nacional de Medicamentos prevê a reorientação do modelo da assistência farmacêutica de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas neste campo da assistência devem ter por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica deverá ser coordenada em âmbito nacional pelos três gestores do SUS e deverá estar fundamentada: na descentralização da gestão; na promoção do uso racional dos medicamentos; na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A Assistência Farmacêutica no SUS englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e utilização (referindo-se à prescrição e à dispensação). A Assistência Farmacêutica no SUS deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

A Política Nacional de Medicamentos prevê a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento para os casos de doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade, tenham repercussão na saúde pública.

O processo de descentralização define atribuições para as três instâncias do governo. No entanto, alguns produtos serão adquiridos e distribuídos de forma centralizada, entre eles pode-se mencionar: medicamentos relacionados às doenças que configuram problemas de saúde pública, relacionados às doenças consideradas de caráter individual que requerem tratamentos longos e onerosos e relacionados às doenças para as quais não há medicamentos disponíveis no mercado.

3.2.1.4 Promoção do Uso Racional de Medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolve, além da utilização da

RENAME, um permanente processo educativo dos usuários e consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita. No Brasil isto possui importância vital, uma vez que a propaganda de medicamentos é utilizada como fonte de informação e indutor do consumo indiscriminado dos mesmos.

É de fundamental importância que os profissionais que atuam na área pública disponham de informações técnicas confiáveis acerca dos medicamentos, especialmente daqueles constantes da RENAME, a fim de subsidiá-los na prescrição, dispensação, entre outros. Contudo, destaca-se a necessidade de uma readequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Deverão ser incentivados os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) e o acompanhamento da ocorrência de reações adversas na população, através da farmacovigilância.

3.2.1.5 Desenvolvimento Científico e Tecnológico

A Política Nacional de Medicamentos prevê o incentivo à revisão de tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, especialmente para os medicamentos estratégicos e para aqueles constantes da RENAME, com estímulo à produção nacional. Para que estes objetivos sejam alcançados, é necessária a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas produtoras, com formação de recursos humanos em Pesquisa e Desenvolvimento.

3.2.1.6 Promoção da Produção de Medicamentos

Os diferentes segmentos industriais (público, privado e transnacional) devem ser articulados com o objetivo de promover a produção de medicamentos essenciais. Os laboratórios oficiais devem ser incentivados a aumentar sua capacidade produtiva especialmente em relação aos medicamentos destinados à atenção básica, de modo a favorecer a regulação de preços no mercado e o domínio tecnológico na área de produção de medicamentos.

3.2.1.7 Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos

A garantia da qualidade, da segurança e da eficácia dos medicamentos está fundamentada no cumprimento da regulamentação sanitária, especialmente da inspeção e fiscalização previstas na Lei 8080/90 e em legislações complementares. Para o exercício destas ações são utilizadas as normas de boas práticas de fabricação, distribuição, transporte e manipulação de medicamentos. A União dispõe de uma rede de laboratórios para dar suporte técnico na fiscalização e acompanhamento da conformidade dos medicamentos disponibilizados à população.

3.2.1.8 Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde

Algumas diretrizes e prioridades contidas na Política Nacional de Medicamentos explicitam as necessidades e demandas de recursos humanos. A crônica carência de recursos humanos capacitados para as áreas de abrangência desta política exigirá por parte dos gestores certas medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas. As três esferas de Gestores do SUS têm como responsabilidades o contínuo desenvolvimento e qualificação de pessoal envolvido nos planos, programas e atividades que operacionalizarão esta política de medicamentos.

3.2.2 Responsabilidades das Esferas de Governo no Âmbito do SUS

Os gestores das esferas do Governo Federal, Estadual e Municipal, devem concentrar esforços, atuar em parcerias, além de prever articulações com outras instâncias que contribuam com a viabilização desta Política Nacional de Medicamentos.

Para que se viabilize a implementação desta Política, é imprescindível uma articulação intersetorial, uma vez que a mesma transcende os limites do setor saúde, envolvendo, entre outros, o Ministério da Justiça, especialmente para coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

Os ministérios da área econômica têm papel relevante no controle de preços e no financiamento das ações abrangidas por esta política. O Ministério da Educação tem responsabilidades em relação às ações educativas e, principalmente, na revisão dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

3.2.3 Responsabilidades dos Gestores do SUS

A Política Nacional de Medicamentos estabelece as responsabilidades fundamentais dos três níveis de gestão. Ao Gestor Federal cabe principalmente, dentre outras atribuições prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos; estabelecer normas e promover a Assistência Farmacêutica nas três esferas de governo. Ao Gestor Estadual cabe, principalmente, dentre outras atribuições promover a formulação da política estadual de medicamentos; prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à Assistência Farmacêutica. Ao Gestor Municipal cabe, dentre outras atribuições coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu respectivo âmbito; implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade; assegurar a dispensação adequada dos medicamentos; assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna.

3.2.4 Do Acompanhamento e Avaliação da Política Nacional de Medicamentos

O acompanhamento e a avaliação têm por finalidade conhecer a repercussão da Política Nacional de Medicamentos na saúde da população, verificando também a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, constantes da Lei 8.080/90. Para que isto ocorra é necessário que se construam indicadores que permitam avaliar os resultados e impactos da mesma, cujos resultados orientarão a adoção de medidas corretivas necessárias. Implicará necessariamente, não só no envolvimento dos órgãos do SUS, como também de diferentes setores da sociedade, que direta ou indiretamente lidam com a questão dos medicamentos.

Ressalta-se neste processo a importância da atuação dos conselhos de saúde, como instâncias de acompanhamento e avaliação da implantação da Política Nacional de Medicamentos, especialmente no que se refere ao impacto na melhoria do atendimento à população.

3.3 Avaliação de Serviços de Saúde

Uma vez colocadas estas considerações, os quais podem direcionar a definição de possíveis objetos de investigação no campo específico da assistência farmacêutica, torna-se necessária a sua correlação com outros conceitos mais amplos e também fundamentais, especialmente aquele referente à “*qualidade*” no contexto da saúde, cuja articulação é importante para qualquer processo de análise e/ou avaliação.

Segundo Novaes (2000) “*a idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica nuclear ao estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo*”.

Nesse aspecto, é possível considerar que, a partir do desenvolvimento econômico capitalista e industrial, o valor (de troca) de um produto passa a depender também do oferecimento de uma "garantia" de estabilidade no seu valor de uso, ou seja, de uma determinada qualidade. Os mecanismos para garantirem essa qualidade foram se modificando, acompanhando as transformações nos processos de produção industrial: a excelência dos agentes produtores da mercadoria, os sistemas de controle e fiscalização dos produtos, os sistemas de garantia da qualidade (normas e padrões) e a gestão ou controle total da qualidade (DONABEDIAN, 1996).

Destaque-se as referências de que, a partir dos anos 60, os serviços, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente um atributo importante na sua valorização no mercado. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores. Os serviços de saúde, um dos setores de maior expansão no período, foram igualmente envolvidos nesses movimentos, mais intensamente no setor privado, mas também no setor público, quando então a avaliação da qualidade,

freqüentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados, em particular nos Estados Unidos (NOVAES, 2000).

Segundo Donabedian (1990), o ponto de partida para o processo de avaliação é a definição do que estará sendo considerado “qualidade”, pois esta *não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação* por meio dos chamados “sete pilares da qualidade”: Eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

De acordo com Vouri (1991), “o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica”. Portanto, considerando os referenciais adotados tanto por Vouri (1991) como por Donabedian (1990), entre outros autores, avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que demanda, por vezes, conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos (RATTNER, 1996).

Todavia, o desenvolvimento de tais conhecimentos, especialmente a partir de diagnósticos precisos e bem fundamentados, exigem a sua inserção no contexto da saúde como direito de cidadania, com base em políticas públicas adequadas e conseqüentes.

Segundo Formigli e colaboradores (2000), no campo da avaliação em saúde, alguns atributos expressam as condições do serviço/programa e a interação entre este e seu objeto, sem o qual o processo de trabalho não se realiza, nem são obtidos os resultados pretendidos. A cobertura e a acessibilidade relacionam-se com a disponibilidade e distribuição social dos serviços de saúde. Este tipo de avaliação pode ser considerado um pré-requisito para a análise das demais características dos serviços, uma vez que para se discutir a qualidade técnico-científica, efetividade e satisfação do usuário, é necessário que as ações de saúde sejam preliminarmente oferecidas à população.

Conforme Cohen (1993),

[...] as concepções mais atuais de avaliação incorporam ao conceito de serviço de saúde a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado. Nesta perspectiva, o serviço é pensado como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cuja direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas (técnica e política).

Para Schraiber, Medici e Gonçalves (1994) A concretização destas ações de saúde envolve tanto a síntese de saberes como a complexa integração de ações individuais e

coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Sala, Nemes e Cohen(1998) afirma que, “ *avaliar e monitorar o desempenho dos serviços constitui importante necessidade para as proposições que busquem aprimorar a qualidade da atenção à saúde*”. Neste contexto, a análise dos dados referentes aos serviços de Assistência Farmacêutica implantados em municípios de Santa Catarina constitui elemento importante para a ampliação do conhecimento sobre este aspecto específico das ações de atenção à saúde, para o diagnóstico dos serviços farmacêuticos e, ao mesmo tempo, pode resultar na identificação de indicadores eficazes para a avaliação de tais serviços e para o monitoramento do processo de implementação das políticas públicas nesse campo.

4 METODOLOGIA

4.1 Instrumentos

Este trabalho propõe-se a analisar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados às ações de Assistência Farmacêutica relatados por municípios de Santa Catarina em 2001. Envolveram a coleta das informações sobre as condições que constroem e condicionam o universo das práticas inerentes à Assistência Farmacêutica, ou seja, sobre recursos financeiros, físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipos e especialização de equipamentos, entre outros.

Para a caracterização do Estado e da estrutura estadual do SUS, foram coletados dados junto a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, IBGE e DATASUS.

Na Norma Operacional Básica do SUS — NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996), o **Relatório de Gestão** integra o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para a habilitação em uma das condições de gestão previstas na Norma. Esses documentos devem estar devidamente aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. No caso de Santa Catarina, para os objetivos do presente estudo, os Relatórios utilizados estão apresentados no Anexo A, destes relatórios foram consultadas as informações que constam no quadro 1.

DADO	INFORMAÇÃO
Dados Demográficos	População Total, População Urbana , População Rural
Demonstrativo de Receitas	de Gasto per capita em Saúde, Percentuais do Governo Federal, do Governo Estadual e do Governo Municipal
Instrumentos de Planejamento	de Plano Municipal de Saúde, Programação Anual do Município, Planejamento em Saúde, Critérios e Parâmetros para Programação Ambulatorial e Hospitalar, Programação Pactuada Integrada
Recursos Humanos	Nível Superior: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Assistente Social e Farmacêutico.
Programas Desenvolvidos pela Rede Operacional	Programa Saúde da Família, Assistência ao Idoso, Saúde Mental, Controle das Zoonoses, Controle das Endemias, Combate Carências Nutricionais, Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, Planejamento Familiar, Tuberculose, Programa Agentes Comunitários de Saúde, Medicamentos Especiais, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, DST/ Aids, Crônico Degenerativas, Assistência ao Adolescente, Assistência ao Portador de Deficiência, Hanseníase, Saneamento, Urgência e Emergência, Programa Integral de Saúde da Mulher, Tratamento Fora do Domicílio, Saúde Escolar, Outros.
Atividades Realizadas	Internações, Consultas e Exames de Análises Clínicas

Quadro 1: Informações coletas junto aos Relatórios de Gestão dos Municípios referente ao ano de 2001

Os dados referentes as práticas no âmbito da Assistência Farmacêutica (planejamento, aquisição de medicamentos e outros produtos, dispensação, entre outros – Anexo F), ou seja, sobre as atividades realizadas pelos provedores da assistência, foram coletados diretamente junto ao gestor municipal, utilizando-se como instrumento um questionário desenvolvido pelo autor deste estudo e acatado pelo Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (Anexo B). Deste questionário foram analisados os dados constantes no Quadro 2.

DADO	INFORMAÇÃO
Em relação à seleção dos medicamentos:	<ul style="list-style-type: none"> # O município possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais? # O município conta com Comissão de Farmácia e Terapêutica responsável pela padronização de medicamentos? # Quais os profissionais que participaram do processo de padronização de medicamentos no município? Farmacêutico, Médico, Enfermeiro, Dentista, Nutricionista # Caso haja, a padronização de medicamentos foi executada com base nos dados epidemiológicos do município (morbimortalidade por grupo populacional, faixa etária, prevalência e incidência de doenças)? # O município recebeu medicamentos (ou recursos financeiros para sua aquisição) como parte de programas de responsabilidade do MS ou da SES?, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão, Hemoderivados, Aids, Controle de endemias, Farmácia popular (kit PSF), Medicamentos excepcionais (alto custo), Saúde mental, Assistência Farmacêutica
Em relação ao processo de programação e aquisição:	<ul style="list-style-type: none"> # O município possui registro dos dados de consumo médio mensal de medicamentos? # De forma geral, o quantitativo de medicamentos disponibilizados na rede de atenção à saúde do município atendeu à demanda total existente no ano de 2001? # O município tem conhecimento do quantitativo da demanda não atendida quanto à necessidade de medicamentos? # Qual a forma adotada pelo município para a aquisição de medicamentos? Por licitação, Por compra direta ao setor privado, Por compra direta ao setor público (laboratórios oficiais) # No caso de aquisição por licitação, o farmacêutico participou do processo? # O processo de aquisição se dá com base na denominação genérica dos medicamentos? # O município solicita e mantém os laudos de qualidade dos lotes de medicamentos adquiridos? # Os fornecedores foram antecipadamente submetidos a processo de "acreditação"? # O município possui Manual de normas ou Procedimentos Operacionais para recebimento dos medicamentos adquiridos? # Quem é o responsável pelo recebimento e conferência dos medicamentos adquiridos?
Em relação ao armazenamento dos medicamentos:	<ul style="list-style-type: none"> # O armazenamento é centralizado? Armazenado nos postos de saúde? Armazenado nos centros de saúde? Armazenado em Unidade Mista? Armazenado em Unidade de Referência? # Qual a área destinada para o armazenamento (em m²) # A localização permite a fácil circulação e movimentação de veículos? Existe Identificação externa? Há controle de temperatura? Há controle de luminosidade? Há controle de umidade? As paredes são de cor clara e com pintura lavável? Portas esmaltadas ou de alumínio? Existe área administrativa? Existe área de recepção? Existe área de expedição? # Quanto aos equipamentos e acessórios disponíveis no ambiente de armazenamento, indicar aqueles existentes e a respectiva quantidade: Aparelhos de ar condicionado, Armário de aço com chave, Carrinho para transporte de medicamentos, Empilhadeira, Equipamento de informática, Termômetros para medida de temperatura ambiente, Extintores de incêndio. # A estocagem dos medicamentos é feita em Estrados? Prateleiras de madeira? Prateleiras de aço? Por empilhamento? # Quanto ao controle do estoque, o funcionário responsável recebeu treinamento específico para a execução do controle? O controle é informatizado? O controle é manual? A gestão dos estoques utiliza algum dos procedimentos? Consumo médio mensal? Estoque mínimo (de segurança ou reserva)? Estoque máximo? Tempo de ressuprimento ou reposição? Ponto de ressuprimento ou reposição/estoque de alarme? Quantidade de ressuprimento? Curva ABC?, Quem é o responsável pelo controle?
Quanto ao processo de dispensação de medicamentos:	<ul style="list-style-type: none"> # A dispensação de medicamentos é centralizada? # Em que local se dá a dispensação dos medicamentos? No consultório médico? Na farmácia do Posto de Saúde? Na farmácia do Centro de Saúde? Na farmácia da Unidade de Referência? Em farmácia privada (comercial) da cidade? Em "Posto de Medicamentos" privado (comercial) na cidade? Em outro local? Onde? # A dispensação dos medicamentos é executada por Atendente? Auxiliar de Enfermagem? Enfermeiro? Nutricionista? Farmacêutico? Assistente Social? Médico? Psicólogo? Outro? Qual? # O município conta com manual de normas e procedimentos específicos para a prescrição e dispensação dos medicamentos? # O Serviço conta com "fichas técnicas de informação" para a dispensação dos medicamentos? # Existem materiais educativos sobre o uso racional dos medicamentos direcionados para os profissionais de saúde e para os usuários? # São mantidos cadastros dos pacientes, contendo informações sobre os medicamentos prescritos, medicamentos dispensados e registro de ocorrências durante uso dos medicamentos? # Existem registros do número de prescrições atendidas e não atendidas?
Quanto a atuação do Profissional Farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> # O município contou com profissional farmacêutico no seu quadro funcional? # Tipo de vínculo funcional e quantidade respectiva? Federal, Estadual, Municipal, Efetivo, Contratado, quantos # Categorização funcional adotada pelo município para a contratação? Farmacêutico, Farmacêutico – Bioquímico, Bioquímico, carga horária de 40 horas semanais, 20 horas semanais, 10 horas semanais, Menos de 10 horas semanais # Atividades desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, com indicação do respectivo número de farmacêuticos que executaram a atividade: Planejamento? Seleção de medicamentos? Aquisição de medicamentos? Controle de armazenamento de medicamentos? Controle do estoque de medicamentos? Dispensação de medicamentos? Análises clínicas? Vigilância sanitária? Outras, Quais?

Quadro 2: Informações coletadas junto ao questionário respondido pelas Secretarias Municipais de Saúde acerca da Assistência Farmacêutica

Tendo como instrumentos de análise o Relatório de Gestão e o Questionário enviado aos municípios, estabeleceu-se como data limite para a definição da amostra a ser analisada,

31 de outubro de 2002.

Além dos dados obtidos a partir do Relatório de Gestão e do Questionário, foram coletados dados junto à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, IBGE e DATASUS, os quais foram utilizados para a caracterização do Estado e da estrutura estadual do SUS

4.2 Definição da amostra

Os 293 municípios do Estado de Santa Catarina foram separados em estratos por faixa populacional (Tabela 1, Anexo C), de acordo como dados do IBGE do ano 2000.

Tabela 1: Número de municípios do Estado de Santa Catarina, por faixa populacional

POPULAÇÃO X 1000	NUMERO DE MUNICIPIOS
<5	107
5 -10	82
10 -20	56
20 -30	11
30 -40	11
40 -50	6
50 -100	11
>100	9
Total	293

Até 31 de outubro de 2002, dos 293 municípios do Estado, 246 (83,95%) municípios entregaram o relatório de gestão 2001, 129 (44,02%) municípios entregaram o questionário e 117 (39,93%) entregaram os dois instrumentos.

Em virtude de que em algumas faixas de municípios não havia disponibilidade de instrumentos de análise em número suficiente para um nível de significância de 95%, optou-se pelo nível possível que os 117 municípios que haviam enviado os dois instrumentos, permitisse, resultando na amostra apresentada na tabela 2.

Tabela 2: Número de municípios sorteados para o estudo, entre aqueles que entregaram os dois instrumentos a serem analisados

POPULAÇÃO X 1000	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NUMERO DE MUNICIPIOS SORTEADOS
<5	107	20
5 -10	82	15
10 -20	56	10
20 -30	11	3
30 -40	11	6
40 -50	6	3
50 -100	11	6
>100	9	5
Total	293	69

Os dados coletados, tanto do relatório de gestão quanto do questionário respondido pelos municípios, foram armazenados em programa desenvolvido pelo autor em plataforma Access da Microsoft, os dados foram analisados e interpretados através da estatística descritiva, por meio de tabelas e gráficos. Foram utilizados os programas do Word e Excel 2000.

Após sorteio obteve-se uma amostra (Anexo D) distribuída geograficamente conforme Figura 1:

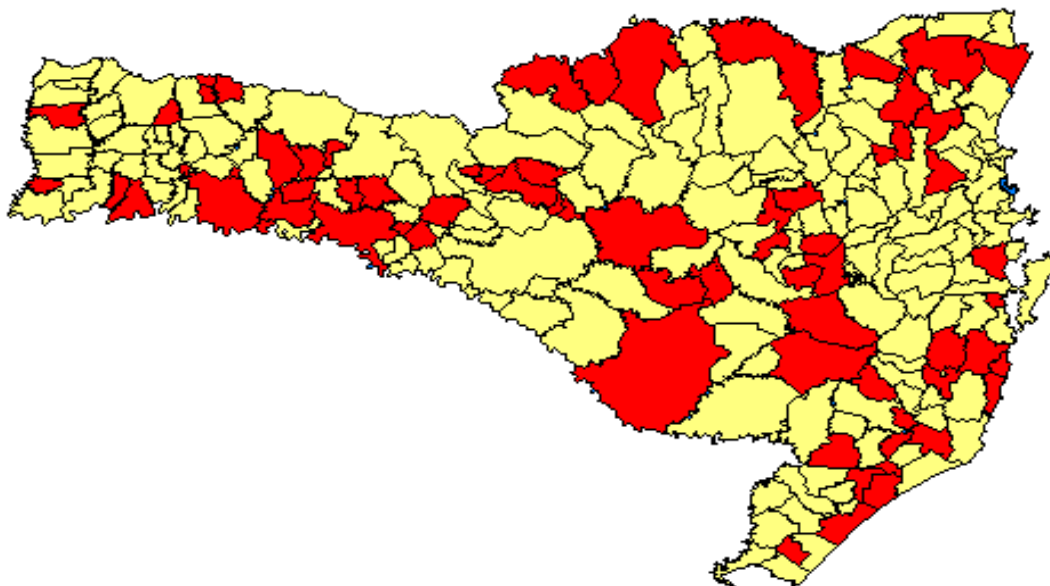


Figura 1: Mapa do Estado de Santa Catarina mostrando em vermelho a localização dos municípios estudados

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características do estado de Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina está localizado na região sul do Brasil, ocupando a parte compreendida entre os estados do Paraná e Rio Grande do Sul. Com uma área de 95.442,9Km², configura-se como o sétimo menor estado do País, ocupando 1,12% de sua área territorial e 16,57% da área da Região Sul, sendo que 21% da superfície possui solo de fertilidade natural elevada, podendo ser utilizada para qualquer cultivo.

A resolução IBGE nº 07 de 15/08/2001(INSTITUTO, 2003) registra, para o Estado, 5.448.736 habitantes distribuídos em 293 municípios, sendo que 21,3% destes vivem em zonas rurais, apresentando, portanto, um grau de urbanização menos acentuado do que os estados vizinhos e mesmo da média nacional. A densidade demográfica é de 57,08 habitantes/Km². Estima-se que 35,8% da população vive em municípios de até 25.000 habitantes. Apenas três municípios apresentam populações superiores a 200.000 habitantes: Joinville, Florianópolis e Blumenau, compreendendo a 19,2% da população do Estado e 1% do total de municípios (SANTA, 2002).

No que se refere a concentração de renda em Santa Catarina, não é diferente do restante do Brasil, 76,36% dos catarinenses com mais de 10 anos possuíam rendimento mensal de até 3 salários mínimos em 2000, sendo que deste total, 35,93% não possuía rendimento algum (Tabela 3).

Tabela 3: Percentual de pessoas de 10 anos ou mais de idade, por classes de rendimento nominal mensal, no Brasil e em Santa Catarina

	Pessoas de 10 anos ou mais de idade							Sem rendimento (2)
	Classes de rendimento nominal mensal (salário mínimo) (1)							
	Até 1	Mais de 1 a 2	Mais de 2 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5 a 10	Mais de 10 a 20	Mais de 20	
BRASIL	17,92	14,04	7,17	7,44	6,7	2,87	1,63	42,22
SANTA CATARINA	13,52	16,66	10,25	10,44	8,33	3,19	1,67	35,93

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

(1) Salário mínimo utilizado: R\$ 151,00. (2) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Em Santa Catarina, 43% das pessoas com alguma ocupação possuem a carteira de trabalho assinada, 7 pontos percentuais maior que o índice nacional, no entanto, mais de um milhão de catarinenses que possuem algum tipo de ocupação não estão cobertos pelas proteções trabalhistas e previdenciárias que este contrato fornece (Tabela 4).

Tabela 4: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por posição na ocupação e a categoria do emprego no trabalho principal, em Santa Catarina

Pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência									
Posição na ocupação no trabalho principal									
Empregados									
Total	Categoria do emprego no trabalho principal					Emprega- dores	Conta própria	Não remun- nerados em ajuda a membro do domicílio	Trabalha- dores na produção para o próprio consumo
	Total	Com carteira de trabalho assinada (1)	Militares e funcionários públicos estatutários	Outros sem carteira de trabalho assinada (2)					
Santa Catarina.	2 406 676	1 542 938	1 042 308	106 108	394 522	89 718	578 358	159 090	36 572
%	100	64	43	4	16	4	24	7	2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

(1) Inclusive os trabalhadores domésticos. (2) Inclusive os aprendizes ou estagiários sem remuneração.

Quanto ao tempo de estudo, Santa Catarina, possui uma situação mais favorável do que a média nacional. No entanto, o número de pessoas com menos de um ano de estudo, no ano 2000, ainda era maior do que o número de pessoas com curso superior ou com mais de 15 anos de estudo (Tabela 5).

Tabela 5: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por grupos de anos de estudo, em Santa Catarina

Pessoas de 10 anos ou mais de idade								
Grupos de anos de estudo								
Total	Sem instrução e menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 a 14 anos	15 anos ou mais	Não determinados	
Brasil	136 910 355	14 994 413	25 853 416	46 955 746	21 034 424	20 957 397	5 911 117	1 203 845
	PERCENTUAL	11	19	34	15	15	4	1
Santa Catarina	4 374 244	212 181	641 824	1 822 993	788 088	679 997	183 416	45 745
	PERCENTUAL	5	15	42	18	16	4	1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Os dados do IBGE 2000 indicam que o percentual da população catarinense com deficiência é muito próximo do quadro nacional, pois no Brasil 14,48% apresenta alguma, deficiência enquanto Santa Catarina este percentual é de 14,21% (Tabela 6). Estes dados permitem dimensionar o universo da população alvo de uma série de programas especiais de saúde.

Tabela 6: População residente, por tipo de deficiência, Brasil e Santa Catarina

População residente									
Tipo de deficiência									
Total (1) (2)	Pelo menos uma das deficiências enumeradas	Deficiência mental permanente	Deficiência física			Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente e de caminhar ou subir escadas	Nenhuma destas deficiências (4)
			Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente	Falta de membro ou de parte dele (3)					
Brasil	169 872 859	24 600 255	2 844 936	937 462	478 595	16 644 840	5 735 099	7 939 784	143 726 948
Santa Catarina	5 357 864	761 564	82 657	25 787	21 217	496 225	186 851	252 988	4 546 737

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

(1) As pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez. (2) Inclusive as pessoas sem declaração destas deficiências. (3) Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar. (4) Inclusive a população sem qualquer tipo de deficiência.

5.2 Organização do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina

A organização estrutural do SUS, regulamentada através das Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), determina que: “As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. Isso significa que a União, os Estados e os Municípios têm competências próprias, além de algumas atribuições comuns, na organização do SUS.

5.2.1 Modalidades de Gestão

Em relação ao funcionamento do SUS, a partir da NOB/SUS-01/96 (BRASIL, 1996),

foram estabelecidas as condições de gestão, tanto para o Sistema Estadual, quanto para o Sistema Municipal. No nível Estadual, as modalidades Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. As modalidades de Gestão do SUS têm em comum o repasse de recursos fundo a fundo automaticamente, mas de acordo com as responsabilidades que foram assumidas em cada modalidade.

5.2.1.1 Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme exposto na programação.
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças

e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

- l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

5.2.1.2 Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

- a) Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde.
- b) Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite.
- c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.
- d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:
 - as metas pactuadas;
 - a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
 - as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
 - os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.
- e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

- f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.
- g) Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria.
- h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o despêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.
- j) Apresentar à Comissão Intergestores Tripartite a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

Santa Catarina habilitou-se na Gestão Plena do Sistema Estadual através da portaria GM/MS 1.360 de 09/12/99, este é o tipo de gestão na qual o Estado recebe, de forma regular automática, os recursos financeiros para gerenciamento do sistema de saúde no âmbito estadual, cooperando com recursos financeiros e técnicos junto aos municípios.

Em 2001 o gestor estadual tinha sob sua responsabilidade a seguinte estrutura (quadro 3):

COORDENADORIAS	Coordenadoria de Saúde Pública Coordenadoria de Administração Hospitalar Coordenadoria de Ações Regionais De Saúde Coordenadoria Administrativa e Financeiro
DIRETORIAS	Diretoria de Administração de Recursos Humanos Diretoria de Planejamento e Coordenação Diretoria Financeira e Contábil Diretoria Administrativa Diretoria de Obras, Manutenção e Recuperação Diretoria de Assuntos Hospitalares Diretoria de Assuntos Ambulatoriais Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica Diretoria de Vigilância Sanitária Diretoria de Medicamentos Básicos
UNIDADES	Policlínica de Referência Regional Laboratório Industrial Farmacêutico de Santa Catarina Laboratório Central de Saúde Pública de Santa Catarina Centro de Pesquisas Oncológicas Associação Santa Catarina de Reabilitação Instituto de Anatomia Patológica Centro de Hematologia e Hemoterapia Hospital Celso Ramos Hospital Infantil Joana de Gusmão Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes Instituto de Cardiologia Hospital Nereu Ramos Maternidade Carmela Dutra Instituto de Psiquiatria Hospital Florianópolis Hospital Miguel Couto Maternidade Dona Catarina Kuss Hospital Regional Hans Dieter Schmidt Maternidade Darcy Vargas

Quadro 3: Estrutura organizacional da Gestão Estadual

O Estado de Santa Catarina possuía também, até dezembro de 2002, 18 estruturas administrativas Regionais de Saúde, que considerava-se a sede administrativa regionalizada para desenvolvimento de ações e serviços de âmbito do gestor estadual, sediada em município pólo de um conjunto de municípios. São estruturas criadas desde 1993, inicialmente a partir da celebração de convênio de cooperação técnico-financeira entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Associações de Municípios existentes no estado. Posteriormente, tais entidades regionais foram legitimadas na estrutura estadual, compondo a distribuição apresentada na Figura 2. A Regional de Saúde tem como estratégia de articulação gerencial o funcionamento

de um Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (SES/SC, 2002).

	GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL	GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL
Responsabilidades Específicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE; 2. Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados; 3. Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual; 4. Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB. 2. Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.
Requisitos Específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração. 2. Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população. 3. Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração. 2. Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas. 3. Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população. 4. Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios
Prerrogativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados. 2. Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB. 3. Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA). 4. Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária. 5. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados. 2. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR). 3. Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB. 4. Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA). 5. Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária. 6. Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima. 7. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

Quadro 4: Responsabilidades, requisitos e prerrogativas específicas de cada tipo de habilitação

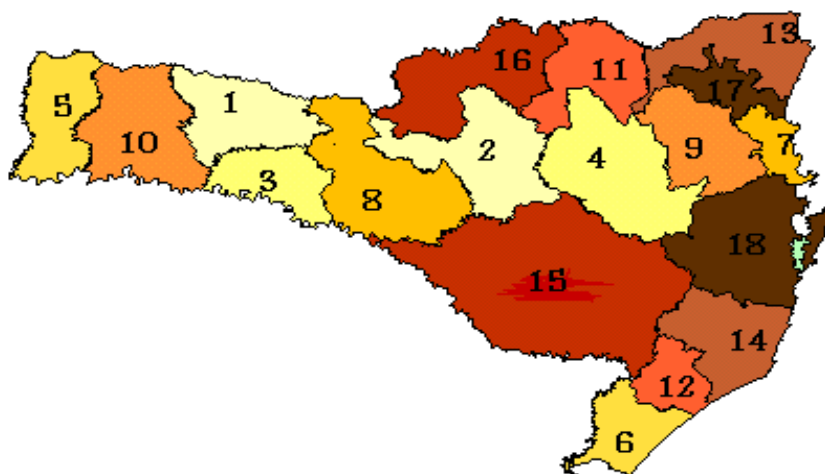


Figura 2: Distribuição das 18 Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina

No nível municipal, as modalidades são Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena de Sistema Municipal. A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

	GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DE SISTEMA MUNICIPAL
Responsabilidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual. 2. Gerência de unidades ambulatoriais próprias. 3. Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades. 4. Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços. 5. Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS. 6. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual. 2. Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência. 3. Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades. 4. Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços. 5. Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS. 6. Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal. 7. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM. 8. Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais. 9. Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional. 10. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS. 11. Avaliação permanente do impacto das ações de
Responsabilidades	<ol style="list-style-type: none"> 7. Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional. 8. Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços. 9. Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS. 10. Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente. 11. Execução das ações básicas de vigilância 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais. 9. Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional. 10. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS. 11. Avaliação permanente do impacto das ações do

	GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DE SISTEMA MUNICIPAL
	<p>sanitária, incluídas no PBVS.</p> <p>12. Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências morbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.</p> <p>13. Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.</p>	<p>Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.</p> <p>12. Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.</p> <p>13. Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências morbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.</p>
Requisitos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprovar o funcionamento do CMS. 2. Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde 3. Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação. 4. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão. 5. Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor. 6. Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada. 7. Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados. 8. Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária. 9. Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica. 10. Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprovar o funcionamento do CMS. 2. Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde. 3. Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação. 4. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios. 5. Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor. 6. Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada. 7. Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados. 8. Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento. 9. Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária. 10. Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses 11. Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS. 12. Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas. 13. Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). 14. Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.
Prerrogativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB). 2. Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). 3. Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças. 4. Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA). 2. Normatização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB. 3. Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS). 4. Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município. 5. Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e

	GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DE SISTEMA MUNICIPAL
		hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal. 6. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT

Quadro 5: Modalidades de Gestão Municipal do SUS , responsabilidades, requisitos e prerrogativas

Em 2000, Santa Catarina concluiu o processo de municipalização segundo as diretrizes da NOB SUS 01 96 (BRASIL, 1996), tendo habilitado 273 (93,17%) municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e 20 (6,83%) municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, representando 62,85% e 37,15% da população catarinense, respectivamente (Figura 3). Observam-se vazios de habilitação em Gestão Plena do Sistema de Saúde nas regiões do Extremo Oeste, Sul, Meio Oeste, Planalto Norte e Grande Florianópolis, o que implica fraco desenvolvimento gerencial na atenção à saúde, e um destacado papel do Gestor Estadual, especialmente nos serviços de média e alta complexidade (SANTA, 2002).



Figura 3: Distribuição dos Municípios catarinenses conforme condição e gestão do SUS, segundo a NOB 96 no ano de 2001

A partir do final de 2001, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS-01/01 (BRASIL, 2001) estas modalidades mudaram um pouco, pois foi ampliada as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelecido um processo de regionalização com estratégia de hierarquização, e foram atualizados os critérios de habilitação de estados e municípios. Neste estudo, entretanto, foram utilizados os conceitos e definições da NOB/SUS-01/96 (BRASIL, 1996), pois foi com base nesta norma que os municípios construíram seus Relatórios de Gestão do ano 2001.

5.2.2 Recursos humanos de nível superior disponíveis para a área da saúde

Uma das prerrogativas do movimento sanitário, há mais de 20 anos, foi que o modelo de atenção à saúde deveria ter o saber e o poder centrados na equipe multiprofissional e não mais no profissional médico. Tal estratégia tornou-se oficial a partir da NOB/SUS-01/96 segundo Relatório da 10^a Conferência Nacional de Saúde (1996). Especificamente em relação à Assistência Farmacêutica, cujas ações têm o medicamento como insumo essencial e devem ser desenvolvidas pelo farmacêutico, podendo contar com a atuação de outros profissionais da saúde, a participação de farmacêuticos na equipe multiprofissional torna-se essencial. Sendo assim, o número de profissionais de nível superior e, em particular, o número de farmacêuticos disponíveis para compor equipes multiprofissionais é um fator importante para a análise da estrutura do sistema de saúde.

O Estado de Santa Catarina conta com 3870 farmacêuticos conforme o Conselho Regional de Farmácia (CRF/SC), a participação destes na Assistência Farmacêutica e em equipes multiprofissionais não é possível analisar e avaliar, a partir dos dados gerais do Estado. Contudo, a análise dos dados obtidos para os Municípios estudados, nos possibilita traçar um perfil dos recursos humanos de nível superior na área da saúde que, possivelmente, não difira da situação do Estado.

Analisando apenas os recursos humanos de nível superior na área da saúde, verifica-se que 100% dos Municípios estudados possuem profissional médico e que 97% possuem odontólogo, no entanto, 9% dos Municípios relataram não contar com enfermeiro, 15% não contam com assistente social e 35% não contam com farmacêutico (Figura 4). A comparação deste dado com a população dos Municípios indica que não há uma correlação direta entre o tamanho do Município e a existência ou não do profissional. Anexo E.

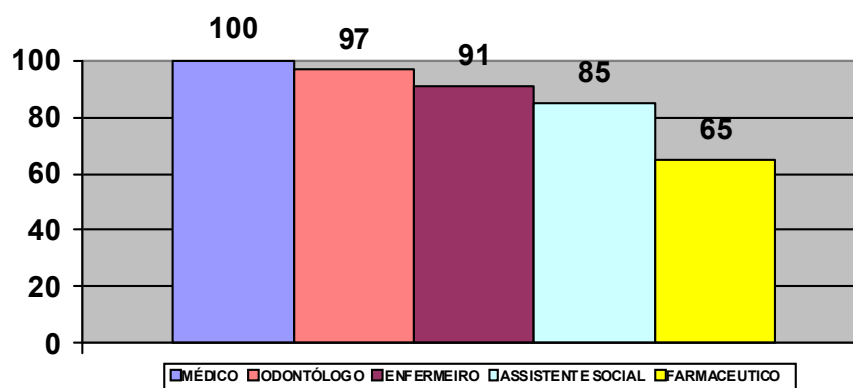


Figura 4: Representação Gráfica do percentual de municípios estudados que contam com pelo menos um dos profissionais de saúde de nível superior investigados

A análise da disponibilidade de profissionais por número de habitantes mostrou uma grande variação. Para os médicos foi encontrada desde uma relação de 1: 533 habitantes até 1 : 4301 habitantes, já para farmacêuticos, a variação foi de 1:1194 habitantes a 1:88470 habitantes . A disponibilidade por unidade de saúde também mostrou grande variação, seguindo a distribuição por habitante (Tabela 7).

Tabela 7: Demonstração da variação do número de profissionais de saúde de nível superior por habitantes na amostra de municípios estudada

PROFISSIONAL	PROPORÇÃO POR NUMERO DE HABITANTES		PROPORÇÃO POR UNIDADE DE SAÚDE	
	MÍNIMO	MAXIMO	MÍNIMO	MAXIMO
MÉDICO	533	4301	0,5	5,73
ODONTÓLOGO	1061	9773	0,16	3
ENFERMEIRO	1186	16151	0,11	2
ASSISTENTE SOCIAL	1956	50384	0,04	1
FARMACÊUTICO	1194	88470	0,04	1

Em relação aos farmacêuticos, deve-se considerar, ainda, a função que estes exercem. No Relatório de Gestão encontra-se apenas a designação Bioquímico, a qual pode ser atribuída tanto ao profissional responsável pelas questões envolvendo os medicamentos, quanto pelas análises clínicas. Através do questionário foram levantados alguns dados quanto às atribuições deste profissional (Anexo B). Segundo este instrumento, 57% dos Municípios indicaram possuir farmacêuticos em seus quadros, sendo 27% contratados como bioquímicos, 33% como farmacêuticos e 40% como farmacêuticos-bioquímicos. A análise das atividades desempenhadas por estes profissionais mostra que os farmacêuticos atuam em várias etapas da Assistência Farmacêutica, bem como em outras atividades relacionadas à saúde. A Tabela 8 mostra as principais atividades desempenhadas por estes profissionais.

Tabela 8: Atividades desenvolvidas pelos Farmacêuticos dos municípios estudados

nº de Municípios que relataram contar com Farmacêutico, Bioquímico, Farmacêutico-Bioquímico	nº de Farmacêutico, Bioquímico, Farmacêutico -Bioquímico	Atividades que contam com a participação do Farmacêutico								
		Controle de armazenamento	Dispensação	Seleção de medicamentos	Planejamento	Controle de estoque	Aquisição	Análises clínicas	Vigilância sanitária	outros
45	118	82%	79%	79%	77%	74%	67%	62%	38%	23%

5.2.3 Recursos financeiros aplicados em saúde

Dados do Ministério da Saúde estimam que em 2001 em Santa Catarina as despesas públicas com ações e serviços públicos de saúde foram de R\$ 910.561.000,00, sendo que 52% foram recursos federais, 25% recursos estaduais e 23% recursos municipais, o que aponta para um gasto per capita de R\$170,00 habitante ano (Tabela 9).

Tabela 9: Execução orçamentária do Ministério da Saúde, por tipo de despesa com ações e serviços públicos de saúde em Santa Catarina no ano de 2001

		Projeto Alvorada	R\$ 26.000,00	
		Inativo e Pensionista	R\$ 44.232.000,00	
		Pessoal Ativo	R\$ 33.873.000,00	
Ações e Serviços Públicos de Saúde	Outras Despesas de Custeios e de Capital - OCC	Transferências Fundo a	Estadual	R\$ 186.649.000,00
		Fundo	Municipal	R\$ 260.237.000,00
		Transferências de Convênios		R\$ 38.637.000,00
		Outras Transferências		R\$ 475.000,00
		Total		R\$ 564.129.000,00

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/Fundo Nacional de Saúde - FNS.- Sistema Integrado de Dados Orçamentários - Sidor. Sistema de Administração Financeira - Siaf Produção e Gerencial.

Na tabela 10, apresenta-se a distribuição dos recursos próprios do tesouro estadual constantes no orçamento do setor saúde do ano de 2001, classificados nos itens de pessoal e encargos que envolve despesas com salários(ativos, inativos e pensionistas), diárias, obrigações patronais, salário família, Despesas Correntes que envolve prestação de serviços em geral e material de consumo e Despesas de Capital que envolvem obras, equipamentos e transferências para investimentos em órgãos públicos e privados sem fins lucrativos.

Tabela 10: Recursos constantes no orçamento do setor Saúde para Santa Catarina no ano de 2001

ITEM	VALOR (R\$ 1,	%
PESSOAL E ENCARGOS	152.729.291,00	64.30
OUTRAS DESPESAS CORRENTES	63.790.015,00	26.86
DESPESAS DE CAPITAL	20.996.191,00	8.84
TOTAL	237.515.497,00	100

Este gasto, no entanto, sofre considerável variação quando os gastos per capita declarados pelos Municípios junto aos Relatórios de Gestão foram analisados (Figura 5).

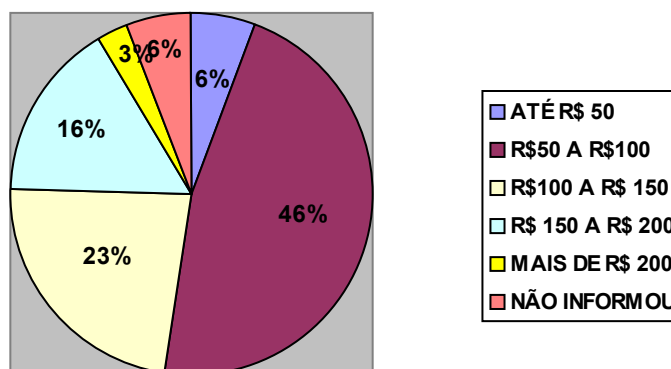


Figura 5: Representação Gráfica da distribuição percentual dos municípios estudados em relação ao gasto per capita operado pelo município em saúde

Os recursos aplicados em saúde sob responsabilidade dos gestores municipais, são oriundos principalmente dos governos federal e municipal, sendo que em mais de 90% dos municípios estudados o estado participa com menos de 5% destes recursos. Quanto ao percentual de participação dos municípios com recursos próprios o estudo encontrou que 67% dos municípios estudados participam com mais de 50% dos recursos aplicados em saúde (Figura 6).

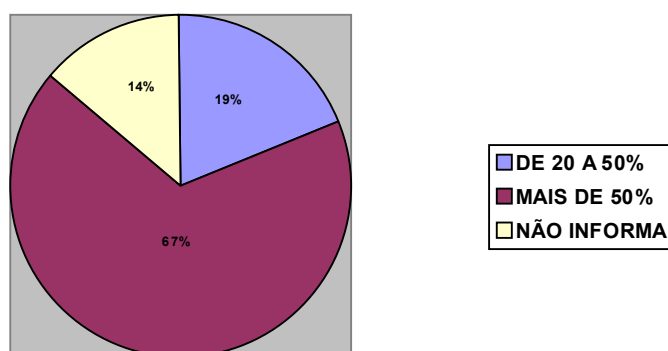


Figura 6: Representação Gráfica da distribuição percentual dos municípios estudados em relação a participação com recursos próprios no gasto *per capita* em saúde

Também foi possível verificar que não há nenhuma relação entre as características demográficas e sócio econômicas dos 69 Municípios estudados e o gasto per capita em saúde, uma vez que foi considerável a variação dos valores aplicados em saúde em todos os estratos populacionais estudados (Figura 7), estes dados sugerem que os recursos aplicados em saúde sofrem forte influência de definições políticas.

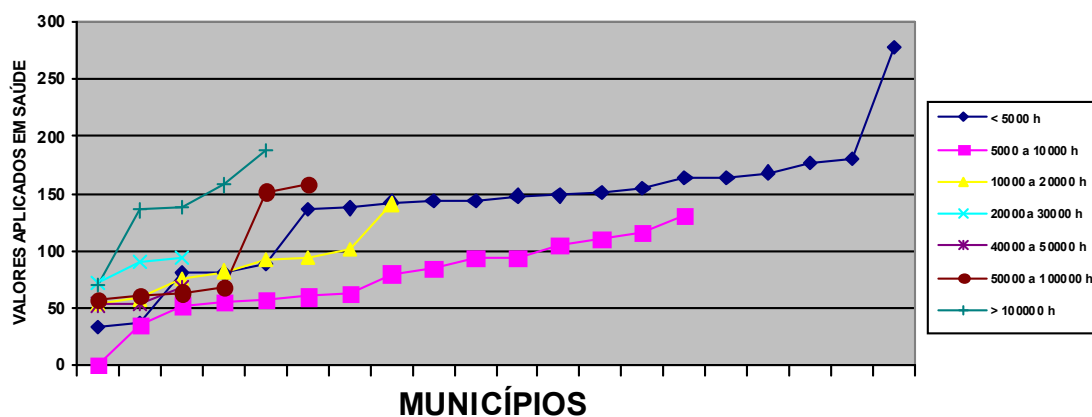


Figura 7: Variação dos valores per capita aplicados em saúde nos municípios estudados por estratos populacionais

5.2.4 Instrumentos de planejamento e informação

O excesso de verticalidade e a emissão de diversos instrumentos de planejamento oriundos de diferentes áreas do Ministério da Saúde, desarticulados entre si, tem como consequência ações/atividades, isoladas e dicotomizadas, que dificultam a integração e articulação operacional entre o planejamento, a organização dos serviços e a avaliação de seus resultados, são objetivamente fatores restritivos ao processo de planejamento em nível estadual e municipal, no entanto, a análise dos relatórios indica que alguns instrumentos de planejamento, passam a ser referência de um grande percentual de municípios, em particular a Programação Pactuada Integrada, a qual é utilizada por 83% dos municípios estudados e o Plano Municipal de Saúde que é utilizado por 90% dos municípios estudados (Figura 8).

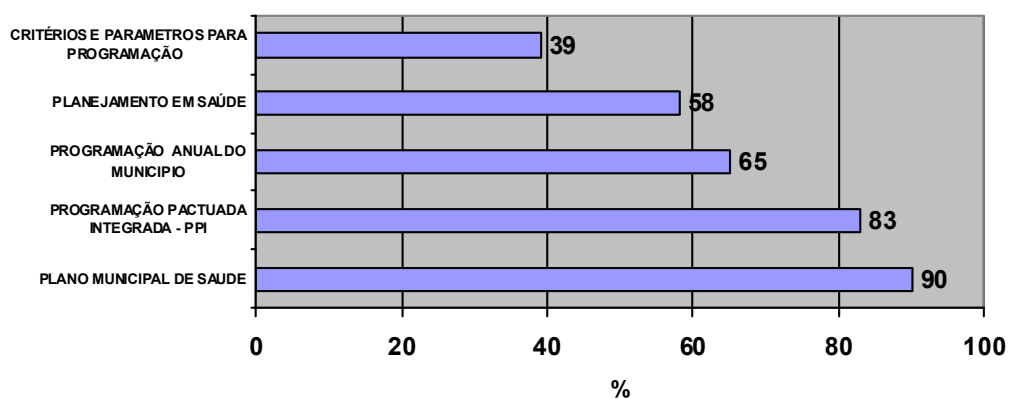


Figura 8: Demonstração Gráfica do percentual de municípios que utilizam determinados instrumentos de planejamento e informação

A Programação Pactuada Integrada envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de organização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Os dados obtidos junto aos 69 municípios estudados demonstraram que as pactuações de vigilância sanitária e epidemiológica foram as mais rapidamente assimiladas materializando-se em programas (Figura 12).

Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Quanto as diretrizes para a organização da Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, esta foi aprovada em Santa Catarina apenas em março de 2002 e, portanto, não possível considerar no presente estudo.

5.2.5 Estrutura da assistência ambulatorial no estado de Santa Catarina

Segundo informações do cadastro do Sistema de Informações Ambulatoriais para outubro de 2001, a capacidade instalada para o SUS/SC era de 3.491 unidades de saúde, das quais, 1.877 (53,7%) eram Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família, os demais dividem-se entre outros em, ambulatórios de hospital geral, consultórios, policlínicas (Tabela 11).

Considerando os dados coletados junto aos relatórios de gestão 2001 nos revelam, diferentemente dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, que as unidades de saúde são preponderantemente Postos de Saúde e sendo assim distribuídas: 67% são Postos de Saúde, 19% são Centros de Saúde, 9% são Unidades Mistas e 5% são unidades de referência (Figura 9).

Os números encontrados no Relatório de Gestão demonstram que os municípios estudados possuem uma estrutura de unidades sanitárias demograficamente bem distribuída. Embora existam alguns municípios cujas unidades abrangem um universo populacional bastante elevado, mais de 90% dos municípios estudados possuem 1 unidade ambulatorial para até 6000 habitantes. Segundo diversos estudos, as unidades de atenção básica podem

resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população e os dados obtidos indicam que, quanto a disponibilidade de local, não considerando as condições para executar os serviços de atenção básica, o SUS nos municípios estudados está bem estruturado.

Tabela 11: Número de unidades de saúde cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais para Santa Catarina, em outubro de 2001

Rede ambulatorial do SUS - Santa Catarina	
Posto de Saúde	310
Centro de Saúde	1166
Policlínica	141
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	175
Ambulatório de Unidade Hospitalar Especializada	17
Unidade Mista	27
Pronto Socorro Geral	8
Pronto Socorro Especializado	1
Consultório	172
Clínica Especializada	100
Centro/Núcleo de Atenção Psicossocial	10
Centro/Núcleo de Reabilitação	24
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	357
Unid. Móvel Terrestre p/Atend. Médico/Odontológico	64
Unid.Móvel Terr.Prog.Enfrent.às Emergênc.e Traumas	26
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	2
Unidade de Saúde da Família	401
Centro Alta Complexidade em Oncologia III	1
Unidades de Vigilância Sanitária	120
Unidades não Especificadas	369

Fonte – DATASUS - SIA/SUS

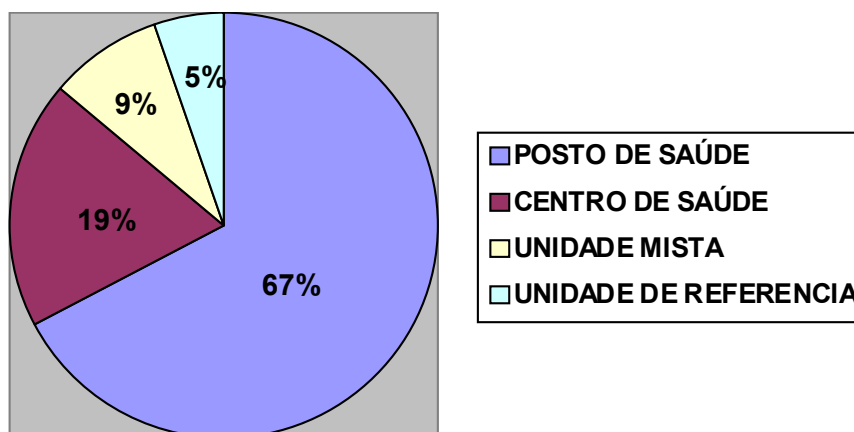


Figura 9: Representação gráfica do percentual do tipo de Unidade Ambulatorial existente nos municípios estudados(n=69)

No entanto, quanto à cobertura da população catarinense com consultas, os dados encontrados nos Relatórios de Gestão, mostram uma média de 1,67 consultas habitante/ano, diferem, tanto dos preconizados pelo Ministério da Saúde de 2 a 3 habitante/ano, quanto aos divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde 2,2 consultas habitante/ano em 2001 (SANTA, 2002).

A Consulta Pública Nº 1, de 08 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde preconiza alguns parâmetros para os procedimentos por habitante/ano na média e na alta complexidade ambulatorial, bem como o percentual sobre o número total de consultas, os dados compensados no SIA/SUS (Tabela 16) revelam que em Santa Catarina no ano de 2001 a produção de média e alta complexidade ambulatorial ficou em alguns procedimentos fora dos parâmetros da Consulta Pública, particularmente nos procedimentos de patologia clínica, onde atua o Farmacêutico Bioquímico.

Tabela 12: Parâmetros para produção ambulatorial de média e alta complexidade e produção do ano de 2001

GRUPO DE PROCEDIMENTO	CONSULTA PÚBLICA	PRODUZIDO EM 2001
	HABITANTE / ANO	
Procedimentos especial profissional médico, outros nível superior	0,5 a 1	0,976
Cirurgias ambulatoriais especializadas	0,05	0,0331
Procedimentos traumato ortopedicos	0,1	0,0266
Ações especializadas em odontologia	0,04 a 0,06	0,0358
	NUMERO DE CONSULTAS	
Patologia Clínica	30 a 50%	78,18%
Radiodiagnóstico	5 a 8%	10,44%
Fisioterapia (Por Sessão)	8 a 9%	6,07%
Anatomopatologia e Citopatologia	2,36%	3,7%
Diagnose	5 a 6%	1,04%
Exames Ultra.Sonográficos	0,5 a 1,5%	0,92%
Terapias Especializadas (Por Terapia)	2 a 3%	0,81%

Fonte: DATASUS – SIA/SUS

Estes dados, quando comparados com o gasto em procedimentos ambulatoriais mostra que, do total dos procedimentos ambulatoriais no ano 2001 em Santa Catarina, 63,2% foram de Atenção Básica, porém quase 80% do valor total gasto referem-se aos procedimentos especializados e de alta complexidade (Figura 10).

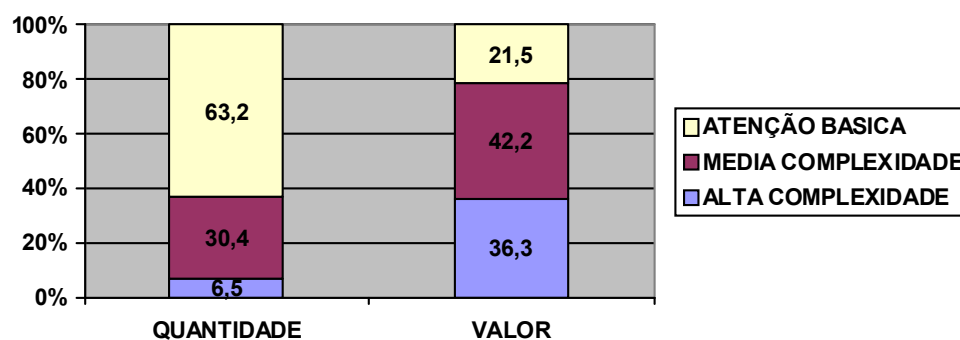


Figura 10: Quantidade Aprovada e Valor Aprovado, segundo tipo de procedimento, Santa Catarina, 2001 - SIA/SUS

A média e a alta complexidade ambulatorial, que é composta por procedimentos que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja complexidade da prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, de apoio diagnóstico e terapêutico, concentrava-se em 2001 na região da Grande Florianópolis, sendo precária a oferta no restante do estado (SANTA, 2002).

Segundo o Sistema de Informações ambulatoriais, a quantidade total de procedimentos aprovada nos grupos de procedimento de Atenção Básica, de média e de alta complexidade foi 55.204.255, diferente das informações contidas no Plano Estadual de Saúde (SANTA, 2002), uma diferença de aproximadamente 5 milhões de procedimentos, fato que chama atenção.

A Tabela 13, apresentada em seguida permite analisar mais detalhadamente a produção ambulatorial do SUS em Santa Catarina no ano de 2001. Para facilitar a análise, os procedimentos estão ordenados pela quantidade realizada, observa-se que procedimentos relacionados a Assistência Farmacêutica, que não sejam a disponibilização de medicamentos, não são computados na compensação da produção ambulatorial em todos os níveis de atenção.

Já outros procedimentos em que o profissional farmacêutico está diretamente envolvido ou os executa são compensados, como por exemplo os 8.369.456 procedimentos de Patologia Clínica, cuja compensação é utilizada apenas para a remuneração dos serviços.

Tabela 13: Produção ambulatorial e custo unitário do SUS, por tipo de procedimentos, em SC – 2001

Tipo de Procedimentos	Quantidade	Valor Aprovado	Custo Unitário
Procedimentos de Atenção Básica	34.879.555	42.123.842,33	1,2
Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	14.729.721	9.284.233,63	0,63
Ações Básicas Em Odontologia	10.747.463	13.396.579,01	1,25
Ações Médicas Básicas	7.263.556	15.737.602,25	2,17
Ações Executadas P/Outros Prof Nível Superior	1.858.502	3.322.044,66	1,88
Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	280.313	383.382,78	1,5
Procedimentos Especializados	16.767.254	78.018.428,00	4,99
Patologia Clínica	8.369.456	36.839.894,76	4,4
ProcedEspecProfisMédicos,OutNívelSup/Méd	4.993.952	15.579.219,60	1,79
Radiodiagnóstico	1.144.183	10.265.137,78	8,97
Fisioterapia (Por Sessão)	641.910	1.504.241,00	2,34
Anatomopatologia e Citopatologia	492.779	3.345.556,67	6,79
Diagnose	254.108	1.518.498,24	5,98
Ações Especializadas Em Odontologia	227.317	946.908,05	4,17
Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	207.622	4.740.420,07	22,83
Próteses e Órteses	130.060	1.598.573,49	12,29
Procedimentos Traumatol. Ortopédicos	133.801	3.074.251,89	22,98
Exames Ultra. Sonográficos	98.483	956.025,39	9,71
Terapias Especializadas (Por Terapia)	73.176	2.241.890,97	30,64
Anestesia	317	5.870,79	18,52
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	3.557.446	75.597.499,00	21,25
Medicamentos	2.648.456	13.728.278,96	5,18
Hemoterapia	460.829	8.848.885,25	19,2
Terapia Renal Substitutiva	201.474	20.750.641,27	102,99
Radioterapia (Por Especificação)	178.299	2.824.365,28	15,84
Quimioterapia . Custo Mensal	31.173	16.162.134,68	518,47
Tomografia Computadorizada	22.080	2.231.531,29	101,07
Ressonância Magnética	10.148	2.732.603,30	269,28
Medicina Nuclear . In Vivo	4.792	959.141,79	200,15
Hemodinâmica	2.711	1.275.200,18	470,38
Acompanhamento de pacientes	3.327	305.534,69	91,83
Busca de órgão para transplante	4.017	1.133.311,53	282,13
Radiologia Intervencionista	590	47.810,08	81,03
TOTAL	55.204.255	195.739.769,33	3,55

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/SIA/SUS

5.2.6 Assistência hospitalar no Estado de Santa Catarina

São 214 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, com 12.727 leitos disponíveis para a população de Santa Catarina. O percentual médio está em 2,54 leitos por 1000 habitantes, sendo que a maior concentração encontra-se na macrorregião da Grande Florianópolis (3,5 leitos/1000 habitantes) e a menor na macrorregião Nordeste com 1,46. O

Estado conta com 21 hospitais próprios, sendo que destes, 8 são terceirizados (SANTA, 2002).

A classificação hospitalar para Santa Catarina, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, considera as unidades hospitalares por tipo de atendimento, entendendo Clínicas Básicas as que atendem clínica geral, cirúrgica, gineco-obstetrícia e pediatria; as unidades especializadas são as que prestam assistência médica em uma só especialidade, com outras especialidades correlatas ou de suporte, em regime de internação e de urgência. Por fim, as unidades de caráter Geral, as que prestam assistência médica, em especialidades médicas não básicas e nas especialidades médicas básicas (não obrigatoriamente as 4), em regime de internação e urgência, devendo ter minimamente 7 especialidades ou as 4 básicas e mais 3 outras especialidades.

Tabela 14: Número de Leitos e de Hospitais, segundo tipo de atendimento, por macrorregião de saúde. SC – nov/2001

REGIÃO	LEITOS	LEITOS/ 1000 HAB	CLÍNICAS BÁSICAS	ESPECIA- LIZADO	GERAL	UNIDADES ASSISTEN- CIAIS	TOTAL
Extr. Oeste	1.752	2,53	41	0	3	1	45
Sul	1.973	2,45	17	1	5	3	26
Plan. Serrano	863	3,30	07	1	3	2	13
Florianópolis	2.578	3,50	03	8	6	7	24
Vale do Itajaí	2.342	2,02	30	1	7	5	43
Nordeste	1.203	1,46	06	1	6	1	14
Plan. Norte	499	2,29	05	1	2	3	11
Meio Oeste	1.517	2,79	32	0	5	1	38
TOTAL	12.727	2,54	141	13	37	23	214

Fonte: SES/SC.

Em relação aos gastos com a assistência hospitalar em 2001, no Estado de Santa Catarina o SUS aprovou em 2001 R\$ 134.814.023,44 para internações hospitalares de média complexidade para uma cobertura de 7,11% da população, R\$ 21.729.871,10 para internações hospitalares de alta complexidade para uma cobertura de 0,21% da população e R\$ 11.030.341,86 com o FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa). A Tabela 15 mostra com mais detalhes a distribuição deste custos que representaram 47,22 % do custeio da Assistência a Saúde em Santa Catarina, uma vez que o teto para o Estado em 2001 foi de R\$ 354.882.885,98 (SANTA, 2002).

Tabela 15: Número de procedimentos e custos da Assistência Hospitalar em Santa Catarina, em 2001

ESPECIALIDADE		PRODUÇÃO 2001			
		DISTRIBUIÇÃO ENTRE CLÍNICAS	NÚMERO DE AIHs	VALOR GLOBAL	VALOR MÉDIO
CLÍNICAS	MÉDICA	44.23%	176.361	56.064.952,43	317,90
	PEDIÁTRICA	12.17%	48.517	16.454.064,99	339,14
	OBSTÉTRICA	19.80%	78.974	20.592.835,27	260,75
	CIRÚRGICA	16.00%	63.799	32.755.546,00	513,42
SUB-TOTAL		92.19%	367.651	125.867.399,00	342,36
PSIQUIATRIA		4,95%	19.734	8.946.624,75	453,36
ALTA COMPLEXIDADE		2,86%	11.394	21.729.871,10	1907,13
TOTAL SIH*		100%	398.779	156.543.894,54	392,56

Fonte DATASUS * Sem FIDEPS E Estagiários *Dados tabulados pela SES/SC

Para os municípios estudados, os dados coletados junto aos Relatórios de Gestão revelam uma produção média maior (8,7%) que as internações hospitalares divulgados pelo Sistema de Informações e pela Secretaria de Estado da Saúde (7,3%). A Figura 11 apresenta os percentuais de cobertura populacional com internações hospitalares nos 69 municípios estudados.

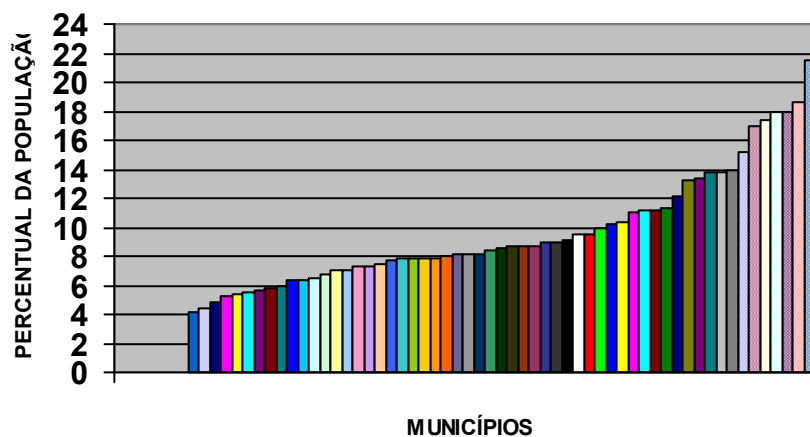


Figura 11: Demonstração Gráfica do percentual de população coberta com internações hospitalares nos municípios estudados, informações dos Relatórios de Gestão 2001

Condições sociais precárias, aliadas à deficiência crônica da oferta de serviços ambulatoriais e ou à baixa resolutividade dos serviços existentes, sobrecarrega a rede hospitalar.

Esta sobrecarga se manifesta principalmente através de internações que poderiam ser evitadas via prevenção adequada e tratamento ambulatorial eficaz, inserido dentro de uma

política de Assistência Farmacêutica. Contudo, a forma de financiamento herdada do antigo INAMPS, ou seja, pagamento por produção, mimetiza dentro do Sistema Público de Saúde a lógica do interesse privado, ou seja, quanto mais complexos forem os agravos de saúde da população, maior será o aporte de recursos do Estado ou da União para o Município ou para a Unidade de saúde. Esta lógica perversa leva a situações caricaturais, como foi a prisão, no ano 2000, de funcionários de um município paranaense traficando larvas (milhares) do mosquito *Aedes aegypti*.

5.2.7 Assistência Farmacêutica no Estado de Santa Catarina

No que se refere à Assistência Farmacêutica, o Estado de Santa Catarina conta com algumas iniciativas definidas no âmbito do gestor estadual, as quais envolvem pactuações necessárias com os municípios, seja através da adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica ou de outros programas específicos, definidos pelo gestor federal. De forma geral, as ações desenvolvidas em Santa Catarina estão restritas ao fornecimento de medicamentos.

5.2.7.1 Assistência Farmacêutica Básica

Medicamentos que compõem a Assistência Farmacêutica Básica, normatizada através da Portaria GM nº 176/99 (Anexo H) contemplando as patologias de atenção básica; que estabelece as condições para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. O financiamento desta assistência se dá com recursos das três esferas do governo e os municípios precisam se habilitar para receber os recursos. O recurso destinado à Assistência Farmacêutica Básica foi estipulado em R\$ 2,00 por habitante ao ano, em 2001 100% dos municípios catarinenses haviam se habilitado para o Incentivo. (SANTA, 2002).

5.2.7.2 Medicamentos para o Programa de Saúde Mental

São previstos para a cobertura do Programa Estadual de Medicamentos para a Área de Saúde Mental os recursos financeiros Federal 80% e Estadual 20%, em Santa Catarina a aquisição destes medicamentos era de responsabilidade da Diretoria de Medicamentos Básicos – DIMB, porém os municípios não participam do financiamento do Programa, mas devem, de forma complementar, atender com recursos próprios as necessidades de medicamentos na área. Até dezembro de 2001, 60 municípios catarinenses recebiam medicamentos do Programa Estadual de Saúde Mental que são aqueles Medicamentos constantes na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, Grupo Terapêutico: Medicamentos que Atuam no Sistema Nervoso Central e atendem o Programa de Saúde Mental, estruturado conforme Portaria nº 1.077/MS/99(BRASIL, 1999).

5.2.7.3 Programa de Medicamentos Excepcionais

Medicamentos para a atenção ao Programa de Medicamentos Excepcionais, que atendam às patologias definidas em portarias específicas do Ministério da Saúde. São também designados medicamentos de dispensação em caráter excepcional, medicamentos excepcionais ou de alto custo. O acesso a estes medicamentos se dá, de modo geral, através de processo individual de solicitação de junto à Secretaria Estadual de Saúde. Ao processo de solicitação são anexados diversos documentos como: exame médico que comprovem o diagnóstico, justificativa médica, receita, formulários próprios para controle do Ministério da Saúde. Estes processos são analisados por comissões técnicas que aprovam a solicitação. Quando aprovada, a Secretaria Estadual de Saúde adquire os medicamentos que são distribuídos em locais referenciados, devido as suas especificidades e de acordo com o local de origem dos processos. Os pacientes são cadastrados nesses locais de referência e os processos renovados periodicamente. Esta dinâmica de atendimento difere substancialmente do atendimento com medicamentos básicos, onde a receita é aceita em qualquer unidade de dispensação, desde que o medicamento esteja em estoque, pois é adquirido para a demanda geral.

5.2.7.4 Medicamentos dos Programas Estratégicos

Medicamentos dos Programas do Ministério da Saúde, onde sua Secretaria Executiva é responsável pela aquisição e distribuição, diretamente às Secretarias Estaduais de Saúde. Fazem parte deste grupo os medicamentos relativos aos Programas: Tuberculose, Hanseníase, Diabetes (glibenclamida comp. 5mg, insulina NPH-100 e metformina comp. 500mg), Hipertensão (captopril comp. 25 mg, hidroclorotiazida comp. 25 mg, propranolol comp 40 mg), Hemoderivados (fator VIII, fator IX, complexo prototrombínico e DDAVP), Aids (anti-retrovirais), Controle de Endemias (doença de Chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, malária, peste e tracoma). Cabe ao estado e aos municípios a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição, controle de estoque e dispensação destes medicamentos.

5.2.7.5 Medicamentos do Programa Estadual de Hipertensão e Diabetes

A Secretaria do Estado de Saúde desenvolve com recursos próprios um Programa Estadual de Hipertensão e Diabetes, que consiste no fornecimento de 4 medicamentos, sendo que três (glibenclamida, hidroclorotiazida e propranolol) a Secretaria pretendia fornecer através de produção própria com o Laboratório Farmacêutico do Estado de Santa Catarina(LAFESC) e o quarto (captopril), adquirido de outros laboratórios. Importante destacar que o LAFESC no ano de 2001 encontrava-se sem condições de produção para atender a demanda do programa o que levou a SES-SC a terceirizar a produção.

5.2.7.6 Medicamentos vinculados ao Programa Saúde da Família

Para cada equipe do Programa Saúde da Família, o município recebe um pacote de medicamentos, também designado Farmácia Popular ou Kit de medicamentos da Saúde da Família (Tabela 20). Estes medicamentos também estão presentes em outras listas, caracterizando uma sobreposição, pois são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos diretamente para as Equipes, na maioria dos casos.

Tabela 16: Medicamentos constantes da Farmácia Popular

ELENCO DE MEDICAMENTOS	INDICAÇÃO	QUANTIDADE POR KIT (unidade)
01- Ácido acetilsalicílico 100 mg	Analgésico	1.000
02- Ácido acetilsalicílico 500 mg	Analgésico	1.000
03- Aminofilina (bi-hidratada) 100 mg	Asma	500
04- Amoxicilina pó/susp oral 50 mg/ml	Antibiótico	50
05- Ampicilina Anidra 500 mg	Antibiótico	500
06- Cimetidina 200 mg	Úlcera gástrica	500
07- Dexametasona (acetato) 0,1%	Dermatoses	50
08- Diclofenaco potássico 50 mg	Antiinflamatório	500
09- Eritromicina (estearato) susp 2,5%	Antibiótico	50
10- Eritromicina (estearato) comp 250 mg	Antibiótico	500
11- Furosemida 40 mg	Diurético	500
12- Glibenclamida 5 mg	Diabetes	500
13- Hidroclorotiazida 50 mg	Diurético	1.000
14- Mebendazol comp 100 mg	Antiparasitário	300
15- Mebendazol susp 20 mg/ml	Antiparasitário	50
16- Metildopa (levo-alfa) 500 mg	Antihipertensivo	500
17- Metoclopramida (monocloridrato) 10 mg	Antiemético	500
18- Metronidazol comp 250 mg	Antibacteriano	500
19- Metronidazol (benzoil) susp 4%	Antibacteriano	50
20- Metronidazol geléia vaginal 500 mg/5 g	Antibacteriano	50
21- Neomicina + bacitacina 0,5 % + 250 UI g	Dermatites	50
22- Paracetamol sol. oral 100 mg/ml	Antitérmico	50
23- Paracetamol comp 500 mg	Antitérmico	500
24- Penicilina G Procaína + Potássica 300.000 U + 100.000 U	Antibiótico	50
25- Propranolol (cloridrato) 40 mg	B Bloqueador	500
26- Sais para reidratação oral	Reidratação	300
27- Salbutamol (sulfato) 0,4 mg/ml	Asma	50
28- Sulfametoxazol + Trimetoprima comp 400 mg + 80 mg	Antibiótico	1.000
29- Sulfametoxazol + Trimetoprima susp 4% + 0,8 %	Antibiótico	100
30- Sulfato Ferroso comp 40 mg/fe	Anemia	1.000
31- Sulfato Ferroso sol. oral 25 mg/fe	Anemia	50

5.2.7.7 Medicamentos definidos exclusivamente por critérios locais.

Alguns municípios elencam em suas Relações Municipais de Medicamentos Essências medicamentos que atendem características exclusivas, cujos critérios de escolha obedecem uma lógica pouco conhecida e merecedora de investigação.

Em agosto de 2001 o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), através da Nota Técnica nº 21 – Assistência Farmacêutica, aprovada pelos Secretários, sistematiza considerações, críticas e sugestões em relação a Política de

Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, a qual também foi subscrita pelo Secretário de Saúde de Santa Catarina, destacando-se:

- I. sobreposição do elenco de medicamentos, resultando em vários recursos financeiros gastos para um mesmo produto (exemplos glibenclamida, sulfato ferroso, anti-hipertensivos e saúde mental);
- II. medicamentos sem fonte de fornecimento e financiamento definidos (exemplo: medicamentos para idosos, para dor - reumatologia), e a compra em farmácias de manipulação de “drogas órfãs”.
- III. dificuldades na prestação de contas da aplicação dos recursos repassados a título de incentivo à Assistência Farmacêutica, por falta de orientação adequada do Ministério da Saúde.
- IV. a comunicação direta do Ministério da Saúde com os municípios no que diz respeito ao envio de medicamentos, sem o conhecimento prévio do gestor estadual;
- V. dificuldade de interlocução com algumas áreas do Ministério da Saúde
- VI. ação desarticulada das diversas áreas do Ministério da Saúde, com risco de duplicidade.
- VII. desorganização na aquisição e programação de insulina; e na programação de preservativos, diafragmas, contraceptivos orais e DIU.
- VIII. a excessiva influência da indústria farmacêutica sobre a conduta clínica/prescrição dos médicos em relação aos medicamentos antiretrovirais, na ausência de Protocolo Nacional que estabeleça critérios para o uso deste medicamento
- IX. a flexibilização da importação de medicamentos através de resolução da ANVISA.

Além destes pontos críticos, o CONASS aponta a persistência de dificuldades históricas da gestão da Assistência Farmacêutica no país relativas ao desconhecimento das reais necessidades de medicamentos; à utilização inadequada dos recursos (uso indiscriminado e indevido); ao uso de medicamentos como recurso político; à medicalização da sociedade e ao assédio da indústria farmacêutica.

Em Santa Catarina apenas foram cumpridas as determinações do Ministério da Saúde no sentido de homologar uma resolução junto ao Conselho Estadual de Saúde, Resolução CES001/01, de março de 2001 (SANTA/SC, 2001), que institui a Política Estadual de Medicamentos.

Em Santa Catarina, em 2001, em relação à Assistência Farmacêutica como política de Estado, desenvolvida pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional e que envolva a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, e que garanta que sua utilização seja racional e resolutiva, nenhuma definição estratégica havia sido concretizada no âmbito do gestor estadual, tão pouco iniciativas no sentido de construção de ações intermunicipais.

Ainda no ano de 2001 a resolução que institui o Programa Estadual de Medicamentos,

foi reformulada no sentido de incorporar sugestões conforme já previa o seu artigo 5º.

O Conselho Estadual de Saúde promoverá a revisão desta resolução no prazo de sessenta dias, após ouvidas as recomendações da Comissão de Vigilância em Saúde, assessorada pela Câmara Técnica de Medicamentos da Secretaria de Estado da Saúde, a respeito de proposta apresentada pelo Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina (SES/SC, 2001)

A proposta do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Santa Catarina, materializou-se na reformulação do próprio artigo 5º, que passou a determinar:

A assinatura do Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica dar-se-á após a análise da situação de saúde do município, do **diagnóstico das atividades da Assistência Farmacêutica**, da análise dos recursos humanos envolvidos e disponíveis, contemplando o farmacêutico como o profissional responsável pelas ações que envolvem desde a seleção até a dispensação dos medicamentos, bem como seu uso racional, nos eixos prioritários definidos na proposta de Assistência Farmacêutica para o Estado de Santa Catarina - ano 2001 (SES/SC, 2001)

Além disso, o Gestor Estadual não desenvolveu nenhuma iniciativa no sentido de implementação dos artigos 3º, 4º e 5º da Resolução 001/01 do Conselho Estadual de Saúde, que tratava, respectivamente, da regulação da Assistência Farmacêutica, da Farmacovigilância e da Farmacoepidemiologia e das condições para os municípios aderirem às iniciativas estaduais.

5.3 Análise do desenvolvimento de etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica em Municípios do Estado de Santa Catarina

5.3.1 Processo de seleção de medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina

A seleção é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, com finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002), constitui-se, portanto, no ponto de partida da Assistência Farmacêutica e, por isso, fundamental.

Fator relevante no processo de seleção por parte dos municípios é a sua adesão a programas desenvolvidos pelo gestor federal ou estadual, os quais envolvem a disponibilização de medicamentos. Quanto aos programas desenvolvidos pelos municípios, os Relatórios de gestão revelam que determinados conjuntos de ações possuem uma capilaridade

elevada, enquanto outros não chegam a parcela significativa dos municípios estudados, os dados demonstram que, enquanto mais de 95% dos municípios estudados contam com Programas de Saúde Bucal, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Combate a Carências Nutricionais, somente 22% dos municípios estudados contam com Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher e apenas 32% dos municípios estudados contam com Programas de Saúde do Trabalhador (Figura 12).

Foi possível verificar que os municípios com até 20000 habitantes são os que possuem menor percentual de Programas desenvolvidos. O Anexo E traz a distribuição detalhada dos Programas existentes nos municípios estudados por faixa populacional.

O que fica evidenciado, pelo número de programas desenvolvidos através de pacotes pré-estabelecidos, é que a única motivação para que os municípios os desenvolvam é o fato de ser esta praticamente a única forma de obter algum recurso além do Piso de Atenção Básica, pode-se afirmar que mais de 50% dos municípios estudados tem suas estruturas Programas Dependentes.

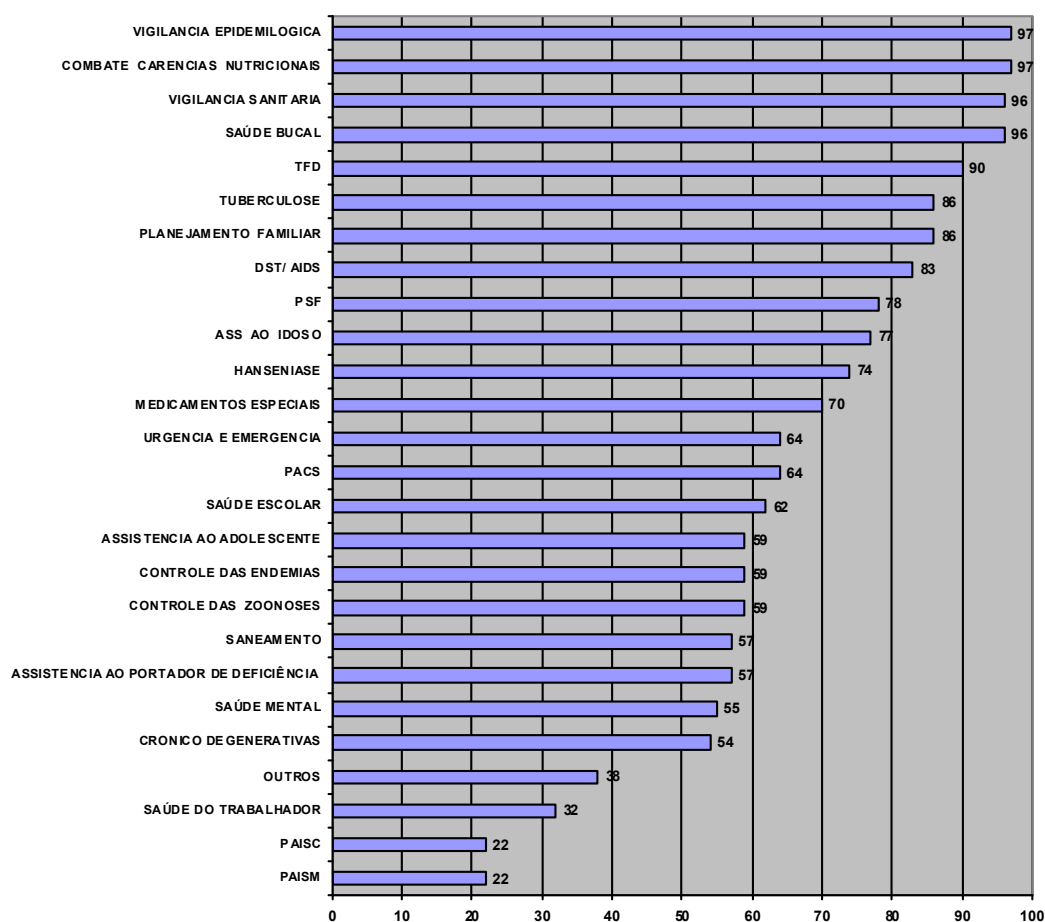


Figura 12: Percentuais de municípios estudados que desenvolvem determinados Programas de acordo com o Relatório de Gestão 2001

O Programa de Saúde da Família – PSF, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, vem sendo implantado em todas as regiões do Estado e tem servido de eixo para a reorganização da Atenção Básica. Em 2001 Santa Catarina contava com 710 equipes de saúde da família, sendo que nos municípios estudados, 78% contavam com este Programa. A pequena articulação com outros Programas de Atenção Básica, somada à dificuldade de referências secundárias e terciárias tem impactado sua resolutividade.

A maioria destes programas não são articulados entre si, fazendo com que justamente os programas com maior adesão pelos municípios, além repetirem nos seus elencos os mesmos medicamentos (Quadro 17) retirem a racionalidade da gestão do SUS, pois são concebidos com lógicas e logísticas diferentes (Figura 13).

MEDICAMENTO	PROGRAMAS		
	FARMACIA BASICA	PSF	
AMOXICILINA 500 mg	FARMACIA BASICA	PSF	
OFLOXACINA 400 mg	TUBERCULOSE	DERMATOLOGIA SANITARIA	
CAPTOPRIL 25 mg	FARMACIA BASICA	HIPER DIA	PSF
GLIBENCLAMIDA 5 mg	FARMACIA BASICA	HIPER DIA	PSF
HIDROCLOROTIAZIDA 50 mg	FARMACIA BASICA	HIPER DIA	PSF
PROPRANOLOL 40 mg	FARMACIA BASICA	HIPER DIA	PSF

Quadro 6: Mesmos Medicamentos que constam em diferentes programas

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica – SES/SC

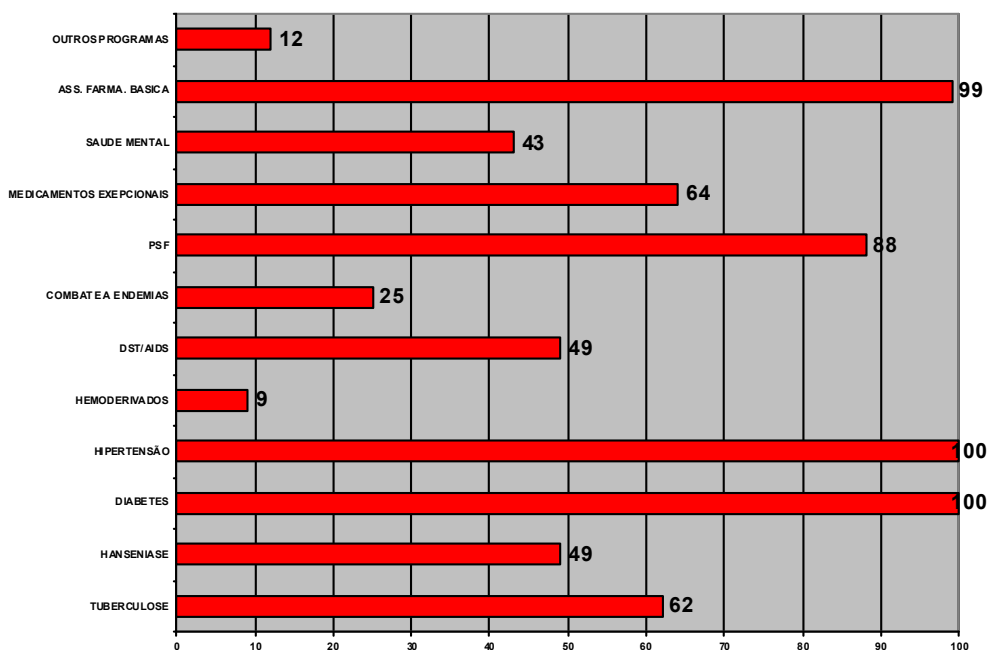


Figura 13: Demonstração Gráfica do percentual de municípios estudados que participam de programas com medicamentos vinculados

O processo de seleção de medicamentos deve estar fundamentado nas nosologias prevalentes de cada município. Neste processo deverão ser considerados o perfil epidemiológico e as patologias que prevalecem (BRASIL, 2000). E para tanto, o processo de seleção de medicamentos deve ser descentralizado sendo necessário um planejamento de serviços adequado. O elenco de medicamentos deve ser selecionado para atender as necessidades legítimas da maioria da população local. A seleção de medicamentos essenciais é um importante passo para a adoção de uma política de uso racional de medicamentos (BRASIL, 2002).

Assim, alguns parâmetros são indispensáveis para uma seleção adequada de medicamentos essenciais. A preparação de uma lista com suporte da decisão política, para que seja realmente utilizada, é um dos pontos cruciais desta etapa (BRASIL, 2000). Cabe aqui ressaltar a importância de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica para atuar nesta etapa. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) segundo o Ministério da Saúde é a instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar ao gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos. O Ministério da Saúde ressalta que a Comissão de Farmácia e Terapêutica deva ser constituída por meio de instrumento legal a fim de legitimar o processo e envolver profissionais médicos, farmacêuticos, enfermeiros e dentistas.

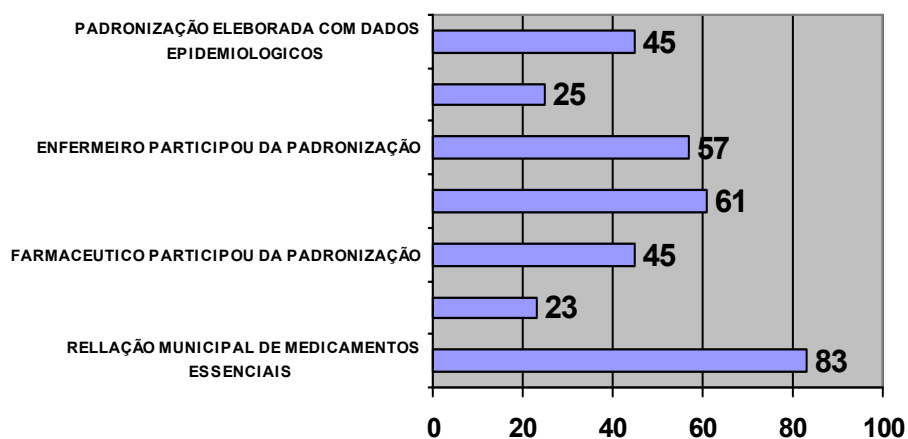


Figura 14: Demonstração Gráfica do percentual de municípios que utilizam determinados instrumentos para a seleção de medicamentos, bem como que profissionais participam deste processo

Os instrumentos utilizados pelos municípios estudados revelam um conjunto de contradições no que diz respeito aos aspectos relacionados à seleção. Enquanto 83% dos municípios indicam possuir Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, apenas 23% possuem Comissão de Farmácia e Terapêutica, o que indica o reconhecimento da importância

de uma relação, mas não o entendimento de sua utilidade. Apenas 45% dos municípios afirmam construir sua padronização com base em dados epidemiológicos, a padronização é executada principalmente por médicos e enfermeiros, a participação de outros profissionais se dá de forma reduzida (Figura 14 e Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição percentual dos instrumentos e operadores da seleção por estratos populacionais dos municípios estudados

FAIXA POPULACIONAL X 1000	RELLAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	COMISSÃO DE FARMACIA E TERAPEUTICA	FARMACEUTICO PARTICIPOU DA PADRONIZAÇÃO	MEDICO PARTICIPOU DA PADRONIZAÇÃO	ENFERMEIRO PARTICIPOU DA PADRONIZAÇÃO	ODONTOLOGO PARTICIPOU DA PADRONIZAÇÃO	PADRONIZAÇÃO ELABORADA COM DADOS EPIDEMIOLOGICOS
<5	85	10	25	65	55	20	40
5 – 10	60	20	20	40	53	20	33
10 – 20	80	30	40	50	50	20	40
20 – 30	100	33	100	100	67	67	67
30 – 40	83	17	50	50	33	33	33
40 - 50	100	25	75	75	75	25	75
50 – 100	100	50	83	67	67	33	50
> 100	100	40	100	100	80	20	80
TOTAL	83	23	45	61	57	25	45

Outro aspecto a ser considerado na seleção de medicamentos essenciais, é preparar uma lista pequena para cada doença local, determinando os medicamentos essenciais a serem prescritos com prioridade. Assim, os prescritores, baseados na lista básica, teriam uniformidade de conduta e justificariam a escolha do medicamento, considerando a necessidade, a eficácia, o benefício/risco e o custo do tratamento. como vantagens de uma relação municipal de medicamentos (REMUME), selecionados a partir de critérios epidemiológicos, podem-se citar a racionalização de custos, a adequação da relação de medicamentos às reais necessidades da população a disciplina e a racionalização da prescrição e o uso de medicamentos da rede pública, contribuindo para uso racional dos medicamentos, além disso, possibilita a uniformidade das condutas terapêuticas, a disponibilidade de medicamentos eficazes e seguros e auxilia em ações de farmacovigilância (BRASIL, 2000).

5.3.2 Processo de programação e aquisição de medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina

O processo de programação de medicamentos deverá prever as quantidades

necessárias para o atendimento da demanda de um serviço de saúde num certo período de tempo para alcance da cobertura desejada. Somente com a identificação das necessidades locais é possível determinar quais medicamentos devem ser adquiridos e na quantidade adequada para suprir a demanda. A programação de medicamentos também deve ser descentralizada assim como a seleção, além de estar fundamentada nas nosologias prevalentes (BRASIL, 2000c). Este processo deve ser planejado de modo ordenado no município para que se saiba a quantidade necessária para atender a demanda daquela população naquele mês. Assim, este procedimento de programação de medicamentos, quando bem articulado, possibilitará estimar um quantitativo respeitando a sazonalidade, para aquisições não mensais.

Diferentes métodos podem ser utilizados para a programação de medicamentos. Os mais comuns são baseados no consumo histórico, no perfil epidemiológico e na oferta e demanda. Cada um destes métodos de programação apresenta vantagens e desvantagens, quando utilizados isoladamente. O consumo histórico considera as informações sobre os dados históricos do consumo de medicamentos, possibilitando estimar necessidades de uma localidade. Para utilizar este método é necessário conhecer os registros de movimentação do estoque, dados referentes à demanda atendida e não atendida, inventários informando a situação de, pelo menos, doze meses com inclusão da variação sazonal. Este método possibilita obter o Consumo Médio Mensal (CMM), estimar a necessidade e identificar a demanda atendida e não atendida. A Tabela 18 mostra o percentual dos municípios estudados que relatou utilizar estes instrumentos de programação. A análise foi realizada de acordo com a faixa populacional dos municípios. Além dos instrumentos de programação utilizados, os Municípios foram questionados a respeito do atendimento da demanda em 2001. Segundo os dados mostrados na Tabela 18, de forma geral, a demanda de medicamentos de 2001 não foi atendida.

Segundo os dados sobre programação obtidos junto aos municípios estudados, ganha destaque a utilização do Consumo Médio Mensal como importante instrumento da programação, sendo que o estudo revelou que 83% dos municípios estudados possuem registro do consumo médio mensal, porém outro dado revela que este instrumento perde em eficiência uma vez que apenas 48% dos municípios estudados revelam possuir registro da demanda não atendida, esta característica não sofre influência do tamanho do município.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a aquisição consiste de um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em

quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema.

Tabela 18: Percentual de municípios, por estratos populacional, que utilizam determinados instrumentos para a programação de medicamentos bem como o percentual de municípios que de forma geral tiveram a demanda 2001 de medicamentos atendidos

FAIXA POPULACIONAL	REGISTRO DO CONSUMO MENSAL	DE FORMA GERAL A DEMANDA 2001 FOI ATENDIDA	EXISTE REGISTRO DA DEMANDA NÃO ATENDIDA
<5000 h	75%	65%	60%
5000 – 10000 h	66%	13,3%	40%
10000 – 20000	90%	40%	50%
20000 – 30000	100%	0%	66%
30000 – 40000	100%	33%	33%
40000 - 50000	100%	25%	25%
50000 – 100000	100%	0%	66%
> 100000	80%	40%	20%

A recepção dos medicamentos é a atividade onde ocorre a conferência dos produtos de acordo com as especificações administrativas relacionadas ao pedido de compra (nota fiscal, quantidades, prazos de entrega, preços, apresentação, condições de transporte); especificações técnicas relacionadas aos aspectos legais como apresentação de registro sanitário, laudo do controle de qualidade, certificado de Boas Práticas Farmacêuticas, embalagem, rotulagem, condições de conservação, número de lotes, prazo de validade, especificação de qualidade como exame físico e controle de qualidade, realizado por amostragem de lote para comprovação dos requisitos de qualidade (BRASIL, 2002).

O recebimento deve ser atestado e registrado na sua entrada. A relação dos procedimentos básicos necessários para o armazenamento do medicamento foi especificada na I Oficina de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2000). Segundo o Ministério da Saúde, no edital de licitação deve ser exigidos que o ato da entrega dos medicamentos seja acompanhado dos laudos de controle da qualidade, com os resultados, as faixas de normalidade e a farmacopéia de referência.

A Tabela 19 apresenta os dados obtidos quanto à forma de aquisição dos medicamentos, bem como sobre procedimentos para o recebimento dos mesmos, nos municípios estudados, de acordo com a faixa populacional.

Tabela 19: Distribuição percentual dos instrumentos e formas de aquisição de medicamentos por estratos populacionais dos municípios estudados

POPULAÇÃO X1000	AQUISIÇÃO				FARMAC. PARTICIPA LICITAÇÃO	LAUDO DOS LOTES	FORNEC. ACRED.	NORMAS PARA O RECEBI.
	LICITAÇÃO	DIRETA PRIVADO	DIRETA PUBLICO	PELO NOME GENERICO				
<5	90	30	10	95	15	50	50	35
5 – 10	93	40	13	93	27	60	60	27
10 – 20	100	30	10	90	50	70	60	20
20 – 30	67	33	33	100	67	100	33	0
30 – 40	100	33	50	100	83	83	100	50
40 - 50	100	50	25	100	75	75	25	75
50 – 100	100	50	67	100	50	100	33	33
> 100	100	20	60	100	80	100	60	60
TOTAL	94	35	25	96	42	70	55	35

Como afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o processo de aquisição de medicamentos é importantíssimo no setor público. Neste sentido, quando se pensa em aquisição de medicamentos para o setor público, na tentativa de racionalizar custos, o mais apropriado seria realizar as compras centralizadamente o que permite grandes aquisições com um custo unitário menor. Todavia, estas compras, em escala devem ser planejadas com base na real necessidade da população que irá consumir o medicamento. A CEME (Central de Medicamentos), até sua extinção em 1997, comprava medicamentos em escala para distribuir em todo o território brasileiro, mas com cotas padronizadas para os estados e municípios. Esta forma de procedimento promovia, muitas vezes, a falta de medicamentos realmente necessários numa localidade e sobra de medicamentos em outros locais, acarretando o uso não racional do medicamento. Da mesma forma, a definição de medicamentos por programas centralizados e desarticulados entre si, causa hoje o uso não racional do medicamento.

No entanto, quando a etapa de aquisição de medicamentos essenciais é desenvolvida só nos níveis locais (descentralizadamente em cada município), a capacidade de racionalização dos recursos financeiros disponíveis (que na maioria das vezes já é pouco) pode ficar ainda mais prejudicada. Conforme a Organização Panamericana de Saúde, a centralização da maioria das aquisições de medicamentos se torna necessária para otimizar os recursos disponíveis. Em decorrência, como benefício da aquisição centralizada, pode-se ter um poder de compra maior, pode-se selecionar provedores e controlar a qualidade em nível dos sistemas locais. Pode-se dizer que o sucesso do processo de aquisição depende muito da seleção e programação bem planejadas nos níveis locais. Para as compras centralizadas é

importante desenvolver ações de verificação de qualidade dos lotes comprados mediante técnica de amostragem.

O fracionamento dos medicamentos, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), também é um fator que deve ser considerado durante aquisição em escala, uma vez que a apresentação em envase múltiplo é geralmente de menor custo, mas pode não conter as informações necessárias como validade e número de lote. Torna-se, portanto, imprescindível especificar em edital o que realmente se quer numa determinada licitação.

As formas de aquisição de medicamentos podem ser por: compra direta (quando o valor é de até R\$ 8.000,00); licitação e por doação. A compra direta dispensa licitação. A licitação é utilizada quando se deseja um maior volume de compras de medicamentos e de acordo com a Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993) pode ser realizada de três maneiras em função dos valores envolvidos:

- a. Carta convite quando a compra for no valor de até R\$ 80.000,00. A carta convite, também denominada "convite" consiste na modalidade de licitação de pequeno vulto, entre os interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de três, por convocação escrita afixada no quadro de avisos da Instituição. Caso não haja três propostas válidas, repete-se o convite. Se não aparecer o número mínimo de licitantes envolvidos, a situação deverá ser devidamente justificada e procede-se a continuidade do convite com os participantes que se apresentarem.
- b. Tomada de preços para as compras no valor até R\$ 650.000,00, destina-se a aquisições de valor intermediário. A tomada de preços é a modalidade de licitação entre interessadas devidamente cadastrados ou que se cadastrem até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas. Quando só a documentação referente à habilitação jurídica estiver incluída no cadastro, a qualificação técnica deverá ser exigida em edital.
- c. Concorrência é utilizada quando a compra for no valor acima de R\$ 650.000,00. Segundo o Ministério da Saúde, a concorrência é a modalidade usualmente utilizada para licitações de grande valor, cujo prazo previsto para execução é em torno de 45 dias. Os interessados têm que atender aos requisitos previstos de habilitação ou qualificação, mediante comprovação, por documentação, de capacidade técnica, jurídica, fiscal, financeira e de idoneidade. O registro de preços é uma modalidade da concorrência, mencionada pelo Ministério da Saúde

(BRASIL, 2002), na qual os participantes apresentam seus preços para registro. O participante que atender às condições do edital e apresentar menor preço, será o vencedor. O registro de preço tem por finalidade agilizar e evitar novos processos de compra. Tem validade de 12 meses, contados a partir da data da publicação no Diário Oficial. Segundo o Ministério da Saúde, o registro de preços apresenta como vantagens: possibilidade de fazer somente uma licitação ao ano com entrega periódica, garantindo a aquisição do que foi programado e evitando novos processos de compra; aquisição de quantidades pequenas, com preços melhores; a formação de grandes estoques é evitada.

Os dados coletados junto aos municípios estudados revelam que independente do tamanho do município a principal forma de aquisição é através de licitação, ocorrendo em 94% dos municípios estudados. A aquisição ocorre quase que exclusivamente pela denominação genérica, o que foi respondido por 96% dos municípios estudados. Por outro lado, um importante instrumento de aquisição de medicamentos, que pode ser utilizados pelos municípios revelou-se pouco praticado, que é a compra direta de laboratórios públicos (oficiais), apenas 25% dos municípios a praticam. A Figura 15 e a Tabela 19 ilustram as características do processo de aquisição dos municípios estudados.

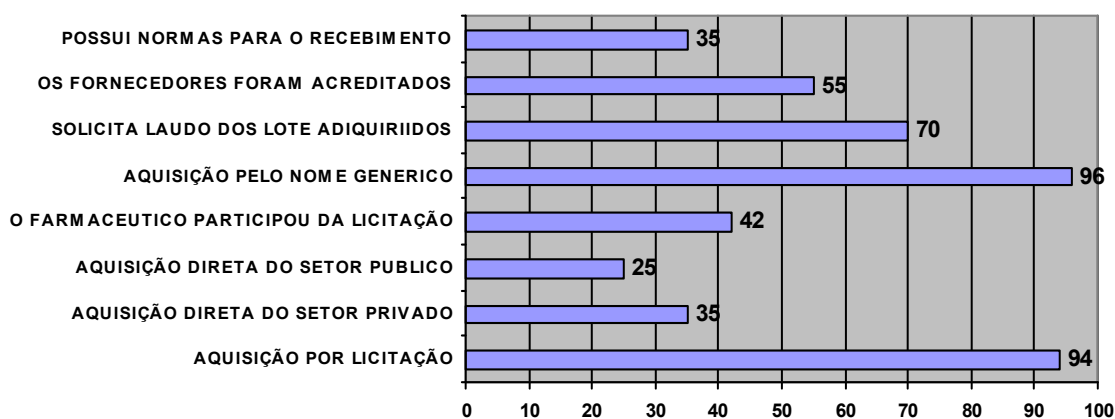


Figura 15: Demonstração Gráfica do percentual de municípios que utilizam determinados instrumentos e formas de aquisição de medicamentos

5.3.3 Processo de armazenamento dos medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) o armazenamento envolve o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, que visam proporcionar condições satisfatórias

de conservação, assegurando a estabilidade dos produtos. O armazenamento de medicamentos tem como objetivo manter o nível de estoque em quantidades e qualidade necessárias para o abastecimento. Para funcionar adequadamente deve englobar as atividades de recepção dos medicamentos, estocagem, conservação, guarda, controle e distribuição, além de inspeção e avaliação.

Em relação ao local de armazenamento dos medicamentos, os dados fornecidos pelos municípios estudados revelam que os medicamentos são armazenados principalmente de forma descentralizada, sendo que os principais locais de armazenamento são os Postos de Saúde, onde 38% dos municípios estudados armazenam seus medicamentos e as unidades de referência, onde 29% dos municípios estudados relataram armazenar seus medicamentos. Na Tabela 20 são apresentados os percentuais de municípios que citaram os diferentes locais de armazenamento, por estratos populacionais. Observa-se que em municípios maiores (+100 mil habitantes) o armazenamento ocorre de forma centralizada ou nas unidades de referência, nos demais, não há uma relação nítida entre o local de armazenamento e o tamanho dos municípios.

Tabela 20: Distribuição percentual dos locais de armazenamento de medicamentos estratos populacionais dos municípios estudados

LOCAL DE ARMAZENAMENTO					
POPULAÇÃO X 1000	CENTRALI- ZADO	POSTO DE SAUDE	CENTRO DE SAÚDE	UNIDADE MISTA	UNIDADE DE REFERENCIA
<5	15	55	10	5	25
5 – 10	13	47	13	13	20
10 – 20	10	30	20	10	30
20 – 30	67	0	0	0	0
30 – 40	0	17	0	0	33
40 - 50	50	0	0	0	0
50 – 100	0	67	17	17	100
> 100	40	0	0	0	20
TOTAL	17	38	10	7	29

Para analisar as condições de armazenamento, os municípios foram questionados quanto a existência de determinadas características dos locais destinados a esta função. A Tabela 26 mostra o percentual de municípios que assinalou as especificações propostas, de acordo com a faixa populacional.

Tabela 21: Distribuição percentual das características dos locais de armazenamento de medicamentos estratos populacionais dos municípios estudados

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ARMAZENAMENTO								
POPULAÇÃO X 1000	TEMPERATURA CONTROLADA	LUMINOSIDADE CONTROLADA	UMIDADE CONTROL.	PAREDES CLARAS E LAVAVEIS	PORTAS ESMALTADA OU DE ALUMINIO	POSSUI AREA ADMINISTRATIVA	POSSUI AREA DE RECEPÇÃO	POSSUI AREA DE EXPEDIÇÃO
<5	40	65	50	80	25	35	50	50
5 – 10	7	47	40	60	27	20	40	47
10 – 20	0	60	30	90	20	20	40	30
20 – 30	67	33	67	67	67	67	67	67
30 – 40	33	50	33	83	33	67	67	50
40 - 50	0	0	0	100	25	75	75	100
50 – 100	50	50	33	83	33	83	50	50
> 100	40	60	20	60	80	100	80	80
TOTAL	26	52	38	77	32	45	52	52

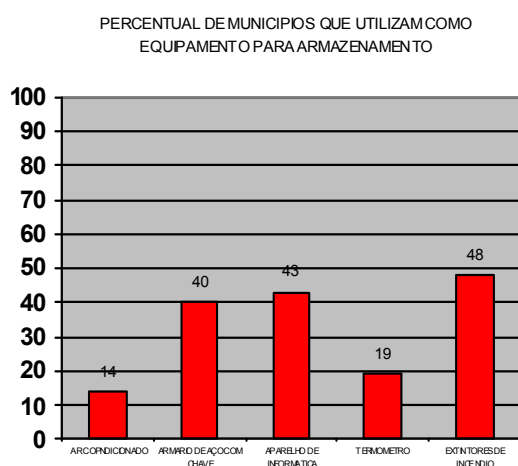


Figura 16: Demonstração Gráfica do percentual de municípios que utilizam determinados equipamentos para o armazenamento de medicamentos

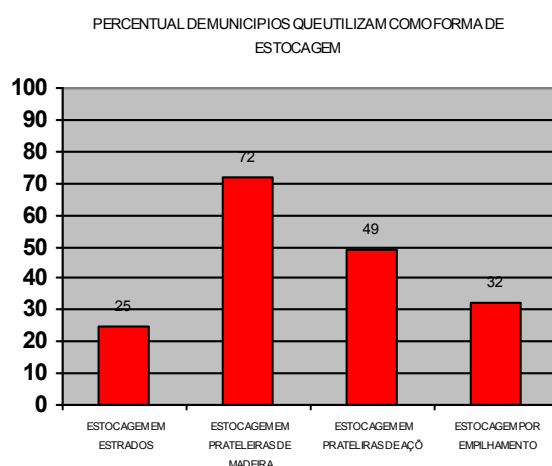


Figura 17: Demonstração Gráfica do percentual de municípios que utilizam determinadas formas de armazenamento de medicamentos

Estes dados mostram que tanto o local, quanto as condições de armazenamento são inadequados. Em relação às condições, apenas 26% dos municípios tem controle de temperatura no local e 38% controlam a umidade. Nenhuma das características questionadas obteve 100% de resposta, sendo que o máximo foi 77% municípios a afirmarem que as paredes do local são claras e laváveis. Os dados também mostram que as condições independem do tamanho do município. Estes resultados indicam um alto risco na conservação dos medicamentos, o que pode levar não só a perdas financeiras pela degradação de produtos, mas a problemas de utilização decorrentes da ineficácia ou de efeitos adversos.

Em relação ao controle e gestão de estoques, a Figura 18 mostra o percentual de municípios que conta com determinados recursos para esta atividade. Observa-se que mais de 60% dos municípios controlam seus estoques de forma manual e em apenas 36% este é informatizado. A maioria faz os controles mínimos de consumo médio mensal e estoque mínimo. Outra informação importante revelada pelos dados coletados junto aos municípios, que merece destaque é o fato de apenas 40% dos municípios possuírem responsável pelo armazenamento com algum treinamento, merece destaque porque na maioria dos casos o controle é manual. Estes fatos podem ter como consequência um abastecimento inadequado com falta ou sobra de medicamentos, contribuindo para onerar o sistema.

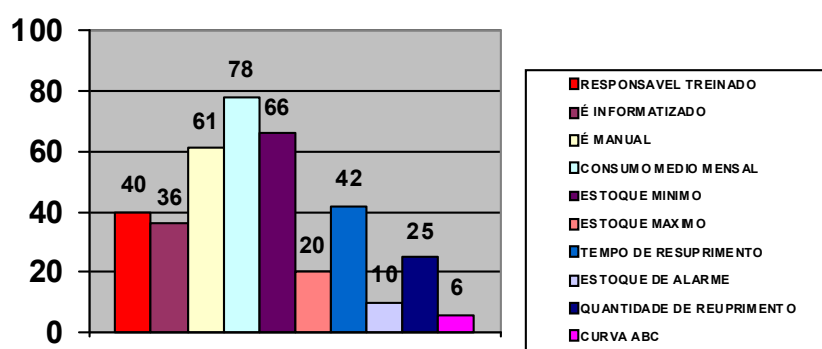


Figura 18: Percentual de municípios que contam com determinados recursos para controle e gestão de estoque

5.3.4 Processo de dispensação dos medicamentos em Municípios do Estado de Santa Catarina

Conforme a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1999),

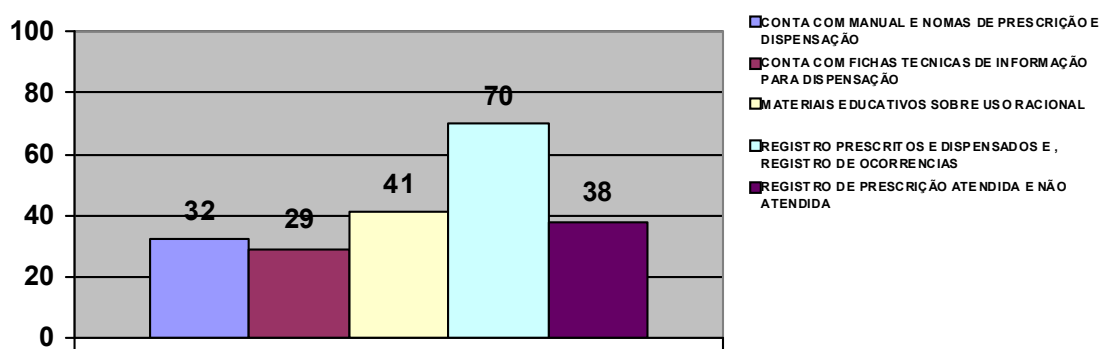
Dispensação é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos. (BRASIL, 1999).

Importantes informações reveladas no estudo a respeito do processo de dispensação, poderão servir de objeto para futuros estudos: 52% dos municípios efetuam a dispensação de forma centralizada. A Tabela 22 mostra que, predominantemente, a dispensação ocorre nos postos de saúde, centros de saúde e unidades de referência. Nos municípios menores, ocorre principalmente nos postos de saúde, mas chama a atenção o relato de dispensação em consultórios médicos (7%), o que é proibido pelo código de ética médico.

Tabela 22: Locais em que os municípios estudados dispensam medicamentos

POPULAÇÃO X1000	CONSULTÓRIO MEDICO	POSTO DE SAÚDE	CENTRO DAÚDE	UNIDADE REFERENCIA
<5	4	13	5	1
5 10	3	11	3	2
10 20	0	7	2	4
20 30	0	3	2	1
30 40	0	6	6	5
40 50	0	3	3	3
50 100	0	5	1	6
>100	0	2	1	5
TOTAL	7	50	23	27

Quanto aos instrumentos utilizados pelos municípios para auxiliar este processo foi revelado que a dispensação é efetuada com poucos instrumentos que permitam uma boa efetividade. A Figura 19 apresenta o percentual de respostas para a utilização dos instrumentos propostos.

**Figura 19:** Demonstração gráfica percentual dos recursos utilizados pelos municípios estudados para auxiliar a correta dispensação

O farmacêutico é importantíssimo em todas as etapas da assistência farmacêutica, porém pode-se destacar seu papel insubstituível na dispensação, pois é parte integrante do conceito de dispensação. Em um modelo assistencial onde a ênfase é a atenção primária à saúde, ele é o profissional capacitado para orientar, educar e instruir o paciente sobre todos os aspectos relacionados ao medicamento. Os dados encontrados neste estudo, no entanto, revelam a pequena participação deste profissional nesta etapa de atenção à saúde (Figura 20). 57% dos municípios indicaram possuir farmacêutico em seus quadros, no entanto, deste total 27% são contratados como Bioquímicos, e 33% apenas como Farmacêutico fazendo com que, como revelou os dados a dispensação seja efetuada por outros profissionais não habilitados, principalmente Auxiliar de Enfermagem 75% e Enfermeiro 68% (Figura 21).

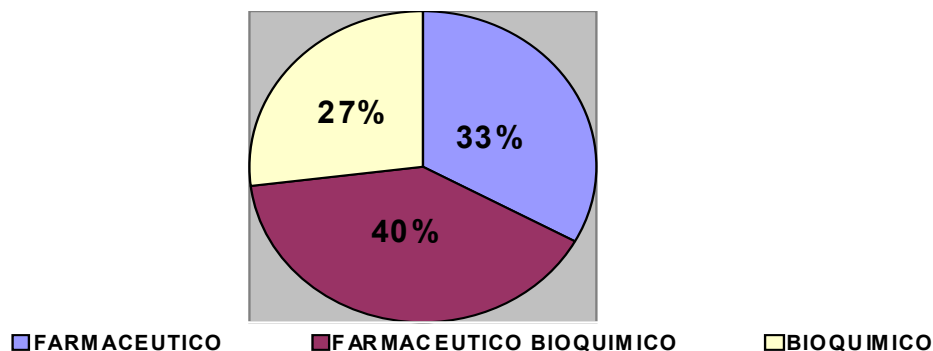


Figura 20: Demonstração gráfica percentual da designação dada aos farmacêuticos contratados pelos municípios estudados

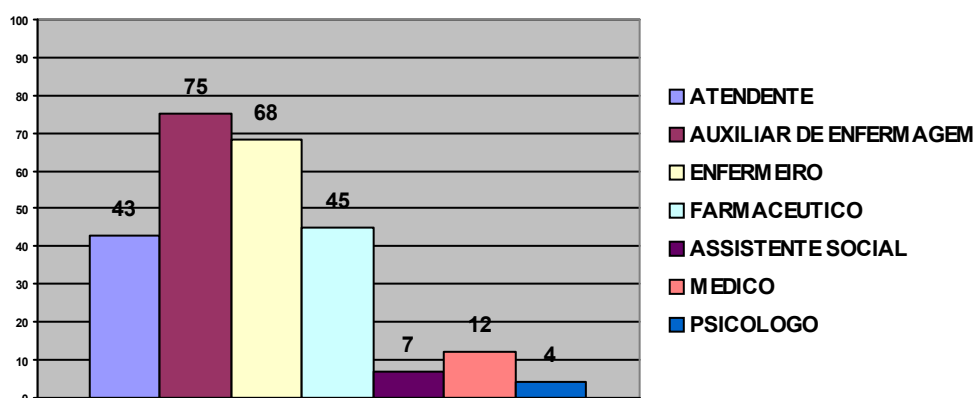


Figura 21: Demonstração Gráfica do percentual de municípios em que a dispensação é realizada por determinado profissional

O gestor municipal ainda não compreende, de forma geral, que uma das principais responsabilidades do farmacêutico é promover o uso seguro, racional e adequado dos medicamentos, para tanto, é fundamental contar com o profissional que reúne as condições de fazer da dispensação um ato de atenção a saúde e não a simples entrega de um produto qualquer.

Ainda considerando que a dispensação é um ato profissional farmacêutico e que este profissional atua em inúmeras outras etapas da assistência farmacêutica bem como em outras atividades relacionadas à saúde, pode-se observar nos municípios estudados que embora aponte-se o farmacêutico como um dos profissionais que efetua a dispensação, o número de outras tarefas desempenhadas por um mesmo profissional inviabilizam uma “dispensação” de qualidade (Figura 22).

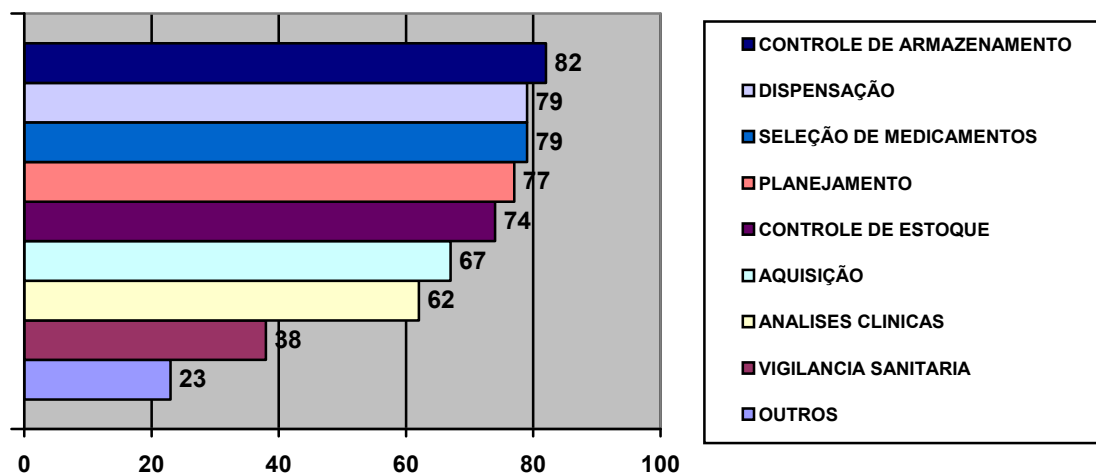


Figura 22: Demonstração Gráfica percentual das atividades desempenhadas pelo profissional farmacêutico nos municípios estudados

6 CONCLUSÕES

De modo geral este primeiro olhar para a Assistência Farmacêutica no Estado de Santa Catarina, levando-se em conta o conjunto de informações, nos permite fazer as seguintes conclusões:

- Muitos municípios não contam com comissões de farmácia e terapêutica, ficando a seleção sob responsabilidade de setores administrativos ou de representantes de apenas uma categoria profissional.
- Falta de critérios para a seleção de medicamentos.
- Ausência de elenco padronizado ou elenco incompatível com as reais necessidades da população, o que gera dificuldades na programação.
- Falta de acompanhamento da demanda atendida e não atendida.
- Quantidades inadequadas com descontinuidade no fornecimento.
- Ausência de um sistema eficiente e confiável de informações e gestão de estoques.
- Inexistência de mecanismos de controle e acompanhamento e desconhecimento de métodos para quantificação das necessidades.
- Recursos humanos insuficientes e sem formação ou com capacitação inadequada.
- Ausência de pessoal técnico para assessorar as aquisições, dentre eles, e principalmente farmacêuticos.
- Compra de medicamentos com baixo padrão de qualidade decorrente principalmente da ausência de especificações técnicas para os produtos e falta de qualificação dos fornecedores.
- Desperdício de recursos financeiros com a compra de medicamentos muitas vezes não utilizados ou pela aquisição de quantidades excessivas
- Ocorrência de perda de medicamentos e produtos por armazenagem ou acondicionamento inadequado, falta de controle do prazo de validade, excesso de estoque sem remanejamentos.
- Ocorrência de perda da qualidade e alteração nos medicamentos e produtos podendo ocasionar intoxicações, ausência de ação terapêutica, e outros prejuízos ao usuário.
- Locais inapropriados para o armazenamento.
- Ausência ou carência de informações técnicas atualizadas e confiáveis sobre

medicamentos para os profissionais de saúde, principalmente para prescritores e dispensadores.

- Os prescritores nem sempre seguem a padronização instituída pelos municípios, quando ela existe, e muitas vezes desconhecem a RENAME.
- Ausências de registros impedem a avaliação e monitoramento das patologias e o histórico de uso de medicamentos pelos usuários.
- A ausência de orientações mínimas quanto ao uso dos medicamentos que podem ocasionar a não adesão ao tratamento, uso incorreto, intoxicações, guarda incorreta dos medicamentos no domicílio, etc.
- Pouco acompanhamento por um farmacêutico com a provável dispensação sem as orientações sobre o uso correto dos medicamentos.
- Em grande parte dos municípios a Assistência Farmacêutica ainda não está estruturada e nem organizada nos aspectos físico, técnico e gerencial.
- Em várias localidades não há sistemas de controle efetivo ou vinculação do paciente a uma unidade de saúde. Isto pode levar a um descontrole na dispensação, permitindo que alguns pacientes obtenham quantidades de medicamentos superiores a sua necessidade, em prejuízo de outros pacientes que ficam sem o medicamento.
- Regionais de Saúde não possuem um setor específico de assistência farmacêutica existindo fragmentação das ações em vários setores dificultando o papel gerencial das Regionais de Saúde em relação aos municípios nesta área.

7 PERSPECTIVAS

A consolidação do SUS depende de movimentos contraditórios na aparência, que na prática podem vir a ser complementar, dependendo da habilidade dos atores sociais e dos gestores do sistema em articular os múltiplos interesses que existem quanto ao destino do SUS, um dos exemplos concretos é a Estratégia da Saúde da Família.

Objetivamente a conclusão central do presente estudo é que no Estado de Santa Catarina, tanto os atores sociais quanto os gestores, seja no nível estadual ou municipal, no que se refere a Assistência Farmacêutica, desconhecem as contradições, a estrutura e os processos inerente a esta obrigação constitucional de Estado, fazendo com que suas contradições passem da aparência para a essência, tendo como conseqüência a colocação de obstáculos intransponíveis para a consolidação do SUS no que se refere a integralidade de suas ações.

Este desconhecimento não se dá pela falta de instrumentos, pois o principal instrumento deste estudo foi um dos vários que estão a disposição, existem indicações fortes de que este desconhecimento se dá motivado por interesses daqueles que vêm no esvaziamento do estado e na primazia do de mercado os condutores das políticas públicas “*não exclusivas de estado*”, passíveis de publicização.

O número de programas e projetos desarticulados entre si, que este estudo identificou, que possuem interface com a Assistência Farmacêutica e não possuem nenhum mecanismo de controle e avaliação é a demonstração concreta das conseqüências das contradições geradas pela falta de planejamento e presença de ações de Estado.

No entanto uma política para este setor, que aponte soluções para os inúmeros problemas por este estudo apontado, devera ser construída a partir dos resultados da participação da Sociedade na 1ª Conferencia Nacional de Política de Medicamentos e Assitencia Farmacêutica que aconteceu no segundo semestre de 2003.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO. **O ano da saúde e a falsa oposição entre a universalidade de acesso e a equidade**. Rio de Janeiro, Ano XV, Jan- Mar 1997.

BANCO MUNDIAL . **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993**: Investindo em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993, 373 p.

BARROS, J.A.C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 377-386, 1983.

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

BERMUDEZ, J.A.Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1995. 203 p.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 15 ed. Brasília: Câmara dos Deputados/Centro de Documentação e Informação, 2000.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Senado Federal. Brasília, 20 set. 1990a.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Senado Federal. Brasília, 31 dez. 1990b.

_____. **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993. Dispõe sobre licitações e contratos da administração pública. Brasília, Câmara dos Deputados, Centro de Documentação 1993

_____. Ministério da Saúde. **1997 O Ano da Saúde no Brasil: Ações e metas prioritárias**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, 10 de nov 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.** NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde.** NOAS-SUS 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 27 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, 2000. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Assistência Farmacêutica na atenção básica:** instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2002. 113 p.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e de fazer cumprir a Lei.** Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, FNS, CENEPI, N° esp. Jul. 1993. 95 p.

_____, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (F.H. Cardoso), 1995. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

COELHO, C.C. **Contribuição para uma política nacional de medicamentos.** 1980. 179 p. Dissertação Mestrado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, Bueno W. S. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes** Revista Saúde em Debate, RJ CEBES 1997. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> acessado em 20 de nov 2002.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE. 10ª, 1996, Brasília. Relatório Final. Brasília, 1996.

DONABEDIAN, A. **A continuity and change in the quest for quality.** Clin. Perform Qual. Health Care., n. 1, p. 9-16, 1996.

_____. **The seven pillars of quality.** Arch. Pathol. Lab. Méd., n. 114, p.1115-1118, 1990.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACEUTICOS & EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE FARMÁCIA. **Proposta de Reformulação do Ensino de Farmácia no Brasil.** São Paulo, 1996.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACEUTICOS. **Caderno de teses ao 4º Congresso**. São Paulo: Fenafar, 2003.

FORMIGLI, V.L.A.; COSTA, M.C.O.; PORTO, L.A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 831-841, 2000.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil**: Produção e consumo. São Paulo: Polis, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2001. Florianópolis, 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> , Acesso 15 fev. 2003.

LAURELL, A.C. La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sócio-políticas. **Cuadernos Médico Sociales**, Cidade do México, v. 60, p. 4 - 18, 1992.

LISBOA, M.B.; et al. **Política governamental e regulação do mercado de medicamentos**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2001. 119 p.

LOPES, N. **Relatório Final da CPI dos Medicamentos**. Brasília, 30 de Maio de 2000. 419 p.

MANSUR, M.C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

MELLO, M.A. C. **Contribuição Para O Debate Sobre Reforma Da Previdência**. Brasília: SINDILEGIS, 2003. 76 p.

NOVAES, H.M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-559, mês 2000.

O ESTADO DE SÃO PAULO. Versão federal do PAS., São Paulo, 26 jul.1997, p.13.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Relatório da oficina de trabalho. Fortaleza, 2001. 53 p

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **El papel del Farmacéutico en la Atención a la Salud**. Genebra: OMS, 1988, 46 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **El papel del Farmacéutico en la Atención a la Salud**: Declaración de Tokio. Ginebra: OMS; 1993, 52 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais**. Guia para a Boa Prescrição Médica. São Paulo: Artmed, 1994, 124 p.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção Farmacêutica**. Relatório da 1ª Oficina. Brasília: OPAS/OMS, 2001,

RATTNER, D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: Uma proposta. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 21-32, 1996.

RECH, N.; SILVA, N.N.; NASCIMENTO Jr. J.M. **Análise da situação farmacêutica no Brasil e proposições**. Florianópolis: Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, 1987.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 741-751, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento e Coordenação, **Plano Estadual de Saúde**, Belo Horizonte, Coopmed, 2002 90p.

SANTOS, A.M. Farmacêuticos no Estado de Santa Catarina: Perfil profissional-1999. 2000. 216 p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, M.R.C. & ROSALEN, P.L. Assistência farmacêutica como referência para o ensino farmacêutico contemporâneo. **Revista Ciência e Tecnologia**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 15-21, 1994.

SANTOS, M.R.C. **Profissão Farmacêutica no Brasil**: História, ideologia e ensino. São Paulo: Holos, 1999, 126 p.

SANTOS, S. C. M.. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 180 p.

SAUPE, R. (Org.). **Educação em Enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998, 137 p.

SCHRAIBER, L.B.; MÉDICI, A.; GONÇALVES, R.B.M. El reto de la Educación Médica Frente a los Nuevos Paradigmas Económicos e Tecnológicos. , **Educación Médica y Salud**, v.1, n.28, p.20-52, 1994.

_____, L.B.; MÉDICI, A.; GONÇALVES, R.B.M. El reto de la Educación Médica Frente a los Nuevos Paradigmas Económicos e Tecnológicos. **Educación Médica y Salud**, v.1, n. 28, p.20-52, 1994.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, São Paulo, n. 3, p. 17-25, 1991.

ANEXOS

Anexo A - Relatório de Gestão

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - RELATÓRIO DE GESTÃO					SUS		
ANO ????							
IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL							
IDENTIFICAÇÃO ADMINISTRATIVA							
Nome do Município:							
Nome do Prefeito:							
Endereço da Prefeitura:					CEP:		
Nome do Secretário de Saúde:							
Nome do Gestor do FMS:							
Endereço da Sec. Mun. Saúde:					CEP:		
Telefone:		Fax:		Regional de Saúde:			
E-mail:			Nome e Page:				
Condição de Gestão:		<input type="checkbox"/> Plano de Atenção Básica		<input type="checkbox"/> Plano do Sistema Municipal			
Dados Demográficos							
Distribuição de População		1997	Faixa etária	Sexo		Total	
Urbana:	<input type="checkbox"/>		menor de 1 ano	masculino	feminino	0	
Rural:			1 a 4 anos			0	
Densidade demográfica:			5 a 9 anos			0	
hab/km ²			10 a 14 anos			0	
			15 a 19 anos			0	
			20 a 29 anos			0	
			30 a 39 anos			0	
			40 a 49 anos			0	
			50 a 59 anos			0	
			60 a 69 anos			0	
			70 anos +			0	
			População Total	0	0	0	
Bases Legais							
Secretaria Municipal de Saúde		Lei de Criação nº		Data de publicação:	00/00/0000		
Fundo Municipal de Saúde		Lei de Criação nº		Data de publicação:	00/00/0000		
Banco:		Nº da agência		Nº da conta corrente			
Banco:		Nº da agência		Nº da conta corrente			
Banco:		Nº da agência		Nº da conta corrente			
Conselho Municipal de Saúde		Lei de Criação nº		Data de publicação:	00/00/0000		
Data da última Conferência realizada:			00/00/0000				
Migração Sanitária		Lei/Decreto de Criação nº		Data de publicação:	00/00/0000		
Auditoria, Controle e Avaliação		Lei de Criação nº		Data de publicação:	00/00/0000		
RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES							
Identificação		Financiamento					
Financeiro 2		RH e Planejam.					
Rede Básica		Rede Hosp.					
Produção		S-Criança					
Epidemiologia		Adoleso-Mulher					
Referência+VS		Educ+Informat					
Aspec. Saúde		Controle Social					

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - RELATÓRIO DE GESTÃO			SUS	
DEMONSTRATIVO DE RECEITAS				
Relatório de Gestão:	Ano	????		
Secretaria Municipal de Saúde:		0		
Secretário Municipal de Saúde:		0		
Gestor do Fundo Municipal de Saúde:		0		
ORÇAMENTO				
Ano Anterior	Valor (R\$)		Ano Atual	Valor (R\$)
REC. MUNICIPAL:			REC. MUNICIPAL:	
Destinado ao Setor Saúde		%	Destinado ao Setor Saúde	%
Gov. Federal		#DIV/0!	Gov. Federal	#DIV/0!
Gov. Estadual		#DIV/0!	Gov. Estadual	#DIV/0!
Gov. Municipal		#DIV/0!	Gov. Municipal	#DIV/0!
Outras		#DIV/0!	Outras	#DIV/0!
Total	0,00	#DIV/0!	Total	0,00
			Gasto per capita	#DIV/0!
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				
Tetos Financeiros				Valor R\$
Teto Financeiro para Assistência (TFAM)				0,00
Fundo à Fundo	ATENÇÃO AMBULATORIAL			0,00
	Piso da Atenção Básica - PAB (Fixo)			
	Incentivos PAB - Parte Variável			0,00
	Programa de Agentes Comunitários - PACS			
	Programa de Saúde da Família			
	Assistência Farmacêutica Básica			
	Programa de Combate às Carências Nutricionais			
	Ações Básicas Vigilância Sanitária			
	Ações Básicas Vigilância Epidemiológica e Ambiental			
	Fração de Assistência Especializada - FAE			
	Atenção Hospitalar / Internações			
	Recursos de Proced. Ambul. de Alto Custo/Complexidade			
	Fatores de Incentivo e Índice de Valorização			
Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS)				
Contra Prestação	REMUNERAÇÃO TRANSITÓRIA POR SERVIÇOS PRODUZIDOS			0,00
	Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária			
Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)				
TETO FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO (TFGM)				0,00
TOTAL GERAL				

SISTEMA PLENIFICADORA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - RELATÓRIO DE GESTÃO										SUS
Rede Básica										
Capacidade Física Instalada (Município)										
Rede Física/Atividades	Origem do recurso			Contrato LI		Não Contratado (Quantidade)			Total Geral	
	Recursos	Ativos	Materiais	PMSC	SUS-1001	PMSC	Participa	SUS-1001		
Unidades de Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
* Clínica					0			0	0	
* Medicina					0			0	0	
* Radiologia					0			0	0	
* Odontologia					0			0	0	
Térceiros					0			0	0	
Unidade Ambulatório										
- Consultório										
* Medicina					0			0	0	
* Odontologia					0			0	0	
* Farmácia					0			0	0	
* Assistência Social					0			0	0	
* Psicologia					0			0	0	
Térceiros Consultório	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Unidade Emergência					0			0	0	
Unidade Clínica e Hospitalar					0			0	0	
Unidade Microscópio					0			0	0	
Unidade de Atendimento Geral					0			0	0	
Unidade de Apoio Diagnóstico					0			0	0	
* Aparelhos Raio X					0			0	0	
* Aparelhos Imagem e Tomografia					0			0	0	
Unidade Cirúrgica					0			0	0	
* Ultrassom					0			0	0	
* Eletrocardiograma					0			0	0	
* Laboratório Clínico					0			0	0	
Rede Operacional :										
Tipologia	Quant.	Tipologia	Quant.	Tipologia	Quant.					
Rede de Saúde		Hospital Geral		Hospital Regional						
Centro de Saúde		Hosp.Front. Soc. Mitem.		Hospital de Especialidade						
Unidade Básica		Atendimento								
Unidade de Referência		Clínica								

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - RELATÓRIO DE GESTÃO							SUS		
III INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO - SAÚDE									
<input type="checkbox"/> Plano Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Programação Anual do Município <input type="checkbox"/> Planejamento em Saúde <input type="checkbox"/> Critérios e Parâmetros para Programação Ambulatorial e Hospitalar <input type="checkbox"/> Programação Pactuada Integrada/PPI									
RECURSOS HUMANOS									
CATEGORIA PROFISSIONAL	Vínculos / Quantidade								
	Estadual		Municipal		Federal		Privado	Filantrop.	Total
	Efetivo	Contrat.	Efetivo	Contrat.	Efetivo	Contrat.			
Nível Superior									0
Médico									0
Médico (PSF)									0
Médico Veterinário									0
Enfermeiro									0
Enfermeiro (PSF)									0
Odontólogo									0
Nutricionista									0
Bioquímico									0
Assistente Social									0
Fisioterapeuta									0
Psicólogo									0
Administrador									0
Economista									0
Contador									0
Outros Profissionais									0
Nível Médio									0
Téc.de Enfermagem									0
Aq. Vig. Sanitária									0
Aux Enfermagem									0
Aux Enfermagem (PSF)									0
Aux de Saúde (Atendente)									0
Tec. Radiologia									0
Tec. Laboratório									0
Téc. de Fisioterapia									0
Aux. Saneamento									0
Aq. Administrativo									0
Outros									0
Nível Elementar									0
Aq. Comunitário (PSF)									0
Aq. Comunitário (PACS)									0
TOTAL GERAL (Nível)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nº de Equipes do PSF:									
Programas Desenvolvidos pela Rede Operacional:									
<input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> Assistência ao Idoso <input type="checkbox"/> Saúde Mental <input type="checkbox"/> Controle de Zoonoses <input type="checkbox"/> Controle de Endemias <input type="checkbox"/> Combate às Carências Nutricionais <input type="checkbox"/> Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Saúde do Trabalhador <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Medicamentos Especiais <input type="checkbox"/> Vigilância Sanitária <input type="checkbox"/> Vigilância Epidemiológica <input type="checkbox"/> DST/AIDS <input type="checkbox"/> Crônico-Degenerativo <input type="checkbox"/> Assistência ao Adolescente <input type="checkbox"/> Assistência ao Port. Deficiência <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Saneamento <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência <input type="checkbox"/> PAISM <input type="checkbox"/> TFD <input type="checkbox"/> PAISC <input type="checkbox"/> Saúde do Escolar <input type="checkbox"/> Outros:									

Anexo B - Formulários preenchidos pelos gestores municipais acerca da Assistência Farmacêutica em seu município

FORMULÁRIO PARA DIAGNÓSTICO DA ASSISTENCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SC - ANO 2001

Em relação à seleção dos medicamentos:

				NÃO	SIM
0 município possui uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais?					
0 município conta com Comissão de Farmácia e Terapêutica responsável pela padronização de medicamentos ⁹					
Quais os profissionais que participaram do processo de padronização de medicamentos no município				Farmacêutico	
				Médico	
				Enfermeiro	
				Dentista	
				Nutricionista	
Outros? Quais?					
Caso haja, a padronização de medicamentos foi executada com base nos dados epidemiológicos do município (morbimortalidade por grupo populacional, faixa etária, prevalência e incidência de doenças)?				NÃO	SIM
0 município recebeu medicamentos (ou recursos financeiros para sua aquisição) como parte de programas de responsabilidade do MS ou da SES?		NÃO			
		SIM		Tuberculose	
				Hanseníase	
				Diabetes	
				Hipertensão	
				Hemoderivados	
				Aids	
				Controle de endemias.	
				Farmácia popular (kit PSF)	
				Medicamentos excepcionais (alto custo)	
				Saúde mental	
		Assistência Farmacêutica Básica			
		Outros? Quais?			

Em relação ao processo de programação das necessidades de medicamentos do município:

0 município possui registro dos dados de consumo médio mensal de medicamentos?	NÃO	SIM
De forma geral, o quantitativo de medicamento disponibilizados na rede de atenção à saúde do município atendeu a demanda total existente no ano de 2001?		
0 município tem conhecimento do quantitativo da demanda não atendida quanto à necessidade de medicamentos?		

Em relação à aquisição de medicamentos pelo município:

Qual a forma adotada pelo município para a aquisição de medicamentos?		Por licitação		
		Por compra direta ao setor privado		
		Por compra direta ao setor público (laboratórios oficiais)		
No caso de aquisição por licitação, o farmacêutico participou do processo?			NÃO	SIM
O processo de aquisição se dá com base na denominação genérica dos medicamentos?				
O Município solicita e mantém os laudos de qualidade dos lotes de medicamentos adquiridos?				
Os fornecedores foram antecipadamente submetidos a processo de "acreditação"?				
O município possui Manual de normas ou Procedimentos Operacionais para recebimento dos medicamentos adquiridos?				
Quem é o responsável pelo recebimento e conferência dos medicamentos adquiridos?				

Em relação ao armazenamento dos medicamentos:

O armazenamento é centralizado?	NÃO	Armazenado nos postos de saúde?		NAO	SIM
		Armazenado nos centros de saúde?			
		Armazenado em Unidade Mixta?			
		Armazenado em Unidade de Referência?			
	SIM	Qual a área destinada armazenamento (em m ²)			
		A localização permite a fácil circulação e movimentação de veículos?		NÃO	SIM
		Existe Identificação externa?			
		Há controle de temperatura?			
		Há controle de luminosidade?			
		Há controle de umidade?			
		As paredes são de cor clara e com pintura lavável?			
		Portas esmaltadas ou de alumínio?			
		Existe área administrativa?			
		Existe área de recepção?			
Existe área de expedição?					
Quanto aos equipamentos e acessórios disponíveis no ambiente de armazenamento, indicar aqueles existentes e a respectiva quantidade:	Aparelhos de ar condicionado.		NÃO	SIM	Nº
	Armário de aço com chave:				
	Carrinho para transporte de medicamentos				
	Empilhadeira				
	Equipamento de informática:				
	Termômetros para medida de temperatura ambiente				
Extintores de incêndio:					

A estocagem dos medicamentos é feita em:	Estrados?	NÃO	SIM
	Prateleiras de madeira?		
	Prateleiras de aço?		
	Por empilhamento?		
Quanto ao controle do estoque:	0 funcionário responsável recebeu treinamento específico para a execução do controle?		
	0 controle é informatizado?		
	0 controle é manual?		
		NAO	SIM
A gestão dos estoques utiliza algum dos procedimentos abaixo	Consumo médio mensal"?		
	Estoque mínimo (de segurança ou reserva)?		
	Estoque máximo?		
	Tempo de ressuprimento ou reposição?		
	Ponto de ressuprimento ou reposição/estoque de alarme?		
	Quantidade de ressuprimento?		
	Curva ABC		
Quem é o responsável pelo controle"			

Quanto ao processo de dispensação de medicamentos:

		NÃO	SIM		
A dispensação de medicamentos é centralizada?				Nº	
Em que local se dá a dispensação dos medicamentos?	No consultório médico?				
	Na farmácia do Posto de Saúde ⁷				
	Na farmácia do Centro de Saúde?				
	Na farmácia da Unid Em farmácia privads	ade de Referência?			
		(comercial) da cidade?			
	Em "Posto de Medicamentos" privado (comercial) na cidade ⁷				
	Em outro local? Onde?				
A dispensação dos medicamentos é executada por:	Atendente?		NÃO	SIM	
	Auxiliar de Enfermagem?				
	Enfermeiro?				
	Nutricionista?				
	Farmacêutico?				
	Assistente Social?				
	Médico?				
	Psicólogo?				
	Outro? Qual?				
		NÃO	SIM		
0 município conta com manual de normas e procedimentos específicos para a prescrição e dispensação dos medicamentos?					
0 Serviço conta com "fichas técnicas de informação" para a dispensação dos medicamentos?					

Existem materiais educativos sobre o uso racional dos medicamentos direcionados para os profissionais de saúde e para os usuários?					
São mantidos cadastros dos pacientes, contendo informações sobre os medicamentos prescritos, medicamentos dispensados e registro de ocorrências durante uso dos					
Existem registros do número de prescrições atendidas e não atendidas?					

EM RELÇÃO AOS RECURSOS HUMANOS

1 O município contou com profissional quadro funcional?					
NAO		SIM			
Indicar tipo de vínculo funcional e quantidade respectiva:	Federal		N"	Contratado	N"
	Estadual	Efetivo	N°	Contratado	N°
	Municipal	Efetivo	N°	Contratado	N°
	Privado	N"			
Indicar a categorização funcional adotada pelo município para a contratação:	Farmacêutico	40 horas semanais			N°
		20 horas semanais			N"
		10 horas semanais			N°
		Menos de 10 horas semanais			N"
	Farmacêutico Bioquímico	40 horas semanais			N"
		20 horas semanais			N°
		10 horas semanais			N°
		Menos de 10 horas semanais			N°
	Bioquímico	40 horas semanais			N°
		20 horas semanais			N"
		10 horas semanais			N°
		Menos de 10 horas semanais			N°
Atividades desenvolvidas pelo profissional farmacêutico, com indicação do respectivo número de farmacêuticos que executaram a atividade:	Planejamento -				N°
	Seleção de medicamentos				N°
	Aquisição de medicamentos -				N°
	Controle de armazenamento de medicamentos				N"
	Controle do estoque de medicamentos				N°
	Dispensação de medicamentos				N°
	Análises clínicas				N°
	Vigilância sanitária				N°
					N°

Anexo C - Municípios catarinenses por estratos de população do IBGE 2001

Municípios até 5.000 Habitantes

1	Abdon Batista	2846
2.	Lajeado Grande	1.604
3.	Santiago do Sul	1.607
4	Flor do Sertão	1.735
5.	Ibiam	1.752
6.	Santa Rosa de Lima	1.835
7	Jardinópolis	1.894
8	Cunhatai	1.908
9.	Presidente Castelo Branco	1.929
10	Macieira	1.955
11.	Tigrinhos	1.957
12	São Miguel da Boa Vista	1.993
13.	Palmeira	2.038
14.	Jupirá	2.044
15.	Calmon	2.127
16.	Bom Jesus do Oeste	2.128
17	Painel	2.167
18.	Barra Bonita	2.183
19.	Ermo	2.185
20.	Lacerdópolis	2.220
21	Paial	2.232
22	Arvoredo	2.246
23.	Presidente Nereu	2.249
24.	Alto Bela Vista	2.335
25	Bom Jesus	2.336
26.	Urupema	2.348
27.	Zortéa	2.352
28.	Princesa	2382
29.	Morro Grande	2.502
30	Formosa ao Sul ¹	2.521
31.	Irati	2.525
32	Rancho Queimado	2.539
33.	Santa Helena	2.540
34.	Entre Rios	2.550
35	Chapadão do Lageado	2.554
36.	Coronel Martins	2.554
37	Planalto Alegre	2.596
38.	Belmonte	2.611
39.	Marema	2.619
40.	Ouro Verde	2.648
41.	Rio Rufino	2.657,
42	Águas Frias	2.692
43	Treviso	2.725
44.	Celso Ramos	2.759
45.	Capão Alto	2.767

46	Frei Rogério	2.769
47.	Cordilheira Alta	2.814
48.	Mirim Doce	2.819
49.	São Bonifácio	2.848
50.	Ponte Alta do Norte	2.851
51.	Bocaina do Sul	2.879
52.	Iomerê	2.912
53.	Doutor Pedrinho	2.920
54.	Anitápolis	3.065
55.	Pinheiro Preto	3.068
56.	Santa Terezinha do Progresso	3.082
57	Peritiba	3.113
58.	Novo Horizonte	3.148
59.	Serra Alta	3.149
60.	Dona Emma	3.165!
61.	Vargeão	3.224,
62.	Major Gercino	3.238
63.	Sul Brasil	3.254
64.	São Bernardino	3.258
65.	São Martinho	3263
66.	Witmarsum	3.373
67.	Matos Costa	3.429
68.	Braço do Trombudo	3.436
69.	Botuverã	3.493
70.	Brunópolis	3.506
71.	São João do Itaperiú	3.539
72.	Atalanta	3.584
73.	Vargem	3.619
74.	Arroio Trinta	3.658
75.	São Pedro de Alcântara	3.698
76.	Ibicaré	3.705
77.	Bandeirante	3.716
78.	União do Oeste	3.856
79.	Nova Erechim	3.904
80.	Salto Veloso	3.939]
81.	São Cristóvão do Sul	3.969
82.	Erval Velho	3.976
83.	Piratuba	3.978
84.	Modelo	4.014
85.	Galvão	4.016
86.	Leoberto Leal	4.036
87.	Cerro Negro	4.057
88.	Agronómica	4.068

89. Guatambú	4.1171
90. Jaborá	4.147
91. Passo de Torres	4.197
92. Ipira	4.237
93. Bom Jardim da Serra	4.254
94. Rio Fortuna	4.259
95. Saltinho	4.271
96. José Boiteux	4.280
97. Arabutã	4.287
98. Balneário Barra do Sul	4.455
99. Lindóia do Sul	4.576
100. Xavantina	4.667
101. Laurentino	4.758
102. Paraíso	4.793

Municípios de 5.000 a 10.000 Habitantes

1. Aguas Mornas	5.081
2. Vargem Bonita	5.140
3. Guarujá do Sul	5.197
4. Treze Tílias	5.206
5. Riqueza	5.218
6. Ponte Alta	5.221
7. Nova Itaberaba	5.240
8. Timbé do Sul	5.336
9. Luzerna	5.403
10. Balneário Arroio do Silva	5.423
11. Imbuia	5.446
12. Vitor Meireles	5.556
13. Ipuaçú	5.564
14. Bela Vista do Toldo	5.587
15. Paulo Lopes	5.639
16. Caxambu do Sul	5.646
17. Aurora	5.827
18. Rio das Antas	5.866
19. Angelina	5.920
20. Trombudo Central	5.947
21. Vidal Ramos	5.955
22. Água Doce	6.015
23. Ouro	6.042
24. Rio do Campo	6.106
25. Grão Pará	6.120
26. Petrolândia	6.144
27. Maracajá	6.151
28. Águas de Chapecó	6.271
29. Antônio Carlos	6.306
30. Treze de Maio	6.337
31. Ipumirim	6.376
32. São João do Oeste	6.419
33. Meleiro	6.506
34. Major Vieira	6.518

35. Caibi	6.539
36. Rio do Oeste	6.588
37. Itapoá	6700
38. Bombinhas	6.754
39. Armazém	6.783
40. Itã	6.801
41. Salete	6.817
42. Romelândia	6.837
43. Anchieta	7 102
44. São João do Sul	7 128
45. Catanduvas	7 205
46. Praia Grande	7 330
47. Monte Castelo	7.442
48. Saudades	7.726
49. Sangão	7.803
50. Ascurra	7.857
51. Agrolândia	7.987
52. Santa Rosa do Sul	8.038
53. Timbó Grande	8.211
54. Lontras	8.239
55. Irani	8.246
56. Luiz Alves	8.278
57. Tangará	8.283
58. Canelinha	8.291
59. Santa Terezinha	8.305
60. Palma Sola	8.399
61. Alfredo Wagner	8.405
62. Campo Belo do Sul	8.507
63. Monte Carlo	8.620
64. São Ludgero	8.621
65. Porto Belo	8.741
66. Iporã do Oeste	8.762
67. Bom Retiro	8.809
68. São Domingos	8.944
69. Benedito Novo	9.009
70. Anita Garibaldi	9.143
71. Rio dos Cedros	9.149
72. Gravatal	9.189
73. Descanso	9.255
74. São José do Cerrito	9.401
75. Apiúna	9.523
76. Irineópolis	9.540
77. Nova Trento	9.727
78. Quilombo	9.802
79. Campo Erê	9.870
80. Mondai	9.886
81. São Carlos	9.924
82. Rodeio	9.991

Municípios de 10.000 a 20.000 habitantes

1. Nova Veneza	10.068
2. Jacinto Machado	10.099

3. Coronel Freitas	10.169
4. Ilhota	10.406
5. Cunha Porã	10.424
6. Schroeder	10.505
7. Guaraciaba	10.522
8. Urubici	10.651
9. Piçarras	10.720
10. Campo Alegre	10.952
11. Siderópolis	11.001
12. Turvo	11.081
13. Corupá	11.496
14. Faxinal dos Guedes	11.525
15. Pinhalzinho	11.599
16. Garuva	11.625
17. Presidente Geulio	11.638
18. Ponte Serrada	11.764
19. Lebon Régis	11.802
20. Pouso Redondo	12.174
21. São José do Serito	12.180
22. Lauro Muller	12.218
23. Massaranduba	12.238
24. Imarui	12.262
25. Governador Celso Ramos	12.280
26. Correia Pinto	12.388
27. Cocal do Sul	12.963
28. Guabiruba	13.043
29. Ibirama	13.181
30. Garopaba	13.245
31. Santa Cecília	13.308
32. Otacilio Costa	13.737
33. Morro da Fumaça	13.901
34. Jaguaruna	13.929
35. Dionísio Cerqueira	13.953
36. Abelardo Luz	14.112
37. São João Batista	14.158
38. Itapiranga	14.744
39. Barra Velha	14.925
40. Taió	15.728
41. Papanduva	15.912
42. Santo Amaro da Imperatriz	16.525
43. Seara	16.534
44. Palmitos	16.984
45. Três Barras	17.457
46. Penha	17.551
47. Capinzal	17.660
48. Ituporanga	18.197
49. Urussanga	18.235
50. Forquilha	18.269
51. Itaiópolis	19.324

52. Maravilha	19.383
53. Capivari de Baixo	19.581
54. Herval d'Oeste	19.818
55. São Lourenço do Oeste	19.885
56. Araquari	19.933

Municípios de 20.000 a 30.000 habitantes

1. Itapema	20.669
2. Tijucas	20.981
3. São Joaquim	21.640
4. Orleans	22.163
5. Braço do Norte	22.983
6. Joaçaba	23.149
7. Guarimirim	23.627
8. Sombrio	24.018
9. Pomerode	24.035
10. Xaxim	25.722
11. Campos Novos	28.591

Municípios de 30.000 a 40.000 habitantes

1. Timbó	30.055
2. São Miguel do Oeste	31.453
3. São Francisco do Sul	31.519
4. Porto União	31.925
5. Imbituba	34.215
6. Fraiburgo	34.329
7. Curitibanos	35.824
8. Rio Negrinho	35.856
9. Navegantes	36.709
10. Camboriu	38.627
11. Indaial	39.970

Municípios de 40.000 a 50.000 habitantes

1. Xanxerê	40.588
2. Videira	41.710
3. Laguna	43.133
4. Biguaçu	45.425
5. Gaspar	46.034
6. Canoinhas	48.454

Municípios de 50.000 a 100.000 habitantes

1. Rio do Sul	50.087
2. Içara	50.186
3. Mafra	51.494
4. Concórdia	54.896
5. Araranguá	57.472
6. São Bento do Sul	64.766
7. Balneário Camboriú	66.002
8. Caçador	66.492
9. Brusque	75.697
10. Tubarão	87.138
11. Palhoça	92.077

Anexo D - Municípios sorteados cujos dados foram analisados

Regional de Saúde	População	MUNICÍPIO
	2223	JUPIÁ
1	3552	VARGEÃO
1	4235	GALVÃO
1	10767	FAXIANAL DOS GUEDES
1	37429	XANXERE
2	2625	IOMERE
2	2969	FREI ROGÉRIO
2	6601	RIO DAS ANTAS
2	36162	CURITIBANOS
2	42422	VIDEIRA
3	1956	PRES.CASTELO BRANCO
3	2052	PAIAL
3	2292	ARVOREDO
3	3541	BRAÇO DO TROMBUDO
3	4795	LINDOIA DO SUL
3	8601	IRANI
3	16520	SEARA
3	63613	CONCÓRDIA
4	5396	AURORA
4	6194	VIDAL RAMOS
4	6406	PETROLANDIA
4	6697	RIO DO OESTE
4	18122	ITUPORANGA
5	4777	TUNAPOLIS
5	11038	GURACIABA
et	7896	SANTA ROSA DO SUL
6.	55927	ARARANGUÁ
8	3567	IBICARÉ
8	7410	OURO
8	24030	JOAÇABA
9	22731	POMERODE
9	30055	TIMBÓ
9	47700	GASPAR
10	2454	PLANALTO ALEGRE
10	2780	SÃO BERNARDINO
10	3101	NOVO HORIZONTE
10	3184	CORDILHEIRA ALTA
10	6345	CAIBI
10	15824	PALMITOS
10	151152	CHAPECO
11	8349	MONTE CASTELO
11	50301	MAFRA
12	3119	TREVISÓ
12	14551	MORRO DA FUMAÇA
12	18790	FORQUILINHA
12	50186	IÇARA
13	32301	SÃO FRANCISCO D SUL
13	65437	SÃO BENTO DO SUL
13	429604	JOINVILLE
14	4969	PEDRAS GRANDES
14	6870	ARMAZÉM
14	8587	SÃO LUGERO

Regional de Saúde	População	MUNICÍPIO
14	20021	ORLEANS
14	35700	IBMITUBA
14	88470	TUBARÃO
15	2133	PALMEIRA
15	7967	BOM RETIRO
15	10252	URUBICI
15	159682	LAGES
16	9773	IRINEOPOLIS
16	31848	PORTO UNIÃO
16	48254	CANOINHAS
17	12855	MASSARANDUBA
17	112245	JARAGUÁ DO SUL
18	3139	SÃO BONIFÁCIO
18	5931	PAULO LOPES
18	13529	GAROPABA
18	48000	BIGUAÇU
18	173559	SÃO JOSÉ

Anexo E – Tabelas de dados obtidos junto ao Relatório de Gestão dos 69 Municípios catarinenses analisados

REGIONAL DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL DA DISPENSAÇÃO						PROFISSIONAL QUE EXECUTA A DISPENSAÇÃO						INSTRUMENTOS AUXILIARES A DISPENSAÇÃO					
		CENTRALIZADA	CONSULTÓRIO MÉDICO	POSTO DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE	UNIDADE DE REFERÊNCIA	FARMÁCIA PRIVADA	POSTO DE MEDICAMENTOS	ATENDENTE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ENFERMEIRO	FARMACEUTICO	ASSISTENTE SOCIAL	MEDICO	PSICOLOGO	NORMAS P/ PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO	FICHAS TÉCNICAS SOBRE DISPEN.	MATERIAL EDUCATIVO SOBRE USO	CADASTRO DE PACIENTES
1	FAXIANAL DOS GUEDES			Sim		Sim			Sim							Sim	Sim	Sim	
1	GALVÃO	Sim		Sim					Sim	Sim	Sim	Sim	Sim						Sim
1	JUPIÁ	Sim		Sim					Sim	Sim			Sim		Sim		Sim	Sim	Sim
1	VARGEÃO		Sim	Sim					Sim	Sim							Sim	Sim	Sim
1	XANXERE			Sim	Sim	Sim				Sim	Sim							Sim	Sim
2	CURITIBANOS	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim	Sim				Sim	Sim		Sim	Sim
2	FREI ROGERIO	Sim		Sim				Sim	Sim	Sim					Sim	Sim		Sim	Sim
2	IOMERE	Sim	Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim		Sim					Sim	Sim
2	RIO DAS ANTAS			Sim					Sim	Sim							Sim	Sim	Sim
2	VIDEIRA	Sim						Sim			Sim					Sim		Sim	Sim
3	ARVOREDO	Sim			Sim				Sim	Sim				Sim			Sim	Sim	Sim
3	BRAÇO DO TROMBUDO																		
3	CONCORDIA	Sim				Sim		Sim	Sim									Sim	Sim
3	IRANI	Sim		Sim					Sim	Sim	Sim				Sim	Sim			Sim
3	LINDOIA DO SUL			Sim					Sim	Sim	Sim							Sim	Sim
3	PAIAL	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim								Sim
3	PRES. CASTELO BRANCO	Sim		Sim					Sim	Sim	Sim				Sim			Sim	Sim
3	SEARA	Sim		Sim			Sim	Sim	Sim	Sim								Sim	Sim
4	AURORA	Sim		Sim				Sim	Sim	Sim							Sim		Sim
4	ITUPORANGA	Sim							Sim	Sim									Sim
4	PETROLÂNDIA		Sim					Sim	Sim	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim	Sim
4	RIO DO OESTE	Sim		Sim				Sim	Sim	Sim	Sim								Sim
4	VIDAL RAMOS	Sim		Sim				Sim	Sim	Sim					Sim				Sim
5	GURACIABA	Sim			Sim				Sim	Sim	Sim							Sim	Sim
5	TUNAPOLIS			Sim					Sim	Sim	Sim					Sim	Sim	Sim	Sim
6	ARARANGUÁ			Sim		Sim				Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
6	SANTA ROSA DO SUL				Sim					Sim	Sim		Sim						Sim
8	IBICARÉ	Sim		Sim					Sim	Sim	Sim				Sim				Sim
8	JOAÇABA	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim								Sim
8	OURO		Sim						Sim	Sim									Sim
9	GASPAR			Sim	Sim	Sim		Sim			Sim								Sim
9	POMERODE			Sim					Sim								Sim	Sim	Sim
9	TIMBÓ			Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	CAIBI	Sim		Sim				Sim	Sim	Sim								Sim	Sim
10	CHAPECO			Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim				Sim				Sim
10	CORDILHEIRA ALTA	Sim	Sim						Sim	Sim	Sim				Sim		Sim	Sim	Sim
10	NOVO HORIZONTE	Sim		Sim				Sim	Sim	Sim			Sim		Sim	Sim		Sim	Sim
10	PALMITOS			Sim		Sim			Sim	Sim	Sim								Sim
10	PLANALTO ALEGRE	Sim		Sim												Sim		Sim	Sim
10	SÃO BERNARDINO	Sim			Sim														Sim
11	MAFRA			Sim		Sim		Sim			Sim							Sim	Sim
11	MONTE CASTELO			Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
12	FORQUILINHA			Sim					Sim	Sim	Sim								Sim
12	IÇARA			Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim			Sim	Sim		Sim	Sim
12	MORRO DA FUMAÇA																		
12	TREVISÓ	Sim	Sim					Sim			Sim								Sim
13	JOINVILLE			Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim				Sim				Sim
13	SÃO BENTO DO SUL			Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim						Sim	Sim	Sim
13	SÃO FRANCISCO D SUL			Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim						Sim	Sim	Sim
14	ARMAZEM	Sim		Sim					Sim	Sim						Sim			Sim
14	IBMITUBA	Sim		Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14	ORLEANS			Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim						Sim	Sim	Sim
14	PEDRAS GRANDES	Sim			Sim								Sim			Sim	Sim	Sim	Sim
14	SÃO LUGERO	Sim		Sim				Sim			Sim								Sim
14	TUBARÃO			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim				Sim	Sim
15	BOM RETIRO	Sim		Sim		Sim			Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
15	LAGES					Sim			Sim						Sim				Sim
15	PALMEIRA																		
15	URUBICI			Sim			Sim		Sim	Sim	Sim								Sim
16	CANOINHAS	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim			Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16	IRINEÓPOLIS	Sim		Sim					Sim	Sim	Sim		Sim			Sim	Sim	Sim	Sim
16	PORTO UNIÃO			Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim							Sim	Sim
17	JARAGUÁ DO SUL	Sim				Sim		Sim	Sim	Sim	Sim							Sim	Sim
17	MASSARANDUBA	Sim		Sim		Sim		Sim	Sim	Sim								Sim	Sim
18	BIGUAÇU	Sim		Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Anexo F – Tabelas de dados obtidos junto ao formulário acerca da Assistência Farmacêutica dos 69 Municípios catarinenses analisados.

(Programação e aquisição, Seleção, Armazenamento e dispensação)

REGIONAL DE SAÚDE	MUNICIPIO	REGISTRO DO CONSUMO MENSAL	DEMANDA 2001 ATENDIDA	DEMANDA NÃO ATENDIDA É CONHECIDA	AQUISIÇÃO POR LICITAÇÃO	AQUISIÇÃO DIRETA DO SETOR PRIVADO	AQUISIÇÃO DIRETA DO SETOR PÚBLICO	FARMACÊUTICO PARTICIPA DA LICITAÇÃO	AQUISIÇÃO PELO NOME GENÉRICO	SOLICITA LAUDO DOS LOTES ADQUIRIDOS	FORNECEDORES FORAM ACREDITADOS	POSSUI NORMAS PARA O RECEBIMENTO
1	FAXIANAL DOS GUEDES	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim		
1	GALVÃO	Sim	Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	Sim
1	JUPIÁ	Sim	Sim		Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
1	VARGEÃO	Sim	Sim		Sim				Sim	Sim		
1	XANXERE	Sim			Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	
2	CURITIBANOS	Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim
2	FREI ROGERIO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim
2	IOMERE	Sim	Sim	Sim		Sim			Sim		Sim	
2	RIO DAS ANTAS				Sim				Sim	Sim	Sim	
2	VIDEIRA	Sim	Sim		Sim				Sim	Sim		Sim
3	ARVOREDO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	
3	BRAÇO DO TROMBUDO											
3	CONCORDIA	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
3	IRANI	Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	
3	LINDOIA DO SUL				Sim	Sim	Sim		Sim			
3	PAIAL					Sim			Sim			
3	PRESIDENTE CASTELO BRANCO	Sim	Sim		Sim				Sim	Sim		Sim
3	SEARA	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim		Sim			
4	AURORA								Sim		Sim	
4	ITUPORANGA	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim		Sim	Sim
4	PETROLÂNDIA	Sim			Sim	Sim	Sim		Sim		Sim	
4	RIO DO OESTE			Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	
4	VIDAL RAMOS	Sim		Sim	Sim	Sim			Sim			Sim
5	GURACIABA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim
5	TUNAPOLIS	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim		Sim	Sim
6	ARARANGUÁ	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim	Sim		
6	SANTA ROSA DO SUL				Sim		Sim		Sim		Sim	
8	IBICARÉ	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim		
8	JOAÇABA	Sim			Sim			Sim	Sim	Sim		
8	OURO				Sim							
9	GASPAR	Sim			Sim			Sim	Sim	Sim		
9	POMERODE	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	
9	TIMBÓ	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10	CAIBI	Sim		Sim	Sim				Sim			
10	CHAPECO	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim		Sim
10	CORDILHEIRA ALTA	Sim	Sim	Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	
10	NOVO HORIZONTE	Sim	Sim		Sim				Sim			Sim

REGIONAL DE SAÚDE	MUNICIPIO	REGISTRO DO CONSUMO MENSAL	DEMANDA 2001 ATENDIDA	DEMANDA NÃO ATENDIDA É CONHECIDA	AQUISIÇÃO POR LICITAÇÃO	AQUISIÇÃO DIRETA DO SETOR PRIVADO	AQUISIÇÃO DIRETA DO SETOR PÚBLICO	FARMACÊUTICO PARTICIPA DA LICITAÇÃO	AQUISIÇÃO PELO NOME GENÉRICO	SOLICITA LAUDO DOS LOTES ADQUIRIDOS	FORNECEDORES FORAM ACREDITADOS	POSSUI NORMAS PARA O RECEBIMENTO
												Continuação...
10	PALMITOS	Sim	Sim		Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	
10	PLANALTO ALEGRE			Sim	Sim				Sim		Sim	
10	SÃO BERNARDINO	Sim	Sim		Sim				Sim		Sim	
11	MAFRA	Sim			Sim	Sim	Sim		Sim	Sim		
11	MONTE CASTELO	Sim	Sim		Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
12	FORQUILINHA	Sim			Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	
12	IÇARA	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	Sim		Sim
12	MORRO DA FUMAÇA	Sim			Sim				Sim			
12	TREVISÓ	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim	Sim			Sim
13	JOINVILLE	Sim			Sim			Sim	Sim	Sim		
13	SÃO BENTO DO SUL	Sim			Sim				Sim	Sim		Sim
13	SÃO FRANCISCO D SUL	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	
14	ARMAZÉM	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim		Sim
14	IBMITUBA	Sim	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14	ORLEANS	Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
14	PEDRAS GRANDES	Sim	Sim	Sim	Sim				Sim	Sim		
14	SÃO LUGERO	Sim			Sim	Sim		Sim	Sim	Sim		
14	TUBARÃO	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
15	BOM RETIRO	Sim			Sim				Sim	Sim	Sim	Sim
15	LAGES	Sim			Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim
15	PALMEIRA		Sim		Sim							
15	URUBICI				Sim	Sim		Sim		Sim	Sim	
16	CANOINHAS	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16	IRINEOPOLIS	Sim		Sim	Sim	Sim		Sim	Sim	Sim		
16	PORTO UNIÃO	Sim			Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
17	JARAGUÁ DO SUL		Sim		Sim		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
17	MASSARANDUBA	Sim			Sim	Sim			Sim	Sim		
18	BIGUAÇU	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	Sim			Sim
18	GAROPABA	Sim	Sim	Sim	Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	
18	PAULO LOPES	Sim		Sim	Sim				Sim	Sim	Sim	
18	SÃO BONIFÁCIO	Sim		Sim	Sim			Sim	Sim			
18	SÃO JOSÉ	Sim			Sim			Sim	Sim	Sim	Sim	

Anexo G – Portaria nº 3.916/GM/1998

Em 30 de outubro de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de o setor Saúde dispor de política devidamente expressa relacionada à questão de medicamentos;

Considerando a conclusão do amplo processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema;

Considerando a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Formulação de Políticas de Saúde

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Brasília - 1998

Presidente da República - Fernando Henrique Cardoso

Ministro da Saúde - José Serra

Secretário de Políticas de Saúde - João Yunes

Diretora do Departamento de Formulação de Políticas de Saúde/SPS

Nereide Herrera Alves de Moraes

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento a Política Nacional de Medicamentos, cuja elaboração envolveu ampla discussão e coleta de sugestões, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério.

Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Com esse intuito, suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária.

A presente Política observa e fortalece os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS – na sua efetivação.

O Ministério da Saúde está dando início às atividades de implementação desta Política. Um exemplo disso é a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que busca garantir condições para a segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no País. Dada a sua abrangência, a consolidação da Política Nacional de Medicamentos envolverá a adequação dos diferentes programas e projetos, já em curso, às diretrizes e prioridades estabelecidas neste documento.

Brasília, 1º de outubro de 1998.

José Serra

Ministro da Saúde

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;
- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;
- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;
- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”, conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei n.º 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão consequência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a “formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)”.

O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS - podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades

desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência neles desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico-degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve-se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos, requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamentos devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos, além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídios institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos diretos e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro a 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome 36% do mercado e gasta, anualmente, em média, 64,15 dólares per capita; o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a Política de Medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo

possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1 ADOÇÃO DE RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2 REGULAMENTAÇÃO SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância.

Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico.

Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

- a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais – bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;
- b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;
- c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;
- d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3 REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

- a) na descentralização da gestão;
- b) na promoção do uso racional dos medicamentos;
- c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;
- d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

- a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
- c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

- a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;
- b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;
- c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;
- d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4 PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à

informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei n.º 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5 DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizem o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6 PROMOÇÃO DA PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias-primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7 GARANTIA DA SEGURANÇA, EFICÁCIA E QUALIDADE DOS MEDICAMENTOS

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei n.º 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde - REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio - que são adquiridos pelos serviços de saúde - e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8 DESENVOLVIMENTO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 14 e parágrafo único, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção, comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4 PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram

as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4.1. REVISÃO PERMANENTE DA RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério – Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde – e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 “Diretrizes”, tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

-o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

-o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. CAMPANHAS EDUCATIVAS

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades

representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS, em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. REGISTRO E USO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

- a estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;
- b estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;
- c levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;
- d identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;
- e estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O Formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. FARMACOEPIDEMIOLOGIA E FARMACOVIGILÂNCIA

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtos como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

4.3.5. RECURSOS HUMANOS

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-á promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. DESENVOLVIMENTO E ELABORAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS SISTEMATIZADOS

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização

das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. TREINAMENTO DE PESSOAL DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O treinamento em serviço - recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

- a dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária ;
- b da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;
- c dos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembarço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

- a produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;
- b vigilância de medicamentos (farmacovigilância);
- c produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;
- d ensaios clínicos;
- e normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;
- f registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;
- g controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;
- h controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;
- a) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir.

a) Ministério da Justiça

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluam, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

c) Ministério da Educação e do Desporto

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. GESTOR FEDERAL

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

- a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;
- b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;
- c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;
- f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;
- g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;
- h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;
- i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;
- k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;
- l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;
- m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;
- n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;
- o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;
- p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;
- q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;
- r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;
- s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;
- t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;
- u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, “Diretrizes”, tópico 3.3. deste documento;
- v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. GESTOR ESTADUAL

Conforme disciplinado na Lei n.º 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

- a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

- b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;
- c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;
- d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;
- e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;
- h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;
- i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;
- j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;
- l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;
- m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, “Diretrizes”, tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;
- n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;
- o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;
- p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;
- q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. GESTOR MUNICIPAL

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

- a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;
- b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;

- m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei n.º 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

- a) “a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;”
- b) “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;”
- c) “a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.”

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

1. Assistência ambulatorial Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.

1 Assistência farmacêutica Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por 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.

2 Automedicação Uso de medicamento sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista.

3 Biodisponibilidade Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo. A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa). A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.

4 Bioequivalência Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.

5 Centrais farmacêuticas Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e distribuição para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.

6 Dispensação É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São

elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

7 Doenças crônico-degenerativas Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.

8 Doenças prevalentes Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.

9 Eficácia do medicamento A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.

10 Equivalência in vitro Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente, em cultivos de células.

11 Ensaios clínicos Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

12 Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) São aqueles relacionados com a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.

13 Expectativa de vida ao nascer É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.

14 Farmácias magistrais Farmácias autorizadas a manipular medicamento, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.

15 Farmacopéia Brasileira Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.

16 Fármacos Substância química que é o princípio ativo do medicamento.

17 Farmacoepidemiologia Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos – benéficos e adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas.

18 Farmacoterapia A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.

19 Farmacovigilância Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.

20 Farmoquímicos Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos.

21 Forma de comercialização Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.

22 Formulação farmacêutica Relação quantitativa dos farmoquímicos que compõem um medicamento.

23 Formulário Terapêutico Nacional Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.

24 Guias terapêuticos padronizados Coleções de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.

25 Hemoderivados Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.

26 Indicadores demográficos Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.

27 Insumos farmacêuticos Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.

28 Lei antitruste Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.

29 Medicamento Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

30 Medicamentos de dispensação em caráter excepcional Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.

31 Medicamentos de uso contínuo São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.

32 Medicamentos essenciais São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.

33 Medicamentos genéricos São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).

34 Medicamentos de interesse em saúde pública São aqueles utilizados no controle de

doenças que, em determinada comunidade, têm magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégia básica de combate é o tratamento dos doentes.

35 Medicamentos para a atenção básica Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.

36 Medicamentos tarjados São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem, tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.

37 Medicamentos de venda livre São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.

38 Módulo-padrão de suprimento Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.

39 Morbimortalidade Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.

40 Perfil epidemiológico Estado de saúde de uma determinada comunidade.

41 Perfil nosológico Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.

42 Piso da Atenção Básica (PAB) Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.

43 Prescrição Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.

44 Prescritores Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).

45 Produtos psicotrópicos Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.

46 Propaganda de produtos farmacêuticos É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.

47 Protocolos de intervenção terapêutica Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.

48 Registro de medicamentos Ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.

49 Uso racional de medicamentos É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

8. BIBLIOGRAFIA

Bonfim, J.R.A & Mercucci, V (Org.), 1997. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec - Sobravime.

Cardoso, F.H., 1994. Mãos à Obra Brasil: proposta de governo. Brasília: s.ed.

Centro de Estudios y Asesoria en Salud (CEAS-Ecuador). 1990. El Sistema de Suministro en los Programas Sociales de Medicamentos. Quito: Gráfica Alborada.

Central de Medicamentos, 1987. Medicamentos essenciais: medidas para assegurar o abastecimento interno. Brasília: CEME.

Central de Medicamentos, 1987. Medicamentos essenciais - Os caminhos da autonomia. Documento - proposta. Brasília: CEME.

Central de Medicamentos, 1988. I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos. Relatório Final. Brasília: CEME.

Dukes, G. & Broun, D., 1994. Pharmaceutical Policies: Rationale and Design. Washington: World Bank (HRO Working Papers).

ENSP/FIOCRUZ, UNICEF, OPAS/OMS, Fenafar Sobravime, CONASS, CONASEMS, 1996. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos, Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos e Qualidade de Vida. Rumos e Perspectivas no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

Federal Republic of Nigeria, 1990. National Drug Policy for Nigeria. Lagos: Federal Ministry of Health.

Kaur, S.R.: Padman, P. & Balasubramanian, K.(Ed.), 1995. Proceedings of the Asia Pacific Seminar on Implementing National Drug Policies. Sidney: Consumers International.

Management Sciences for Health, 1995. Rapid pharmaceutical management assessment: na indicator-based approach. Arlington: MSH.

Management Sciences for Health (MSH), 1997. Managing Drug Supply. Second Edition, Revised and

Expanded. Connecticut: Kumarian Press.

Ministério da Saúde, 1997. Farmácia Básica: manual de normas e procedimentos. Brasília/MS.

Ministério da Saúde, 1997. Farmácia Básica. Programa 1997/98. Brasília: MS.

Ministério da Saúde, 1997. A saúde no Brasil. Brasília: MS.

Ministério da Saúde, 1997. 1997: O “ Ano da Saúde no Brasil” . Ações e metas prioritárias. Brasília:

MS.

Organización Panamericana de la Salud, 1995. Formulación y puesta en práctica de una política nacional de medicamentos. Guia de formulación y puesta en marcha de un plan rector farmaceutico y un plan de acción prioritaria en el marco de una política nacional de medicamentos. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud, 1995. Medicamentos Esenciales en el nuevo contexto sócio-económico de America Latina y el Caribe - Principios y Estratégias. Washington: OPS.

Santich, I.R. & Galli, A., 1995. La asistencia farmaceutica en el Sistema Unico de Salud de Ceará: elementos para su transformación. Fortaleza: SES.

South Africa Department of Health, 1996. National Drug Policy for South Africa. Cape Town: Department of Health.

Wexman, S., 1990. El proceso de adquisición de medicamentos en el sector público. Bogotá: Trazo..

World Health Organization, 1998. Guidelines for developing National Drug Policies. Geneva: WHO.

World Health Organization, 1994. Indicators for monitoring national drug policies. Geneva: WHO.

World Health Organization, 1995. Report of the WHO Expert Committee on national Drug Policies. Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies. Geneva: WHO.

World Health Organization, 1997. The use of Essential Drugs. Seventh Report of the WHO Expert Committee (including the revised Model List of Essential Drugs) Geneva: WHO.

Anexo H – Portaria nº 176/GM/1999

Em 08 de março de 1999

Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando

- a Portaria/GM/MS nº 1.882, de 18/12/97, que estabelece o Piso de Atenção Básica;
- a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde;
- a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião ordinária do dia 15 de dezembro de 1998;
- as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria nº 3.916, de 30/10/98, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais, do Sistema Único de Saúde-SUS;
- a responsabilidade do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Executiva, pela aquisição e distribuição, diretamente às Secretarias Estaduais de Saúde, dos medicamentos relativos aos Programas Nacionais de AIDS (Anti-Retrovirais), Tisiologia, Hanseníase, Sangue e Hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Completo Protrombínico e DDAVP), Diabetes (Insulina) e Controle de Endemias;
- que os medicamentos constantes na tabela do SIA/SUS já dispõem de mecanismos de financiamento, cujos recursos estão contemplados pelos respectivos tetos financeiros da assistência dos estados e municípios;
- a necessidade de definir critérios para a aplicação dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica Básica, componente da Assistência Farmacêutica, resolve:

Art. 1º Estabelecer que o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal.

Art. 2º Os recursos oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estadual e municipal, destinadas ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, para o ano de 1999, correspondem ao montante de, no mínimo, R\$ 319.272.826,00 (trezentos e dezenove milhões, duzentos e setenta e dois mil, oitocentos e vinte e seis reais), dos quais R\$ 159.636.413,00 (cento e cinquenta e nove milhões, seiscentos e trinta e seis mil, quatrocentos e treze reais) serão aportados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Os recursos do Ministério da Saúde serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde e Fundo de Saúde do Distrito Federal, ou, temporariamente, por meio de convênios, aos estados não habilitados, nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB SUS 01/96, com base nos valores e critérios definidos nesta Portaria.

§ 2º Para efeito de cálculo do montante destes recursos, foi considerada a população estimada para o ano de 1997, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, na Resolução nº 30, de 26 de agosto de 1997.

§ 3º Os gestores qualificados farão jus à fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal que comporá o valor final do incentivo, na proporção do número de habitantes dos municípios, conforme distribuição constante no Anexo.

§ 4º A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal constará do Relatório de Gestão Anual e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

Art. 3º Os recursos financeiros relativos ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica serão transferidos fundo a fundo, somente aos municípios habilitados conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB SUS 01/96, que aderirem ao pacto de gestão da Assistência Farmacêutica Básica, negociado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, de cada estado.

§ 1º Cada município deverá assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica.

§ 2º Os recursos financeiros para os municípios não habilitados serão repassados aos estados exclusivamente para cobertura da população residente nestes municípios.

Art. 4º A parcela federal somente será repassada aos estados e/ou municípios mediante o encaminhamento, ao Ministério da Saúde, do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, que deverá conter:

I - o elenco dos medicamentos para assistência básica, aprovado pela CIB;

II - os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica;

III - o pacto de gestão entre o estado e município, negociado na CIB, incluindo a contrapartida de recursos do estado e municípios, com a respectiva ata de aprovação;

IV - a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da implementação do Plano no estado.

Art. 5º O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, parte integrante do Plano de Assistência Farmacêutica Estadual, coerente com a Política Nacional de Medicamentos, que será utilizado como padrão em todo o estado, deverá estar fundamentado:

I - na descentralização da gestão;

II - no diagnóstico da situação de saúde do estado;

III - no diagnóstico das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição/dispensação, desenvolvidas na assistência farmacêutica, no âmbito do estado;

IV - nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;

V - na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;

VI - nas condições necessárias ao cumprimento das boas práticas de armazenagem;

VII - na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos na operacionalização do Plano.

Art. 6º Deverão ser cumpridas as seguintes etapas no âmbito estadual e federal, para a qualificação dos estados e municípios ao incentivo:

I - encaminhamento do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica ao Ministério da Saúde;

II - aprovação da qualificação do município na CIB;

III - encaminhamento, à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução da CIB aprovando a qualificação dos municípios e anexando a relação dos municípios qualificados;

IV - homologação da qualificação, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de Portaria específica.

Art. 7º Os documentos de qualificação dos estados e municípios deverão ser entregues, ao Ministério da Saúde, até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no mesmo mês de competência.

Art. 8º O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, deverá ser encaminhado, anualmente, até o dia 30 de setembro, ao Ministério da Saúde, visando a manutenção dos recursos federais ao incentivo relativo ao ano posterior.

Art. 9º Será constituído grupo técnico-assessor, vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, para a análise e acompanhamento dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 1.660, de 6 de novembro de 1997.

JOSÉ SERRA