

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO (EA)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS (DCA)
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (COMGRAD)
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ronei Lima dos Santos

Estudo de caso sobre o fornecimento de medicamentos essenciais aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pela rede farmacêutica do SUS em Porto Alegre.

Orientador: Professor Dr. Ivan A. Pinheiro.

Porto Alegre, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO (EA)
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS (DCA)
COMISSÃO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (COMGRAD)
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ronei Lima dos Santos

Estudo de caso sobre o fornecimento de medicamentos essenciais aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pela rede farmacêutica do SUS em Porto Alegre.

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração de Empresas.

Orientador: Professor Dr. Ivan A. Pinheiro.

Porto Alegre, 2008.

Ronei Lima dos Santos

Estudo de caso sobre o fornecimento de medicamentos essenciais aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) pela rede farmacêutica do SUS em Porto Alegre.

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração de Empresas.

Orientador: Professor Dr. Ivan A. Pinheiro.

Conceito Final.....

Aprovado em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Aristeu Jorge dos Santos – UFRGS

Assistente Social Ana Clarice dos Santos – HCPA

Orientador - Prof. Dr. Ivan Pinheiro

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Chico Dutra (*in memoriam*)
A minha mãe Alice (*in memoriam*)
A minha mãe Taia (*in memoriam*)
A minha amada esposa, Andréia
Ao Dudu, meu irmão e amigo, pela vitoriosa luta.
A minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a UFRGS, por uma das nobres oportunidades que recebi nessa vida.
Ao Professor Ivan, pelo aprendizado ensinado no início e no fim.
Ao CAPS do HCPA, pelo que representa na recuperação da dignidade da vida humana.
A Ana Cristina, Assistente Social do CAPS do HCPA que me apoiou de forma entusiasmada.
A minha família, por acreditar em mim e me mover.
Aos amigos da vida e de boa fé, que animam e confiam na gente.

*"A liberdade e a equidade são duas faces complementares da democracia e do mercado. As desigualdades acentuadas são um obstáculo à liberdade."
(Amartya Sen, 2000)*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Modelo de Atendimento do CAPS.....	17
Figura 02 – Principais atores envolvidos na Assistência Farmacêutica aos usuários do CAPS do HCPA	19
Figura 03 – Demonstração do Ciclo Orçamentário.....	44
Figura 04 – Interação entre agendas de saúde e execução de planos de governo	48
Figura 05 – Pontos fundamentais da análise administrativa.....	51
Figura 06 – Ciclo de Gestão de Materiais.....	53
Figura 07 – Modelo do Ciclo de Materiais para o SUS.....	53
Figura 08 – Cronograma de Entrevistas Realizadas.....	57
Figura 09 – Convergência de Evidências (estudo único).....	58
Figura 10 – Análise da Dotação Orçamentária e Valor Pago	72
Figura 11 – Variação da Dotação Orçamentária.....	72
Figura 12 – Análise da Variação Orçamentária	73
Figura 13 – Quadro de Indicadores de Desempenho	74
Figura 14 - Evolução das Ações Judiciais	76

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AME - Administração de Medicamentos
CEME - Central de Medicamentos
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestora Tripartite
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPAF - Centro de Procedimentos em Assistência Farmacêutica
CRS - Centro de Referência em Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
OMS - Organização Mundial de Saúde
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PES - Planejamento Estratégico Situacional
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REME - Relação Estadual de Medicamentos
SAD - Sistemas de Apoio a Decisão
SAE - Sistemas de Apoio ao Executivo
SES - Secretarias Estaduais de Saúde
SI - Sistemas de Informação
SIG - Sistemas de Informação Gerenciais
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE - Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. ORGANIZAÇÃO E AMBIENTE	15
2.1. A ORGANIZAÇÃO	15
2.2. O AMBIENTE	19
3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
3.1. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS	25
4. DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS	32
5. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GESTÃO	35
6. PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL	40
6.1. ELEMENTOS BÁSICOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO	42
6.2. SISTEMA DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO	44
6.2.1. Planos Plurianuais (PPA)	44
6.2.2. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	46
6.2.3. Lei Orçamentária Anual (LOA)	47
7. ANÁLISE ADMINISTRATIVA	49
7.1. GESTÃO DE MATERIAIS	52
7.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	54
8. METODOLOGIA	54
8.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	56
8.2. PLANOS E INSTRUMENTOS DE COLETA	57
9. RESULTADOS	59
9.1. A SITUAÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS DO HCPA	60

9.1.1. A situação da busca de medicamentos pelos usuários na rede farmacêutica do SUS	63
9.1.2. A situação de controle individual	64
9.1.3. A visão do sistema de assistência farmacêutica do SUS pelo usuário do CAPS do HCPA.....	65
9.2. O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	66
9.2.1. A visão do gestor municipal	67
9.3. O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELA FARMÁCIA CENTRAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	68
9.3.1. A situação de atendimento	70
9.3.2. A visão do gestor estadual	70
9.3.3. A questão do planejamento orçamentário	71
9.4. A SITUAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO NO FORNECIMENTO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	75
9.5. O REFLEXO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO	78
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	83
APÊNDICE	85
APÊNDICE A – ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL DO CAPS DO HCPA.....	86
APÊNDICE B – ENTREVISTA COM FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELA FARMÁCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DO SANTA MARTA DA PMPA.....	87
APÊNDICE C – ENTREVISTA COM O GERENTE DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.....	88
APÊNDICE D – ENTREVISTA AOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS DO CAPS DO HCPA	89

ANEXOS	90
ANEXO A – REPORTAGEM JORNAL CORREIO DO POVO, 16/05/2007. POA/RS	91
ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA 04/07	92
ANEXO C – LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PELA REDE FARMACÊUTICA DE PORTO ALEGRE	100
ANEXO D – RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS do Estado do Rio Grande do Sul (REME) – Grupo B	103

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2008, ao se comemorar os 20 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema público de saúde que rege a atenção à saúde dos brasileiros, não se pode deixar de reconhecer os méritos, os avanços e êxitos desse sistema, ao contribuir para erradicar doenças como a poliomielite, em exibir um dos mais bem-sucedidos tratamentos públicos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) do mundo e fornecer um programa de transplantes que figura entre os maiores do planeta (OMS, 2008).

Entretanto, podemos afirmar que somente esses resultados não significam que o sistema tenha encontrado o pleno equilíbrio. Vivemos, hoje, um período de consolidação do SUS, em que a organização da atenção e assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem um grande desafio para os gestores, nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Assim, identificamos na área de assistência farmacêutica, a ser coberta pelo SUS, um relevante dilema quanto ao fornecimento de medicamentos essenciais¹ não disponíveis nas farmácias das unidades públicas de saúde. De um lado, a nossa Constituição garante aos cidadãos o direito individual à vida e à saúde, e o acesso universal e igualitário (BRASIL, 2008) e, por outro lado, os Estados e Municípios afirmam que há restrições orçamentárias, de gestão e de casos excepcionais, no fornecimento de medicamentos essenciais, importados e de alto custo.

Esses medicamentos geralmente têm importância relevante e, na maioria das vezes, são indispensáveis para a terapêutica do paciente, não podendo ser interrompidos, sob o risco de comprometer a melhora alcançada em todo o tratamento.

Na falta do fornecimento, algumas pessoas vêm obtendo a garantia do fornecimento pela via judicial, que embora assegurem os direitos individuais, acabam afetando os direitos da maioria da população, na medida em que menos recursos estarão disponíveis para a aquisição de medicamentos destinados ao

¹ Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou medicamentos essenciais como os que satisfazem às necessidades prioritárias de atenção à saúde da população. Devem ser selecionados segundo critérios de relevância em saúde pública, evidências de eficácia e segurança e estudos comparativos de custo-efetividade. Devem estar disponíveis no contexto operacional dos sistemas de saúde, em todos os momentos, em quantidades adequadas, formas farmacêuticas com concentrações apropriadas e assegurada qualidade, e acompanhados de informação adequada, a preços que o indivíduo e a comunidade possam pagar. Fonte: OMS (2008)

tratamento de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), hipertensão arterial, diabetes, esquistossomose, dengue, malária, tuberculose, hanseníase e parasitoses intestinais e as próprias listas de medicamentos das farmácias públicas (a ser detalhada no capítulo 4).

Percebendo-se a assistência farmacêutica como fruto de políticas públicas, vale reforçar Vidal (2006, p. 130) que afirma que o “planejamento e a implementação de uma política pública responsável deve corresponder aos direitos assegurados na legislação e às necessidades sociais dos seus mandatários”. O que decorre muitas vezes, ao se perceber a fragilização das políticas é exatamente a falta de profundidade e conhecimento das necessidades da população motivadora dessas políticas. É, por isso, (VIDAL, 2006, p.131) “importante reforçar que o extrato de uma política pública é moldado pelo binômio concessão e conquista.”

Ao acompanhar as reuniões quinzenais de familiares de usuários do CAPS² (Centro de Atenção Psicossocial) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), como familiar de um dos usuários, por um período de 02 anos, identificou-se que um dos principais problemas é a constante falta de medicamentos essenciais prescritos aos usuários pelos médicos assistentes na rede farmacêutica pública do SUS no município de Porto Alegre, podendo comprometer o conjunto do tratamento, pois a combinação de diferentes psicotrópicos para alcançar determinado resultado é fundamental para o sucesso do plano terapêutico, ou seja, a ausência de apenas um dos medicamentos do protocolo completo também pode comprometer radicalmente o equilíbrio terapêutico homologado pelo profissional médico.

E a falta intercalada, ou sazonal, de medicamentos na rede de farmácias pública, tem sido um dos fatores de comprometimento na manutenção do equilíbrio do estado de saúde do paciente, segundo manifestação em diversos momentos por familiares dos usuários do CAPS, pois tal irregularidade no atendimento agrava ainda mais o seu já comprometido estado de saúde mental. “É recorrente procurar

² Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios, instituídos através da Portaria/SAS, do Ministério da Saúde, nº 224, de 29 de Janeiro de 1992. São unidades de saúde locais/regionalizadas que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. (OMS, 2008)

um medicamento, que não pode faltar de jeito nenhum, e não o encontrar. Ou então, o paciente participar de uma oficina do CAPS do HCPA, desenvolver um longo tratamento, e dias depois ser essa melhora interrompida, em função do retorno do estado de surto psíquico”³.

Esta situação é particularmente dramática em se tratando de medicamentos de uso ambulatorial continuado, quando do tratamento de doenças crônicas, com duração por toda a vida, se torna inacessível para a maioria da população, devido ao alto custo do medicamento.

Portanto, a ação medicamentosa tem importância fundamental no sucesso do tratamento, não podendo estar à mercê de regras do mercado, barreiras administrativas, entraves burocráticos ou demandas represadas, sob o risco de comprometer a melhora e a saúde dos pacientes.

O CAPS do HCPA se apresenta como um modelo de sucesso na manutenção da qualidade de vida paciente, ao aplicar uma estrutura terapêutica intermediária entre a hospitalização integral e o acompanhamento ambulatorial, que se responsabiliza por atender indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, desenvolvendo programas de reabilitação psicossocial. E os usuários de seus serviços, em sua totalidade, são dependentes dos medicamentos de alto custo, aqui caracterizados como essenciais.

Encontramos no ambiente do CAPS do HCPA, o conjunto de atores envolvidos na prática do modelo assistencial farmacêutico do SUS: pacientes com tratamento em evolução, familiares dos usuários do sistema envolvidos diretamente na aquisição dos medicamentos, o fornecedor público no âmbito local e estadual e a assistência do CAPS do HCPA para gerir o tratamento, inclusive no caso de colapso do fornecimento desses medicamentos.

O tratamento comprometido, o alto custo na rede privada, a ausência da informação qualificada e o fluxo operacional entre médico, usuário e farmácia pública estimulam uma observação crítica, visando compreender o dilema dos usuários de medicamentos essenciais, que arriscam todo o seu tratamento quando falta um dos medicamentos na rede pública e não os podem adquirir na rede privada.

³ Entrevista em 24.09.2008, concedida ao autor por um dos familiares dos usuários do CAPS do HCPA.

Vamos, assim, desenvolver um estudo de caso como ferramenta, com o objetivo de identificar os motivos que conduzem a eventuais faltas no fornecimento de medicamentos essenciais aos usuários do CAPS do HCPA pela rede farmacêutica do SUS em Porto Alegre.

Também buscaremos:

a) Identificar o nível de controle da administração de medicamentos pelos responsáveis dos usuários do CAPS do HCPA.

b) Identificar o fluxo do fornecimento de medicamentos essenciais pela rede farmacêutica do Estado e do Município em Porto Alegre.

c) Identificar alternativas para os responsáveis dos usuários do CAPS que reduzam o comprometimento das eventuais faltas de medicamentos essenciais nas farmácias públicas da rede de saúde de Porto Alegre.

Este estudo se encontra estruturado num formato em que o leitor consiga compreender os atores envolvidos na problematização, teorização, desenvolvimento e considerações do autor acerca desse tema. Portanto, no capítulo 2 apresentamos a organização em que está inserido o problema e o ambiente que cerca esse estudo. Nos capítulos 3 apresentamos o Sistema Único de Saúde e a Assistência Farmacêutica do SUS, detalhando a evolução normativa e operacional desse sistema e programa, respectivamente. Entre os capítulos 4 e 7 apresentamos um aprofundamento teórico abrangente ao tema que discutimos. No capítulo 8 demonstramos a metodologia que nos viabilizou o trabalho de campo. Em seguida, apresentamos a demonstração dos resultados e concluimos com as considerações finais no capítulo 11.

2. ORGANIZAÇÃO E AMBIENTE

2.1 A ORGANIZAÇÃO

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi constituído, sob autorização⁴, como empresa pública federal, integra a rede de hospitais universitários do Ministério de Educação, e está vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seu propósito é prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, visando transformar realidades e fomentar o desenvolvimento pleno da cidadania.

De acordo com informações obtidas na gerência administrativa, o hospital atende, prioritariamente, pacientes do SUS, representando esse convênio 88,54% das internações, 93,38% das consultas e 88,89% dos exames oferecidos. Em 2006, dos atendimentos prestados, 53,08% dos pacientes residiam em Porto Alegre, 30,43% na Região Metropolitana, 16,30% no interior do Rio Grande do Sul e 0,19% em outros estados.

Em Agosto de 2000 foi inaugurado, em um prédio anexo ao HCPA, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) constituído na modalidade CAPS II⁵, recebendo seu credenciamento definitivo pelo Ministério da Saúde em Outubro do mesmo ano.

A população alvo do CAPS é os usuários com transtornos psíquicos graves e persistentes referidos dos serviços de saúde mental, isto é, indicados por outros serviços da rede de assistência do SUS.

A assistência é prestada a uma população adulta com transtornos mentais graves e persistentes, causadores de algum grau de desabilitação, ou seja, limitação ou perda de capacidade operativa. O atendimento abrange os regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O objetivo geral do CAPS do Hospital de Clínicas é:

1. Promover a manutenção dos usuários no melhor nível de funcionamento e máximas condições de autonomia possível, para cada caso, evitando novas internações e visando a reintegração no seu grupo social.

⁴ Autorização publicada no Diário Oficial da União, através da Lei n.º 5604, de 02.09.1970, do Ministério da Educação.

⁵ CAPS II – É uma caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial em que é exigido um determinado perfil de atendimento e estrutura especificado na Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde N.º 336, de 19 de Fevereiro de 2002. (BRASIL, 2008)

2. Integrar a família ao tratamento.

Também apresenta os seguintes objetivos específicos:

- a) Reduzir os sintomas: farmacologia, grupos terapêuticos, apoio familiar;
- b) Reduzir a Iatrogenia⁶: diminuindo e eliminando sempre que possível às conseqüências físicas e comportamentais da institucionalização prolongada;
- c) Promover a competência social e profissional;
- d) Reduzir o estigma;
- e) Apoiar a familiar e seu grupo social;
- f) Promover autonomia.

No modelo de atendimento do CAPS do HCPA, existem dois tipos bem definidos de atenção, refletidos em 02 planos:

Plano 01: Programa de Reabilitação Psicossocial:

Este programa tem como objetivo o treinamento para atividades de autocuidado de forma mais abrangente possível aos usuários do CAPS.

Plano 02: Núcleo de preparação para o trabalho e convívio social:

Este programa tem como objetivo preparar o usuário para que retorne ao convívio com a sociedade.

Para o nosso estudo, dos muitos programas, núcleos e atividades de cada plano, nos interessa os programas que envolvem dedicação e educação na terapêutica medicamentosa, que estão inseridos no Plano 01.

Portanto, logo após a demonstração gráfica do Modelo de Atendimento do CAPS do HCPA, detalharemos cada um dos programas que envolvem os usuários, profissionais e familiares do CAPS do HCPA, observando-se que é aonde identificamos alguma ação ou atividade que envolve o critério medicamentoso para os usuários ou responsáveis e que tem alguma relação com o nosso estudo.

⁶ Iatrogenia: Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico. Contudo, o termo deriva do grego *iatros* (médico, curandeiro) e *genia* (origem, causa), pelo que pode aplicar-se tanto a efeitos bons ou maus. (Dicionário Aurélio, 2007)

Podemos resumir o modelo de atendimento do CAPS do HCPA pelo seguinte fluxo:

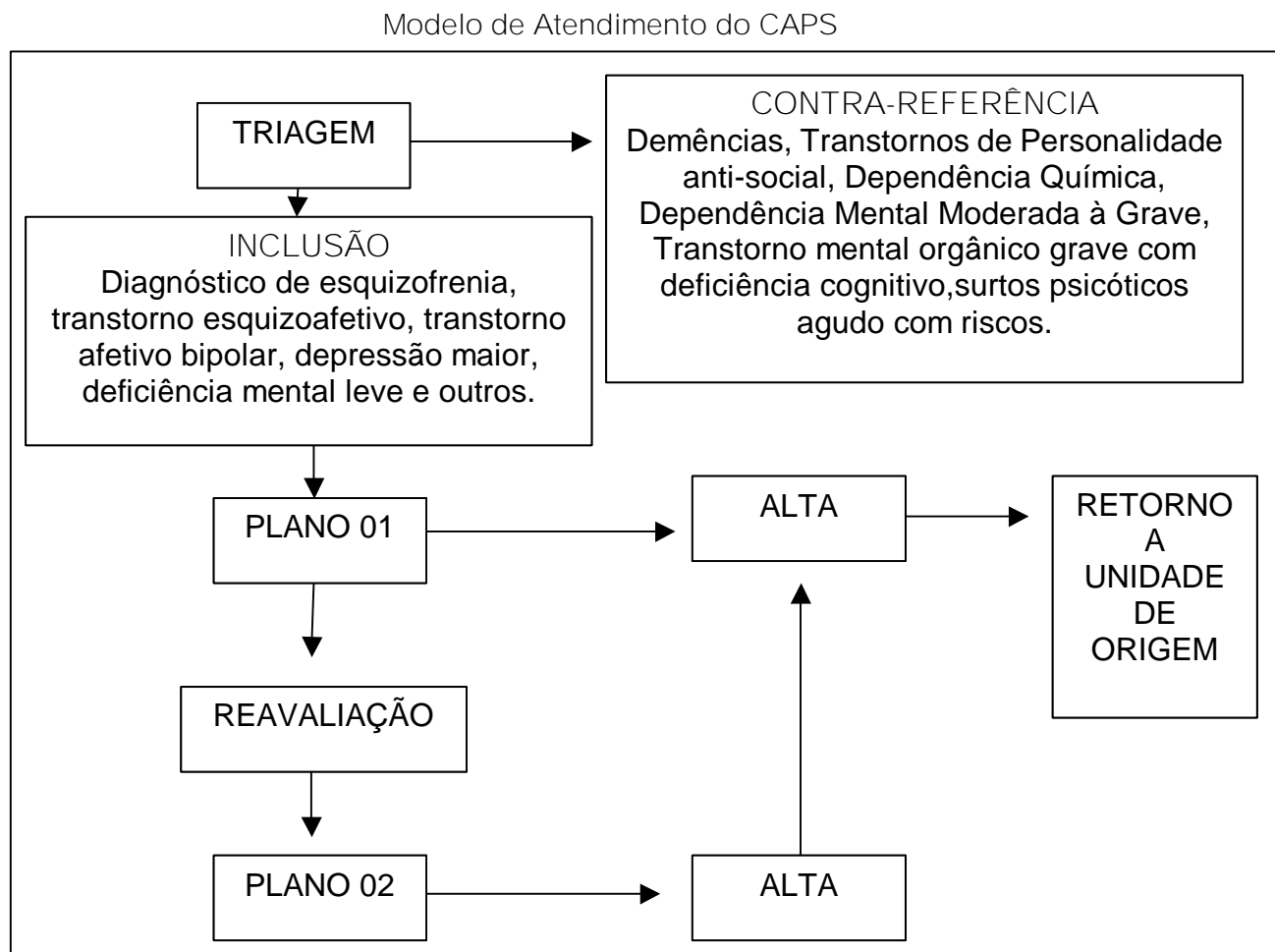


Figura 01 – Modelo de Atendimento do CAPS.
Fonte: Departamento de Psiquiatria do HCPA. Ano: 2008.

No plano 01, demonstrado no Modelo de Atendimento do CAPS, encontram-se os grupos que interessam a esse estudo e as ações direta de educação medicamentosa e apoio ao paciente, que envolvem os pacientes e os familiares. Nesse Plano se encontram os núcleos, grupos e atividades que envolvem esse estudo. São eles:

Núcleo de Psicoeducação: O núcleo psicoeducação visa capacitar os familiares quanto ao entendimento da doença, informando sobre aspectos diagnósticos, terapêuticos e prognósticos. Este trabalho é desenvolvido, a partir do ingresso no CAPS, semanalmente, em grupo de no máximo de 10 indivíduos. Este treinamento é

realizado pelos residentes de medicina do HCPA em estágio rotativo. As atividades consistem de 10 aulas expositivas, com duração de uma hora e meia, bem como exercícios práticos de reforço.

Núcleo do Auto-Cuidado:

Grupo de Treinamento em Medicação e Doença: Este grupo é realizado quartas e quintas feiras alternadamente e é coordenado pelos residentes ou cursistas do primeiro ano de psiquiatria que estejam em estágio no CAPS. Tem duração de 45 minutos, 30 minutos iniciais para exposição teórica e 15 minutos para perguntas. Tem como objetivo a melhor adesão ao tratamento, através do entendimento sobre a doença, o conhecimento do mecanismo de ação dos medicamentos e os efeitos colaterais.

Núcleo Terapêutico

Acompanhamento psiquiátrico individual: Os usuários são atendidos individualmente pelos residentes de psiquiatria, em princípio mensalmente, para revisão do quadro terapêutico e do esquema farmacológico.

Grupo de Familiares: Dois grupos quinzenais de familiares, com alternância semanal. A participação de familiares ou responsáveis é obrigatória. A equipe fixa é constituída de um médico psiquiatra, psicólogo e assistente social. Tem como objetivo integrar a família ao tratamento, informar e esclarecer sobre o transtorno mental, buscar a facilitação da convivência com o paciente e suas limitações, visando os objetivos: estimular a troca de experiências entre famílias que compartilham um problema comum, estimular a autonomia na busca de recursos e soluções junto à comunidade.

2.2 O AMBIENTE

Para a compreensão do ambiente em que se está desenvolvendo um estudo de caso sobre o fornecimento dos medicamentos essenciais é importante demonstrar que além dos principais atores, quer sejam os usuários do CAPS do HCPA, também apresentam papel relevantes à rede municipal de assistência farmacêutica e a farmácia central do estado, ambas regradas pela Política Nacional de Medicamentos.

Resumimos, abaixo, o fluxo dos principais atores envolvidos no ambiente em que estamos desenvolvendo esse estudo, quer sejam: Ministério da Saúde (principal gestor das políticas que regem o SUS, entre essas a política de assistência farmacêutica), as farmácias municipal e estadual de Porto Alegre (que exercem o papel de fornecedoras dos medicamentos), os usuários do CAPS (atuam como se fossem os clientes finais) e o próprio CAPS (atua como regulador da qualidade da saúde assistida).

Principais atores envolvidos na Assistência Farmacêutica aos usuários do CAPS do HCPA.

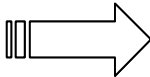
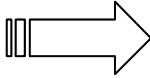

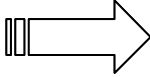
ATOR		PAPEL
Ministério da Saúde		Política de assistência farmacêutica (regras do negócio)
Farmácia Municipal e Estadual em Porto Alegre		Fornecedores dos medicamentos
Usuários do CAPS do HCPA		Clientes (usuários)
CAPS		Regulador da qualidade da saúde do cliente (usuário)

Figura 02 – Principais atores envolvidos na Assistência Farmacêutica aos usuários do CAPS do HCPA.

Fonte: Criação do Autor. Ano: 2008

Segundo a OMS (BRASIL, 2008), a assistência farmacêutica é a área que envolve um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde do cidadão que culmina, eventualmente, com o acesso propriamente dito ao medicamento.

A Assistência Farmacêutica, por sua importância estratégica para o sistema de saúde e complexidade do assunto, mereceu a publicação de uma Portaria Ministerial em 1998 que traçou a Política Nacional de Medicamentos, que vai ser aprofundada no capítulo 3 (três). Esta política configura e explicita uma série de decisões de caráter geral adotadas pelo poder público e que apontam para os rumos e as linhas estratégicas de atuação a serem seguidas na execução local.

A rede de pública de assistência farmacêutica existente em Porto Alegre, orientada pela política nacional assistência farmacêutica do Ministério da Saúde, fornece para a população, de forma gratuita, os medicamentos essenciais. Para esse fim, existem dois agentes bem claros no fornecimento de medicamentos para a população de Porto Alegre: A rede de farmácias da Prefeitura de Porto Alegre e a Farmácia Central do Estado. Ambas tem modelos, controles e fluxos diferenciados.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Publicado na Constituição de 1988, e regulado pelas Leis Complementares Federais nº8.080/90 e nº8.142/90 (BRASIL, 2007.p. 371 e p. 388), o SUS passou a ser regulado quanto ao seu funcionamento, norteado pelas diretrizes de descentralização, direção única em cada esfera do governo, atendimento integral e participação da comunidade através do controle social.

A Lei Complementar Federal 8.080/90 (BRASIL, 2007. p.371), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamenta as ações e serviços de saúde, bem como as obrigações e competências das três esferas políticas: União, Estados e Distrito Federal e Municípios. A mesma Lei também define a organização e a coordenação do sistema de informação em saúde, regulando a saúde do trabalhador, ações de saneamento básico, recursos humanos para a saúde, vigilância sanitária, epidemiologia, assistência terapêutica integral e assistência farmacêutica, entre outras. Assim, regulamenta e estrutura o SUS em todo o território nacional, conforme seu Art. 1º:

Art. 1º - Esta Lei regula, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.371).

Em seu segundo artigo prevê que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, seguindo a mesma linha exposta no artigo 196 da Constituição de 1988 (BRASIL, 2008, p.57).

Já a Lei Complementar Federal nº8.142/90 (BRASIL, 2007. p.388) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Podemos resumir das Leis Complementares Federais 8.080/90 e 8.142/90, em conjunto com a Constituição Federal de 1988, os seguintes princípios do SUS:

- a) Universalidade de acesso em todos os níveis: por esse princípio se entende que não existe a figura do beneficiário no sistema, o que faz com que todos possuam os mesmos direitos de acesso aos serviços de saúde, contribuindo ou não para

com qualquer uma das esferas políticas. Independentemente se contribuintes ou não, todos possuem os mesmos direitos aos serviços prestados pelo sistema. Este princípio é o que melhor diferencia o SUS do sistema de previdência social;

b) Assistência integral: é garantido que todo o aparato de assistência seja utilizado no sentido de promoção, prevenção e tratamento da saúde. Ainda é previsto que o tratamento deve ser feito em sua totalidade, garantindo total apoio ao cidadão;

c) Descentralização dos serviços: a estrutura do SUS está fundamentada na descentralização político-administrativa. Através da Constituição de 1988 ficou instituído que o sistema de saúde no Brasil teria seus esforços voltados para a execução de serviços e ações em esferas competentes a cada parte do governo sendo gerido em âmbito federal pelo Ministério da Saúde e em âmbito estadual e municipal pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Ao Município cabe a prestação de serviços de atendimento a saúde da população, enquanto à União e aos Estados cabe providenciar a cooperação técnica e financeira;

d) Regionalização e hierarquização: pressupostos da descentralização, esses dois conceitos caminham juntos com o objetivo principal de garantir que a saúde pública atinja os cidadãos-alvo da maneira mais incisiva possível. Através da regionalização se busca uma distribuição dos recursos atribuídos à saúde de forma a atender as necessidades da comunidade em questão. Em caso de falha no processo de regionalização, há a possibilidade de se ter como efeito à falta de serviços em regiões onde se fazem necessárias, assim como, no sentido contrário, a alocação de recursos para contingências que não se fazem presentes em uma determinada região. Portanto, para que a regionalização tenha êxito faz-se indispensável à criação de uma estrutura

hierarquizada de poder no seu entorno, operando com racionalidade os fins do sistema; e,

e) Preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integralidade: esse princípio tem por objetivo demonstrar o respeito aos direitos indisponíveis do homem, em sua integridade e identidade. Assim é garantido ao indivíduo o direito a pensar e o respeito aos seus sentimentos e convicções, assim como ao seu temperamento.

Para que o SUS pudesse ser implementado de acordo com os seus princípios, fez-se necessária à formulação de algumas Normas Operacionais Básicas (NOB) entre os anos de 1991 e 1996, além da Norma Operacional de Assistência a Saúde aprovada no ano de 2001, conforme seguem:

a) NOB SUS 01/91: visava acelerar a descentralização do sistema nos municípios, estabelecendo relações diretas entre o gestor federal, o Ministério da Saúde, e os gestores municipais, as Secretarias Municipais de Saúde, envolvendo cerca de 1.070 municípios. As transferências eram negociadas caso a caso, de acordo com a produção de serviços e mediante convênios para prestação deste tipo de atendimento;

b) NOB SUS 01/93: definia critérios para habilitação de municípios de acordo com a condição de gestão apresentada pelo mesmo (incipiente, parcial ou semiplena), com pactuação de recursos segundo critérios definidos nas comissões intergestores (tripartite e bipartite). Também se iniciaram as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de saúde. Neste momento foram habilitados cerca de 3.120 municípios;

c) NOB SUS 01/96: redefine as condições de gestão, sendo competência dos municípios a gestão da atenção básica e plena do sistema municipal de saúde, e para os Estados a gestão avançada e plena do sistema estadual; e,

d) NOAS SUS 2001: estabelece critérios e estratégias de regionalização nos Estados, atribuindo poderes maiores às Secretarias Estaduais de Saúde.

As Comissões Intergestores, criadas pela NOB SUS 01/93, têm por finalidade assegurar a articulação entre as três esferas do governo, garantindo a direção única do sistema em cada nível, sem que ocorra duplicidade ou omissão na execução das ações. A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) é constituída por igual número de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). É uma instância de negociação e acordo entre os gestores dos três níveis do SUS, para a operacionalização das políticas e diretrizes de conteúdo nacional, em parceria permanente no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Quanto as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), elas são representadas pela Secretaria Estadual de Saúde e a entidade a que se vinculam os secretários municipais de saúde do Estado, sendo o elo entre o gestor de saúde a nível estadual com os gestores de saúde a nível municipal.

Há também os Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, constituídas em cada esfera do governo, criadas pelo Decreto Federal 99.438/90, atendendo às disposições da Lei 8.142/90. Suas funções principais são as formulações de estratégias para a operacionalização das políticas setoriais e o controle da execução das políticas e ações de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. É composto por representantes dos usuários (associação de moradores, aposentados, pacientes, sindicatos e outros grupos da sociedade civil) e os representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

3.1. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos.

Mudanças de princípios foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que estabeleceu a saúde como direito social (Art. 6º) e o seu cuidado como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Art. 23). O Art. 196 determina que:

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. (BRASIL, 2002, p.101).

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) que em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” (BRASIL, 2007, p.372) e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.” (BRASIL, 2007, p. 372)

A Central de Medicamentos (CEME) foi responsável pela Assistência Farmacêutica até 1997, quando foi desativada, sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde.

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos, por meio da Portaria GM/MS n. 3916 (BRASIL, 2008), tendo como finalidades principais:

Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos.

A promoção do uso racional dos medicamentos.

O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A Política Nacional de Medicamentos apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulação sanitária de medicamentos.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica.
- Promoção do uso racional de medicamentos.
- Desenvolvimento científico e tecnológico.
- Promoção da produção de medicamentos.
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Destas diretrizes são consideradas prioridades, a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos.

A Assistência Farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o acesso a todos os medicamentos considerados essenciais⁷. Na Política Nacional de Medicamentos (OPAS, 2008) é definida 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 o 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. (OPAS, 2008).

Segundo JÚNIOR (2003, p.194), a reorientação da Assistência Farmacêutica deve se fundamentar na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos.

⁷ Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), medicamentos essenciais são aqueles que irão atender as necessidades prioritárias de saúde de uma população.

A Política Nacional de Medicamentos (OPAS, 2008) estabelece as responsabilidades para cada uma das três esferas de gestão. No que tange à esfera estadual, cabe em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, sendo de sua responsabilidade vários itens que deverão ser determinados por resolução própria.

A assistência farmacêutica representa (JUNIOR, p. 186) hoje um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado crucial a forma adequada de gerir o ciclo de aquisição e distribuição, o que será detalhado no capítulo 8 deste estudo.

As Secretarias de Estados da Saúde devem definir a estrutura organizacional responsável pela assistência farmacêutica, através de uma coordenação, gerência, ou similar. Para o seu pleno desenvolvimento, o gestor necessita definir sua missão e as atribuições de cada atividade operativa.

Portanto, a viabilização de uma estrutura organizacional de coordenação ou gerência estadual de assistência farmacêutica é imprescindível para a efetivação das ações de sua competência e deve ser dotada de recursos físicos, humanos e tecnológicos adequados.

No Brasil, mesmo o mercado sendo (JUNIOR (2003, p.189) extremamente vigoroso, tanto do ponto de vista tecnológico quanto do ponto de vista econômico, o acesso a este mercado está muito longe de ser igualitário entre as diferentes classes sociais, pois o medicamento ainda tende a ser considerado um bem de consumo e não um insumo básico de saúde, o que favorece a desarticulação dos serviços de atenção integral à saúde, principalmente para as classes menos favorecidas.

É forte relevância que se considere a organização da assistência farmacêutica, fundamentada no enfoque sistêmico, para que as ações sejam articuladas e sincronizadas entre as diversas partes que compõem o sistema, e que naturalmente influenciam e são influenciadas umas pelas outras.

Basicamente, as gerências/coordenações estaduais têm a responsabilidade de coordenar as atividades do ciclo da assistência farmacêutica, que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações.

Apresentaremos algumas estratégias de cada atividade do ciclo de assistência farmacêutica, destacando a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição e dispensação.

A seleção de medicamentos é o eixo do ciclo da assistência farmacêutica, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes. É a atividade responsável pelo estabelecimento da relação de medicamentos, sendo uma medida decisiva para assegurar o acesso aos mesmos.

Cada estado possui a prerrogativa de determinar quais medicamentos serão selecionados para compor o seu elenco, com base no perfil de morbi-mortalidade e nas prioridades estabelecidas, de modo a contribuir na resolubilidade terapêutica, no custo- benefício dos tratamentos, na racionalidade da prescrição, na correta utilização dos medicamentos, além de propiciar maior eficiência administrativa e financeira. Para tal, deverá fundamentar a seleção em critérios técnico-científicos, entre eles, a adoção de protocolos de tratamento e critérios administrativos e legais.

A seleção deve ser realizada por uma Comissão/Comitê Estadual de Farmacologia e Terapêutica, com o objetivo de estabelecer a Relação Estadual de Medicamentos (REME), definindo os medicamentos a serem disponibilizados pela SES para a atenção básica, média ou para a alta complexidade.

Os trabalhos da comissão de padronização de medicamentos devem ser regulamentados, estabelecendo-se os critérios de inclusão e exclusão de medicamentos, metodologia aplicada, periodicidade de revisão, entre outros, e deve ser formalizada por meio de portaria ou resolução específica, com a divulgação dos critérios técnicos utilizados para inclusão e exclusão dos medicamentos, dando a necessária transparência ao processo.

A publicação da REME deve vir acompanhada de um formulário terapêutico que oriente os prescritores e dispensadores acerca da indicação e utilização dos medicamentos.

A programação de medicamentos é atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade. É imprescindível a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente, para que a programação possa ser realizada com base em dados fidedignos, possibilitando a utilização concomitante de métodos de programação, tais como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços, entre outros.

A aquisição de medicamentos consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de disponibilizar os mesmos em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema.

A Política Nacional de Medicamentos (OPAS, 2008) baseia-se nos mesmos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde e constitui estratégia essencial para consolidá-lo uma vez que contribui para viabilizar um dos componentes fundamentais da assistência à saúde que é a cobertura farmacológica.

Assim, para implementar a política traçada, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, de acordo com suas respectivas competência e abrangência de atuação, devem desenvolver ações orientadas pelas seguintes diretrizes, de acordo com o Ministério da Saúde:

1. Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), representada por uma lista nacional de referência composta pelos fármacos considerados básicos e indispensáveis para atender ao mais amplo espectro de doenças, em permanente atualização.

2. Regulamentação sanitária de medicamentos, com foco nos processos de registro de produtos e de autorização para o funcionamento de fabricantes, distribuidores e varejistas do setor farmacêutico, em ações de farmacovigilância e na promoção da produção e uso de medicamentos genéricos.

3. Reorientação da assistência farmacêutica, com ênfase na promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, por meio do desenvolvimento de atividades de descentralização da gestão da assistência farmacêutica, de promoção do uso racional de medicamentos, de otimização do sistema de distribuição no setor público, pautada por critérios de natureza epidemiológica, técnica e administrativa, bem como da adoção de instrumentos e iniciativas que possibilitem a redução nos preços desses produtos.

4. Promoção do uso racional de medicamentos, destacando a adoção de medicamentos genéricos, assim como o processo educativo dos consumidores de medicamentos e a atualização da informação dos profissionais prescritores e dispensadores a respeito de temas como risco da automedicação, interrupção e troca da medicação prescrita e necessidade de receita médica.

5. Desenvolvimento científico e tecnológico, mediante a promoção de pesquisas na área farmacêutica, visando a aprofundar a capacitação de recursos humanos, o aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, bem como a estimular medidas de desenvolvimento da tecnologia da produção de fármacos, especialmente os constantes da RENAME, e a revisão constante Farmacopéia brasileira.

6. Promoção da produção de medicamentos, baseada na efetiva articulação da capacidade instalada dos segmentos industriais – oficial, privado, nacional e transnacional – na produção de medicamentos da RENAME, resultando na capacitação de recursos humanos, no estabelecimento de referências de preços para o mercado, na menor dependência de importação de insumos e na ampliação da produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias de grande impacto sobre a saúde pública.

7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, mediante o desenvolvimento da capacidade administrativa de imposição do cumprimento das normas sanitárias, organizadas no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos para atuação nas diversas ações realizadas no âmbito da Política Nacional de Medicamentos.

O Brasil é um país de dimensão continental. Cada estado da Federação possui suas peculiaridades, sua estrutura organizacional, suas características regionais, seu perfil epidemiológico, programas estaduais específicos, etc. Apesar de ser mais restrita e ter caráter mais instrumental do que substantivo, a publicação de uma política estadual de Assistência Farmacêutica facilita a identificação dos problemas de maior relevância dentro do contexto estadual, possibilitando a formulação, implantação e desenvolvimento de medidas para a solução dos mesmos.

Uma política estadual de Assistência Farmacêutica deve apresentar as diretrizes e os objetivos estruturais, as estratégias, o financiamento, os critérios mínimos de organização e de estruturação de serviços nas esferas estadual e municipal; a cooperação técnica e financeira entre gestores; a otimização da aplicação dos recursos disponíveis; o acompanhamento e a assessoria contínua às

gestões municipais; a implantação de sistemas estaduais de informação e de aquisição de medicamentos; entre outros. Devem ser contemplados os elementos-chave recomendados

4. DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948 é o marco histórico para a compreensão dos direitos humanos no início deste século. Os direitos declarados neste documento histórico têm sido a fonte universal de defesa de toda pessoa humana na ocorrência da violação dos seus direitos, reafirmando a idéia da universalidade e indivisibilidade, que podem ser destacados por Piovesan (2006, p.118):

Universalidade porque clama por extensão universal dos direitos humanos, sob a ameaça de que a condição de peso é o requisito único para a dignidade e titularidade dos direitos. Indivisibilidade porque a garantia dos direitos civis e políticos é condição para a observância dos direitos sociais, econômicos, culturais e vice-versa. Quando um deles é violado, os demais também o são. Os direitos humanos compõem assim uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, capaz de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos ao catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais.

Esses direitos, assim, passam a ser protegidos pela comunidade internacional, que tendem a reconhecer a diversidade cultural e regional sobre a compreensão dos direitos humanos. Nas últimas décadas tem ocorrido uma valorização dos direitos humanos como paradigma mundial, tendo em vista a adesão da maioria dos países, entre os quais o Brasil, ao sistema internacional de proteção dos direitos humanos, constituído por um conjunto de tratados, convenções e organismos internacionais voltados a esta proteção como o sistema das Nações Unidas que contém como principal organismo a Comissão de Direitos Humanos; e o sistema Interamericano contendo a Comissão e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Não podemos deixar de destacar os direitos humanos como resultado das construções históricas dos próprios homens, em contextos sociais peculiares, o que nos conduz para Bobbio (1992, p.69), ao afirmar que:

(...) a passagem ocorreu do homem genérico – do homem enquanto homem – para o homem específico, ou tomado na diversidade de seus diversos *status* sociais, com base em diferentes critérios de diferenciação (o sexo, a idade, as condições físicas) cada um dos quais revela diferenças específicas, que não permitem igual tratamento e igual proteção.

O poder local no processo de globalização tem sido cada vez mais reconhecido e ressaltado pela comunidade internacional como componente estratégico para o desenvolvimento de ações que resultem em um efetivo respeito aos direitos da pessoa humana. O fortalecimento do papel do poder local para enfrentar os problemas urbanos como o desemprego, a degradação ambiental, a exclusão social, tornou-se um dos novos paradigmas no processo de globalização para a promoção do desenvolvimento sustentável nas cidades.

Ao refletir os graus de mobilização, organização e da consciência dos direitos, alcançados pela Sociedade nos anos 1980, a Constituição Federal consagrou a participação da comunidade, ao lado da descentralização e da integralidade, como diretriz da rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS, como podemos encontrar na Constituição Federal, em seu Artigo 198.

Em 1988, com o advento da Constituição Federal, fortaleceu-se no Brasil um cenário legal favorável a garantia ampla de direitos ao cidadão brasileiro. É notório o reconhecimento dos direitos sociais e a afirmação do dever do Estado em assegurar esses direitos. Ainda, segundo Vidal (2006, p.128):

No campo das políticas públicas, a Constituição introduziu mudanças profundas em comparação aos períodos anteriores, como: descentralização político-administrativa, tendo como uma das decorrências a municipalização; democratização da gestão pública; o controle social; o financiamento público para as políticas; organização dos serviços sistemáticos e fundamentados nas necessidades sociais; universalidade e integralidade. Cada uma dessas diretrizes contrapõe-se frontalmente ao desenho até então vigente das políticas, onde havia forte centralização na esfera federal, baixo controle sobre as ações do poder público, focalização e fragmentação dos serviços e programas.

Não podemos deixar de refletir sobre a questão do financiamento das políticas públicas, que também poderá ser compreendida no capítulo de planejamento governamental. O que já podemos comentar é que é notável que com a reorganização do sistema fiscal, como por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal⁸, há também uma nova distribuição orçamentária para os executivos locais, mesmo ainda se encontrando programas elaborados no âmbito estadual e municipal.

⁸ A Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, intitulada Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal.

Resultado disso, pode ser (VIDAL, 2006) “o fortalecimento do clientelismo de muitos governantes como impeditivo para a implantação de ações fundamentadas na perspectiva da garantia de direitos”.

No que tange a saúde como direito do cidadão brasileiro, temos que reconhecer que ao regulamentar os dispositivos Constitucionais sobre o SUS, a Lei n. 8.080/90, no seu artigo sétimo (7º) eleva à participação da comunidade entre os princípios do SUS obrigados em lei. E a Lei n. 8.142/90, que cria as Conferências de Saúde a serem realizadas a cada quatro anos, de caráter prepositivo, estimula a construção de diretrizes para a formulação de políticas de saúde na esfera de governo correspondente. Também os Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, com as atribuições de atuar na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde, também em cada esfera de governo, representa um avanço na construção de políticas públicas.

Embora não seja o propósito deste estudo estender-se em análises técnico-conceituais, não há como deixar de considerar o grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, e em última instância como direito humano.

A consciência social da ampliação dos direitos, e do processo civilizatório, surgem geralmente do conflito direito x dever, que por sua vez, abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado. Trata-se do amadurecimento da democracia participativa, incorporadas na cultura política e na relação Sociedade-Estado, ao lado das práticas da democracia representativa.

Essa cultura de direitos sociais, em patamar mais alto de consciência política e da relação Sociedade-Estado, pode nortear o debate que encara e define a relação entre o público e o privado, em que termina um e começa o outro, entre a política pública de saúde e o mercado na saúde, cujo estudo que ora apresentamos tangencia.

5. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GESTÃO

Encontramos na Administração Pública as funções de ordenação (planejamento e organização), direção e controle adequadas aos serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal, regendo-se por preceitos do direito e da moral, visando ao bem comum. Para Matias-Pereira (2008, p. 174):

A Administração Pública é a soma de todo o aparelho de Estado, estruturada para realizar os serviços públicos, visando a satisfação das necessidades da população, ou seja, o bem comum. Assim, administrar é gerir, por meio da prestação e execução, os serviços públicos. A administração Pública, dessa forma, deve atuar como eixo de transmissão entre o governo e a sociedade com o objetivo de concretizar o bem comum.

Assim, é possível compreender a administração pública de três formas:

- 1) o conjunto de entes ou sujeitos de caráter público – os meios, humanos e materiais, de que dispõe o governo para aplicar suas políticas;
- 2) o conjunto de ações encaminhadas para o cumprimento dos programas e políticas dos governos; e
- 3) a ciência da Administração Pública que se propõe a estudar as condições que permitem ao direito, emanado dos poderes do Estado, concretizar-se da maneira mais eficaz possível, através da atuação dos órgãos administrativos.

É importante afirmar que há uma ligação direta no objetivo final da Administração Pública, em que não pode prevalecer o desejo nem a vontade pessoal. Na Administração Pública (MATIAS-PEREIRA, 2008, p.176) "a liberdade é regida por Lei, que restringe os atos do gestor ao interesse da coletividade indistintamente". Confirma-se, assim, o papel do aparelho do Estado que deve ter o objetivo de satisfazer o interesse público.

No Brasil, a administração pública é regida pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002) cuja redação estabelece que:

Art. 37 - A Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Podemos, resumir o papel de cada um dos princípios constitucionais da Administração Pública, da seguinte forma:

Pelo princípio da legalidade, o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, deles não podendo se afastar, sob pena de praticar ato inválido e de se expor à responsabilidade disciplinar, civil e criminal.

O ato administrativo terá que obedecer não somente à lei, mas à ética da própria instituição e ao que é moral e socialmente aceito. Impõe-se ao agente público uma conduta interna, coerente com a moralidade, e que as exigências a finalidade de sua ação seja sempre o bem comum.

O princípio da impessoalidade impõe ao administrador público a prática de atos para o fim legal que a própria norma de direito indica como objetivo do ato. Dessa forma, fica o administrador proibido de buscar outros objetivos ou de praticar atos visando interesse próprio ou de terceiros.

Por meio da publicidade, divulga-se oficialmente o ato administrativo para conhecimento público e para indicar seus efeitos externos. A publicidade é requisito de eficácia e moralidade do ato administrativo.

A eficiência é um princípio incluído por meio da Emenda Constitucional nº. 19, publicada em cinco de Junho de 1998 (BRASIL, 2008). Diz respeito ao dever de utilizar os recursos disponíveis de modo econômico e de forma que alcance, com os custos previstos, os maiores benefícios possíveis, atendendo aos requisitos da especificidade e qualidade.

O aparelho administrativo executa diferentes funções: tem ingerência nas relações entre particulares, garantindo-lhes maior segurança jurídica, dá publicidade aos atos em que são interessados e realiza sua fiscalização.

A ação administrativa ou gestão manifesta-se no condicionamento da liberdade e da propriedade dos particulares, no exercício do chamado poder de polícia. O objetivo é harmonizar o direito do indivíduo com o de seus semelhantes.

O poder de polícia traduz-se na faculdade de que dispõe a Administração Pública para condicionar e restringir o uso e o gozo de bens, atividades e direitos individuais em benefício da coletividade e do próprio Estado. A polícia administrativa diz respeito à segurança da ordem pública, à proteção da saúde, ao resguardo da educação, à tutela da economia, à defesa da vida social e dos princípios morais.

Nesse sentido, é importante afirmarmos o papel das secretarias de estado, entre elas as de saúde, que são destinadas a assegurar o bem de todos a partir da promoção do bem individual ou grupal, sem exceções, com base em privilégios ou discriminação de qualquer sorte, e sem prejuízo de um número maior de indivíduos.

Os princípios que regem a administração pública são notavelmente indícios de uma estrutura burocrática, a qual é caracterizada, principalmente, pela adoção do princípio da universalidade de procedimentos, hierarquização e comprovação de habilidades técnicas, sendo o caso modelo o uso de concursos públicos para ingresso em carreira pública (MATIAS - PEREIRA, 2008, p. 52). Mas, apesar do modelo burocrático prever precisão, velocidade, clareza e dedução de custos, tanto empresas privadas que ainda adotam o modelo como a administração pública apresentam sintomas da chamada “disfunção burocrática”, sendo alguns deles: regulamentação excessiva; rigidez e incapacidade de ajustamentos imediatos às mudanças; formalismo excessivo dos funcionários; e incapacidade de atender bem o cliente.

Na década de 80, tanto no Brasil, como em toda a América Latina, passou-se por um movimento geral de reforma do Estado e reformas administrativas, que buscavam, em primeira ordem, a redução do déficit público e a diminuição do crescimento do setor estatal. Segundo Matias-Pereira (2008, p.4):

O processo de aprofundamento da democracia tem estimulado o surgimento de demandas sociais crescentes. À medida que se elevem os graus de cidadania e de educação, uma crescente parte da população acostuma-se com padrões mais altos de serviços no setor privado, e torna-se cada vez menos inclinada a aceitar respostas inflexíveis e burocráticas dos serviços públicos. Assim, tanto a qualidade do serviço quanto o aumento da produtividade têm sido metas amplamente defendidas. O atendimento dessas demandas, diante de um quadro de restrições fiscais, remete os gestores públicos para uma única alternativa: melhorar o desempenho da gestão pública e, dessa forma, elevar a qualidade e produtividade do setor público.

No Brasil, reformas gerenciais visando maior flexibilidade do Estado, dado os sinais evidentes de esgotamento do modelo burocrático, foram introduzidas a partir de 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso. Neste mesmo ano, foi elaborado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, que tinha o objetivo de apontar os principais problemas da administração pública brasileira (nas dimensões institucional, legal, cultural e administrativa) e propor um novo modelo

conceitual de ação do Estado. Entre as iniciativas orientadas pelo referido plano, encontram-se: revisão do marco legal (reforma constitucional e legislativa); proposição de uma nova arquitetura organizacional (instituição de agências reguladoras e organizações sociais); adoção de instrumentos gerenciais inovadores (contratos de gestão, programas de inovação e qualidade na administração pública); e valorização dos servidores, através de novas políticas de recursos humanos, fortalecimento das carreiras estratégicas, revisão da política de remuneração, realização de concursos públicos e intensificação da capacitação do funcionário (MATIAS-PEREIRA,2008, p.4).

Através do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado tem-se proposto um novo modelo conceitual da ação do Estado, distinguindo quatro segmentos fundamentais característicos:

- a) Núcleo estratégico: definição das leis e políticas públicas e cobrança de seu cumprimento;
- b) Atividades exclusivas: aquelas que são indelegáveis e que para seu exercício é necessário o poder do Estado;
- c) Atividades não-exclusivas: aquelas de alta relevância que o Estado atua simultaneamente com outras organizações privadas e do terceiro setor na prestação de serviços sociais;
- d) Produção de bens e serviços ao mercado: que corresponde ao setor de infra-estrutura em que atuam as empresas onde há, portanto, tendências à privatização .

Sendo o referido plano uma tentativa de desburocratização do Estado, que busca alternativas legais que possibilitem uma administração pública mais enxuta e eficaz, surge o conceito de publicização dos serviços não-exclusivos ao Estado, ou seja, de transferência do setor estatal para o setor público não-estatal, tornando-se viável através da criação da chamada organização social.

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de acordo com o site da Presidência da República (BRASIL, 2008), as organizações sociais são definidas como entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtém autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder e, assim, ter direito a dotação orçamentária. Dessa maneira, não existindo o

exercício do poder de Estado nesses serviços, tem-se o pressuposto que os mesmos tornam-se mais eficientes, dado que a sua administração é regida pelas regras do setor privado, mais flexível do que a administração pública. Além disso, acredita-se que as mesmas possuem um melhor contato com a comunidade, sendo de melhor controle social por parte da sociedade.

Experiências na área de inovação e modernização apontam para duas categorias de abordagem. Numa categoria encontra-se a modernização da Gestão Pública propriamente dita, que envolve temas como: desburocratização – ações de racionalização dos processos administrativos que busquem maior eficiência e agilidade no serviço público; eficiência no uso dos recursos públicos – ações que melhorem o uso dos recursos públicos; atendimento ao cidadão – ações voltadas à qualidade do serviço prestado ao cidadão; gestão de recursos humanos – ações direcionadas à valorização da carreira do servidor público.

Em outra categoria pode ser colocado o desenvolvimento e uso das tecnologias de informação e comunicação. Envolve infra-estrutura – ações para a melhoria e a ampliação dos recursos básicos de tecnologias da informação e comunicação no Estado; transações internas – ações direcionadas ao desenvolvimento e integração de processos e sistemas de informação intersetoriais; transações para a sociedade – ações para a expansão da oferta de serviços eletrônicos a cidadãos, servidores, fornecedores e outros níveis de governo; inclusão digital – ações que têm por objetivo capacitar os cidadãos do Estado para o exercício efetivo da sua cidadania, por meio do uso de recursos de tecnologias da informação e comunicação aplicadas principalmente à saúde.

6. PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL

Como o planejamento envolve decisões e escolhas de alternativas em torno de objetivos coletivos, o cálculo que precede e preside a ação passa por uma negociação e formulação política. Toda escolha coletiva envolve interesses e percepções, especialmente sobre o que se pretende alcançar no futuro, que são diferenciados em qualquer grupo social, particularmente em sociedades complexas e de grande dimensão.

Em Rosseti (1995, p. 94) encontramos uma abordagem para o planejamento que reforça que não se pode deixar de considerar a atenção às técnicas de planejamento econômico, como instrumentos de administração pública e privada, visando aumentar a racionalidade e a segurança das decisões dos tomadores de decisões de ambas as esferas, quer pública quer privada.

O estudo da ciência econômica tem por objetivo, basicamente, ao se tratar de países subdesenvolvidos, desenvolverem instrumentos de análise que facilitem a identificação dos problemas básicos da comunidade e possibilite o uso mais racional dos recursos disponíveis para agilizar o processo de desenvolvimento.

O aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão do sistema em todos os níveis demanda, portanto, o acesso a informações de natureza técnico-científica e político-institucional que contribuam para a incorporação de conhecimentos e tecnologias de formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas, projetos, destinados a intervir sobre o estado de saúde da população e sobre o próprio sistema de serviços de saúde.

Uma das mais fundamentais funções da administração, para Koontz (1978, p. 85) planejar é:

Decidir antecipadamente o que fazer, de que maneira fazer, quando fazer, e quem deve fazer. O planejamento é com uma ponte estendida de entre o ponto onde estamos e o ponto onde desejamos ir. Possibilita a ocorrência de coisas que de outra forma não ocorreriam. Embora raramente se possa prever o futuro exato e embora fatores que escapam ao controle possam interferir com planos mais bem idealizados, sem o planejamento os acontecimentos ficam ao sabor do ação. O planejamento é um processo intelectual, a determinação consciente de cursos de ação, a tomada de decisão com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise.

O ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da

realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana – ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito, relacionado com a manutenção ou a modificação de uma determinada situação

6.1. ELEMENTOS BÁSICOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

Para Holanda (1971, p. 39), o processo de planejamento, em qualquer economia e em qualquer país pressupõe uma série de condições favoráveis, em termos institucionais, administrativos e técnicos como seguem:

1. Institucional: Apoio político, entendimento e apoio popular, fundamentação legal estabilidade e prestígio governamental;

2. Administrativo: Uma organização voltada para esse fim, com a finalidade de elaboração, coordenação e execução, para o envolvimento de toda a máquina administrativa, para a consecução dos objetivos pretendidos;

3. Técnicos: Pessoal e dados adequados.

Os objetivos de um plano podem ser considerados como básicos ou derivados. O processo de definição dos objetivos finais e derivados é, ao mesmo tempo, político e técnico. A definição dos objetivos finais é meramente política.

Já os objetivos derivados correspondem em termos quantitativos às metas específicas que serão necessárias para que sejam atendidos os propósitos gerais definidos nos objetivos gerais.

Os objetivos finais correspondem a uma síntese da filosofia de cada país, indicando a subordinação a que o governo deve estar se orientando. É quase sempre expresso em termo quantitativo. Podemos citar como exemplo:

- a. Aumento da renda nacional;
- b. Melhorar a situação de emprego;
- c. Obter a melhor distribuição de renda de renda entre indivíduos;
- d. Afirmar a estabilidade de preços;
- e. Manter o equilíbrio da balança de pagamentos.

Segundo Holanda (1971, p. 46 a 54) o planejamento pode assumir diferentes formas, em relação aos seguintes aspectos:

Estrutura Econômica e sociopolítica: de acordo com o tipo de planejamento indicativo, típico de empresas do mundo capitalista ou de planejamento normativo típico de países socialistas de economia centralmente planejada.

Nível de agregação de um plano: pode variar de um esquema altamente agregado, que considera apenas algumas variáveis macroeconômicas; a esquemas de planejamento desagregado estruturado em coeficientes e análises de insumo-produto. Pode ser altamente agregado (macroeconômico) até desagregado (desenvolvimento setorial ou multisetorial).;

Área de influência do plano: pode ser em termos geográficos, como local, nacional, global ou em termos de incluir ou não os investimentos do setor privado;

Período de planejamento: configura a existência de curto, médio ou longo prazo.

Outras características dos planejamentos são:

Planejamento de curto prazo: duração média de 1 ano. Caracteriza-se por ser operativo, o prazo mais curto dos planos plurianuais.

Planejamento de médio prazo: duração média de 04 a 07 anos.

Planejamento de longo prazo: duração média de 15 a 20 anos. Geralmente estão envolvidos com as perspectivas de desenvolvimento.

Planejamento global: geralmente, o planejamento macroeconômico caracteriza-se como global com o objetivo de alcançar uma visão mais ampla do desenvolvimento de uma nação, país ou região, através de uma série de metas.

Baseado nos problemas sociais, o governo deve planejar suas ações (VILLA-FORTE, 2006, p.219). O problema deve ser a categoria central do planejamento do governo, e não apenas um elemento diagnóstico de situação. Elaborar o plano de governo a partir dos problemas da sociedade é uma forma de simplificar o ato de planejar e, assim, fazer com que fique ao alcance dos atores sociais.

Para o autor, podem-se adotar caminhos alternativos no processo de planejamento. Quando ele é elaborado de cima para baixo, partindo dos objetivos chegando-se a programas e finalmente aos projetos ele é descendente. Quando ele é elaborado de baixo para cima e a partir de sugestões e projetos elabora-se os programas ele é ascendente. Na prática, contudo, pode-se adotar um misto entre os dois caminhos através das sucessivas etapas.

Vale lembrar que os objetivos e as metas formulados por planos convencionais são extensões da realidade que, quando atingidos, ajustariam os problemas. Por isso, deve-se centrar o método de planejamento nos problemas a serem resolvidos.

6.2. SISTEMA DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

Para o entendimento claro de um sistema de planejamento orçamentário, é preciso que se compreenda a dinâmica de um ciclo de planejamento e execução. Este, por sua vez, envolve etapas que geralmente já foram cumpridas e etapas ainda a cumprir. Isso é importante, em função da visão sistêmica que se procura obter com as funções de um sistema e de um processo, que se pode também associar de forma análoga à estrutura e funcionamento, respectivamente. Giacomoni (2001, p.187) nos sugere que assim como acontece nas demais funções administrativas, a função orçamentária compreende um sistema orçamentário e um processo orçamentário que se complementam e devem ser estudados concomitantemente, já que a compreensão de um é indispensável para o entendimento de outro.

Assim, a peça orçamentária em estudo, representada pela Lei do Orçamento e Anexos, completam o sistema orçamentário, mas como parte de um sistema amplo, constituídos por planos, programas e ações administrativas.

O ciclo orçamentário pode ser representado fundamentalmente pelo seguinte diagrama:

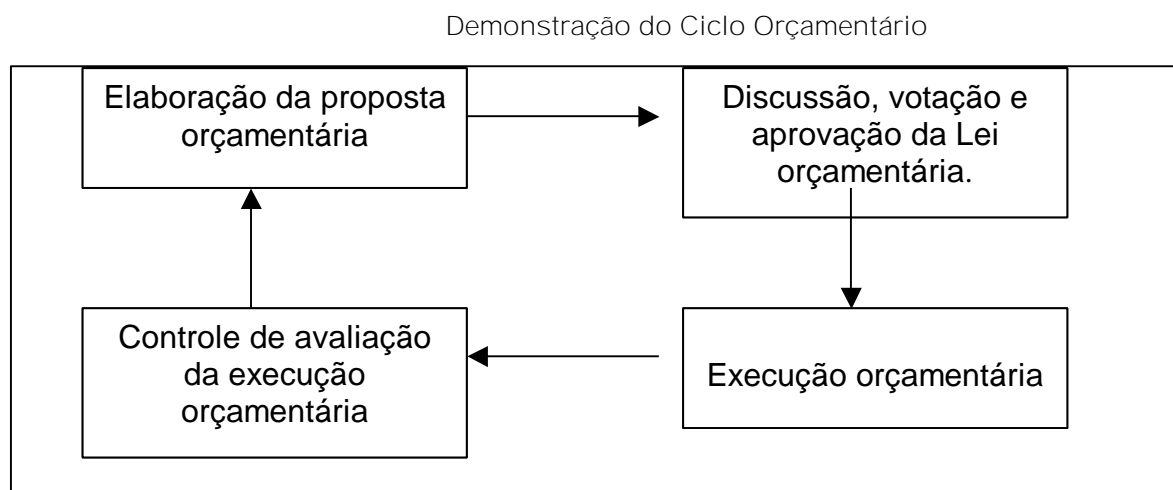


Figura 03 – Demonstração do Ciclo Orçamentário
Fonte: Giacomoni, 2001, p.192, 2008.

Ainda segundo Giacomoni (2001, p. 193) a Constituição brasileira diferencia dois tipos de planos: O primeiro é representado por planos de desenvolvimento econômico e social, característica do Estado intervencionista, mas que serve para complementar as pendências econômicas e sociais. O segundo é representado pelo Plano Plurianual voltado para a programação da Administração Pública. A sua

importância, conforme Giacomoni (2001, p.193), é medida pelas seguintes características:

- a) em primeiro lugar, há a vasta abrangência dos conteúdos integrantes do plano plurianual, ou seja, o estabelecimento, de forma regionalizada, das diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.
- b) em segundo lugar, a elaboração dos planos e programas nacionais, regionais e setoriais deve ser feita em consonância com o plano plurianual.
- c) por último, nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão sob pena de crime de responsabilidade.

A Constituição Federal de 1988 nos detalha a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que orienta a elaboração dos orçamentos anuais, as prioridades e as metas a serem executadas em cada orçamento, com o que se observa a integração do Plano Plurianual com o Orçamento Anual.

Encontramos destaque na Constituição Federal, nos seguintes artigos:

- 1.1. Art. 21 – Inciso 9
- 1.2. Art. 174 – Parágrafo 1º.
- 1.3. Art. 165 – Orçamentos; e
- 1.4. Art. 167

Vale lembrar que em vários autores e escolas de pensamento, é consenso afirmar que os objetivos e as metas formulados por planos convencionais são extensões da realidade que, quando atingidos, ajustariam os problemas. Por isso, deve-se centrar o método de planejamento nos problemas a serem resolvidos.

6.2.1. Planos Plurianuais (PPA)

O Orçamento Público, em sentido amplo, é um documento legal (aprovado por lei) contendo a previsão de receitas e a estimativa de despesas a serem

realizadas por um Governo em um determinado exercício (geralmente um ano). Ainda de acordo com Giacomoni (2001, p. 197): “orçamento anual constitui-se em instrumento, de curto prazo, que operacionaliza os programas setoriais e regionais de médio prazo”.

Os primeiros orçamentos que se têm notícia eram os chamados orçamentos tradicionais, que se importavam apenas com o gasto. Eram meros documentos de previsão de receita e autorização de despesas sem nenhum vínculo com um sistema de planejamento governamental. Simplesmente se fazia uma estimativa de quanto se ia arrecadar e decidia-se o que comprar, sem nenhuma prioridade ou senso distributivo na alocação dos recursos públicos.

O Plano Plurianual (PPA) é a lei que define as prioridades do Governo pelo período de 4 (quatro) anos. De acordo com a Constituição Federal, em seu Artigo 165 (BRASIL, 2008) o PPA deve conter “as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”. Ainda de acordo com a Constituição, a lei do PPA estabelecerá: de forma regionalizada; as diretrizes, os objetivos e metas de administração pública federal; para as despesas de capital e outras delas decorrentes e; para os programas de duração continuada.

Nesse ponto cabe diferenciar despesas de capital das demais despesas, as chamadas despesas correntes. Enquanto aquelas se referem aos investimentos governamentais, como prédios, estradas e outros equipamentos públicos; estas estão relacionadas apenas à manutenção da máquina estatal como o pagamento de salários, manutenção dos prédios, entre outros.

A Lei do Plano Plurianual (PPA) é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte.

6.2.2. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabelece, de forma antecipada, as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO correspondem a uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual (PPA), restrita há um ano específico. A elaboração do projeto da LDO é de competência do Poder Executivo, que deve encaminhá-lo para o respectivo Poder Legislativo para aprovação, observados os prazos previstos na legislação vigente.

6.2.3. Lei Orçamentária Anual (LOA)

A Lei Orçamentária Anual (LOA) conterà a discriminação da receita e da despesa, a fim de evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.

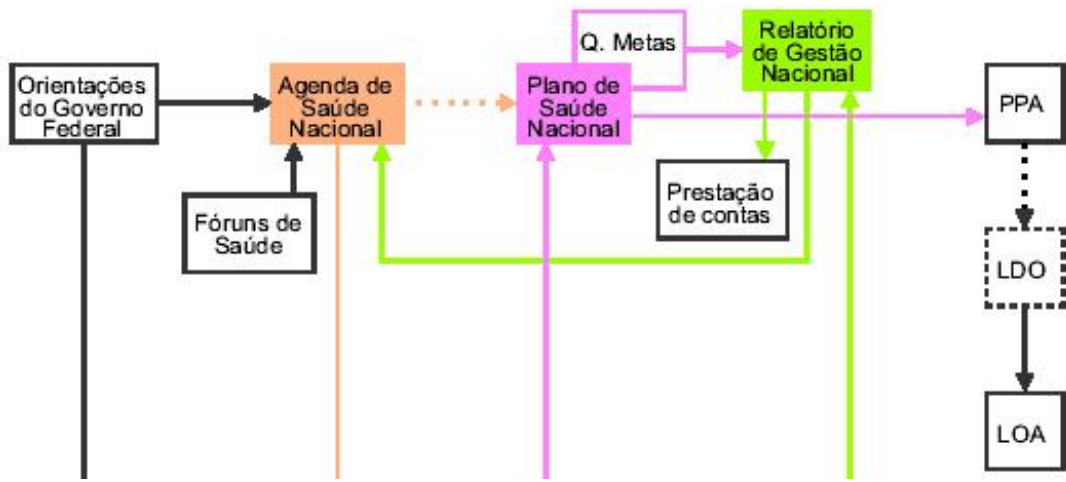
A elaboração do projeto da LOA compete ao Poder Executivo e deve ser encaminhado ao respectivo Poder Legislativo e ser aprovada nos prazos definidos na legislação vigente

De acordo com a Lei n. 8.080/90, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais.

O planejamento é objeto de grande parte do sistema legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos para os gestores finais (prefeituras, hospitais e rede privada).

Por isso é importante compreendermos os papéis do planejamento no SUS e suas conseqüências no estudo abordado, como demonstramos no esquema abaixo, criado para facilitar a compreensão da rede de serviços de saúde, a programação das atividades, através dos planos de metas e o conseqüente debates em conselhos, câmaras, fóruns e arenas.

É fundamental compreender as agendas estabelecidas entres os agentes das diferentes esferas e os recursos, dispostos em Leis, para acompanhar orçamentação, programação e execução dessas agendas. Nas três esferas é



Interação entre agendas de saúde e execução de planos de governo

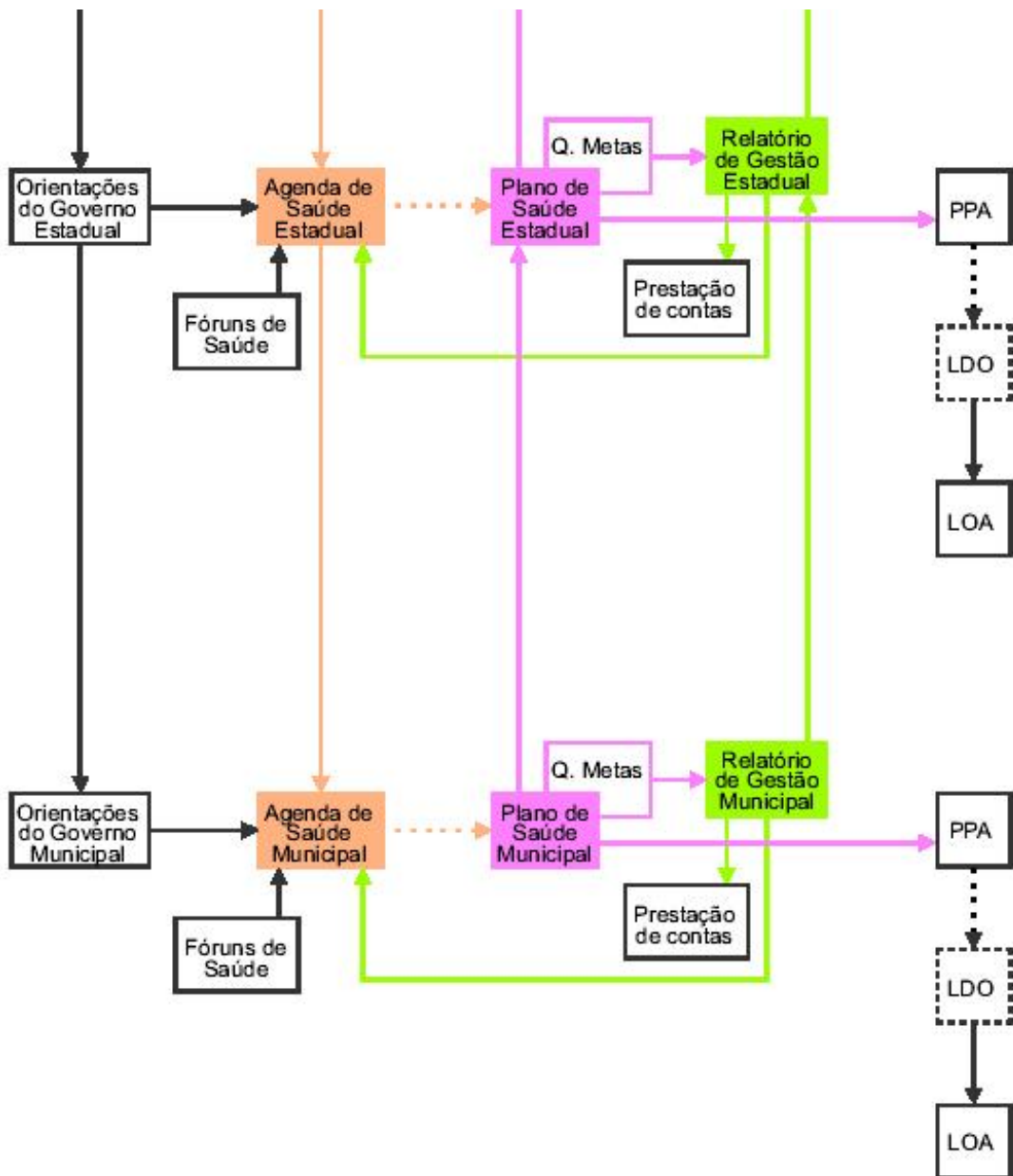


Figura 04 – Interação entre agendas de saúde e execução de planos de governo
 Fonte: Adaptado pelo autor nas Leis de Execução Orçamentária e Lei n.º 8080, 2008.

7. ANÁLISE ADMINISTRATIVA

Quando lidamos com a prestação de serviços em organizações públicas, uma das principais dificuldades que encontramos é a dificuldade na aceitação e utilização das técnicas e ferramentas da análise administrativa, gerando uma heterogeneidade nos padrões de excelência de cada organização ou serviço público.

Nesse contexto, a análise administrativa, como o resultado de uma série de ações contínuas, dentro de cada órgão ou unidade administrativa assume um papel de absoluta importância, possibilitando a prestação de serviço conquistar e manter compreensão, clareza, simpatia e fidelização dos usuários, quer seja o público externo que seja o público interno, e até entre organizações. Assim, não podemos deixar de afirmar que a qualidade da prestação dos serviços é construída a longo prazo, e todos os aspectos têm que estar coordenados: estratégia, valores, cultura e técnicas.

Por isso, é importante compreendermos a importância da análise administrativa como ferramenta para a qualidade da prestação dos serviços públicos. Para isso, encontramos em Cury (1995, p. 285) o seguinte conceito:

A análise administrativa é um processo de trabalho, dinâmico e permanente, que tem como objetivo efetuar diagnósticos situacionais das causas e estudar soluções integradas para os problemas administrativos, envolvendo, portanto, a responsabilidade básica de planejar as mudanças, aperfeiçoando o clima e a estrutura organizacionais, assim como os processos e métodos de trabalhos.

Os pontos fundamentais da análise administrativa defendidos por Cury (2006, p 287), dentro de um enfoque comportamental, se desdobram em dois momentos distintos e interdependentes, podendo haver superposição entre eles, pois tudo o que numa fase se conclui é objeto de avaliação na fase posterior, podendo a ela retornar. São eles:

a) Diagnóstico situacional das causas, que busca identificar não só o clima e estrutura da organização, mas também os seus métodos e processos de trabalho por meio das fases de levantamento de dados e da respectiva crítica; e

b) Intervenção planejada, que envolve o estudo das soluções dos problemas, compreendendo as fases de planejamento da solução e competente

crítica, e o planejamento das mudanças, efetivado, em linhas gerais, nas fases de implantação e controle de resultados.

Considerando os pontos acima, devemos entender que a análise administrativa não é um programa e sim um processo de trabalho, pois se constitui em uma série continuada de eventos e ações. Dentro desta definição, a análise administrativa deve ser realizada adotando uma metodologia que procure o constante aperfeiçoamento das práticas de trabalho e a renovação organizacional visando alcançar a eficácia desejada.

Para que a intervenção tenha êxito, Cury (1995) defende que é fundamental o apoio da administração estratégica, uma equipe de trabalho com uma perspectiva global da organização, a integração das necessidades individuais e organizacionais, e considerar a organização como um sistema aberto, necessitando de compatibilização com o meio ambiente externo e os diversos subsistemas internos.

É importante que a inicialização da análise administrativa deva ser com o extremo cuidado, e planejamento acurado, reconhecendo os agentes da organização como co-responsáveis pelos resultados pretendidos.

Também não podemos deixar de registrar a especificidade que encontramos no ambiente público. A cultura organizacional desse ambiente na máquina pública brasileira exige reforçada atenção. Por isso (KANAANE, 1995, p.57) “deve-se evitar o enfoque que preconiza o emprego de ‘pacotes de treinamento’ ou ‘mudanças planejadas’, mas se deve adotar o processo de desenvolvimento organizacional” que conceba o homem como um ser global, capaz de gerir, gerir-se e interferir no ambiente.

A metodologia a ser observada, como programa de trabalho para a realização de uma análise administrativa, é composta das fases e etapas demonstradas na Figura 5, adaptado da obra de Cury (1995, p. 285), que sistematiza os pontos fundamentais da análise administrativa.

Pontos fundamentais da análise administrativa

<i>PROCESSO</i>	<i>INPUTS</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>OUTPUTS</i>
		<i>LEVANTAMENTO</i>	
		<i>Revisão da Literatura</i>	
		<i>Questionário</i>	
		<i>Entrevista</i>	
		<i>Observação pessoal</i>	
<i>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CAUSAS</i>	<i>CRÍTICA DO LEVANTAMENTO</i>	<i>Aperfeiçoamento de métodos, processos de trabalho, da estrutura e do clima organizacional, envolvendo, subsidiariamente:</i>	<i>ANÁLISE ADMINISTRATIVA</i>
	<i>Identificação do problema</i>	<i>Organizacional, envolvendo, subsidiariamente:</i>	<i>1. CONDIÇÕES ÓTIMAS</i>
	<i>Enfoque sistema aberto</i>	<i>Perspectiva global da empresa</i>	
		<i>Integração de necessidade indivíduo X organização</i>	
		<i>Enfoque da organização como sistema aberto.</i>	
<i>Elaboração do IEX da situação encontrada</i>			<i>Sit.</i>
<i>PLANEJAMENTO DA MUDANÇA</i>	<i>Organogramas</i>		<i>3. FLUXOGRAMAS DE SOLUÇÃO</i>
<i>Elaboração de plano de mudança</i>	<i>Layouts</i>	<i>2. DIFICULDADES BÁSICAS</i>	<i>Elaboração de funcionamento</i>
	<i>Fluxogramas</i>	<i>Envolvimento positivo do público interno</i>	<i>Nova estrutura</i>
	<i>Formulários</i>	<i>Tempo Razoável</i>	<i>Novos Métodos e Processos de Trabalho.</i>
	<i>Programas de treinamento de pessoal</i>	<i>Atingir a Cultura da Organização</i>	<i>Organização mais saudável</i>
		<i>ESTUDO DA SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS</i>	<i>4. CRÍTICA DO PLANEJAMENTO</i>
		<i>Negociação com usuários (feedback)</i>	<i>Quadro de Pessoal</i>
		<i>Avaliação Sistêmica</i>	<i>Etc.</i>
	<i>PLANEJAMENTO DAS MUDANÇAS</i>	<i>5. IMPLANTAÇÃO</i>	
		<i>6. CONTROLE DOS RESULTADOS</i>	

Figura 05 – Pontos fundamentais da análise administrativa.

Fonte: Adaptado de CURY (1995, p. 286)

7.1. GESTÃO DE MATERIAIS

No processo de gestão de materiais, mesmo no ambiente público, podemos afirmar que, conforme Dias (2006, p.13) o objetivo básico da consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidade adequadas, no tempo correto e com menor custo.

A gestão de materiais está estreitamente relacionada com a gestão de compras. O levantamento das necessidades de saúde equivale ao levantamento dos recursos necessários ao atendimento delas. Assim como as fábricas necessitam de equipamentos e matérias-primas, a área de saúde necessita de insumos ou materiais básicos, medicamentos, equipamentos médicos, o que podemos nos referir como recursos logísticos (DIAS, 2006, p.15).

Existem diversos tipos de organização, sejam privadas ou públicas, que se utilizam dos serviços logísticos, como empresas manufatureiras, empresas de transporte, empresas alimentícias, serviços postais, distribuição de petróleo, transporte público, empresas públicas e outras.

Logística, portanto, é a chave de muitos negócios por muitas razões, entre as quais incluímos o alto custo de operação das cadeias de abastecimento. A função logística, para ser bem executada, deve responder a algumas questões básicas, diluídas ao longo da cadeia de suprimento, que se pode dividir em 4 grandes grupos (SLACK, 2007, p. 436):

- a) Primeiro grupo: fornecedores;
- b) Segundo grupo: empresas manufatureiras, que transformam as diversas matérias-primas em produtos acabados;
- c) Terceiro grupo: centros de distribuição, responsáveis em receber, acondicionar e entregar os produtos ao consumidor final
- d) Quarto grupo: os consumidores finais.

As atividades logísticas deverão, em cada um dos quatro grandes grupos, encontrar respostas para algumas questões, quais sejam as aplicações em análise:

Ciclo da Gestão de Materiais

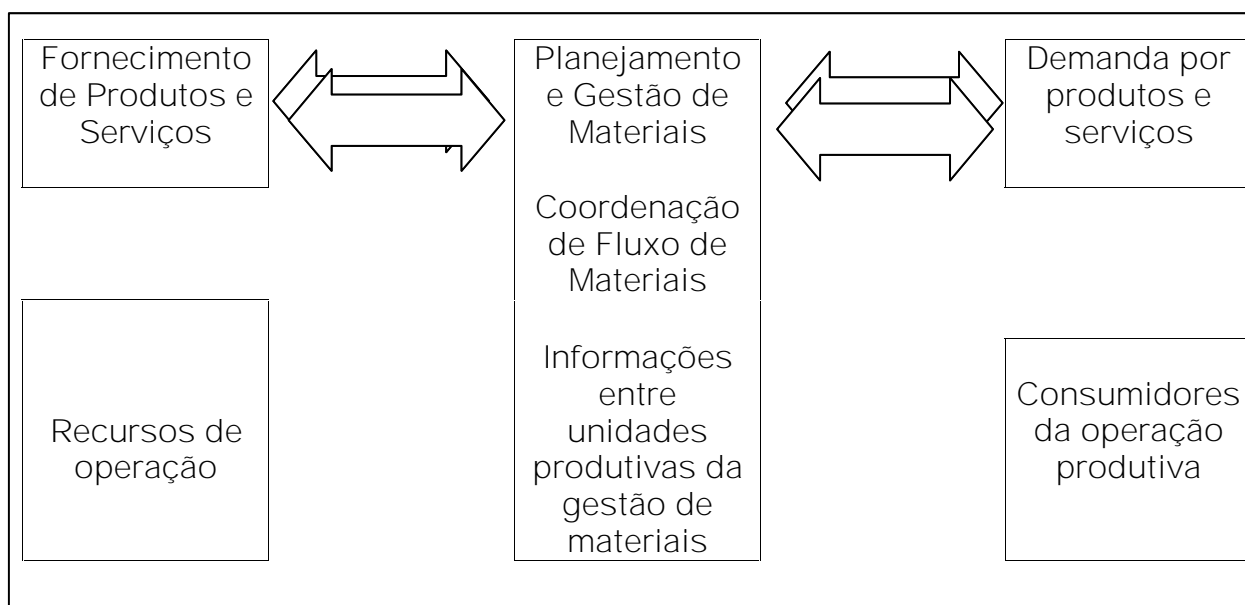


Figura 06: Ciclo da Gestão de Materiais
 Fonte: Adaptado de Slack, p. 415, 2008.

Modelo de Ciclo de Materiais para o SUS

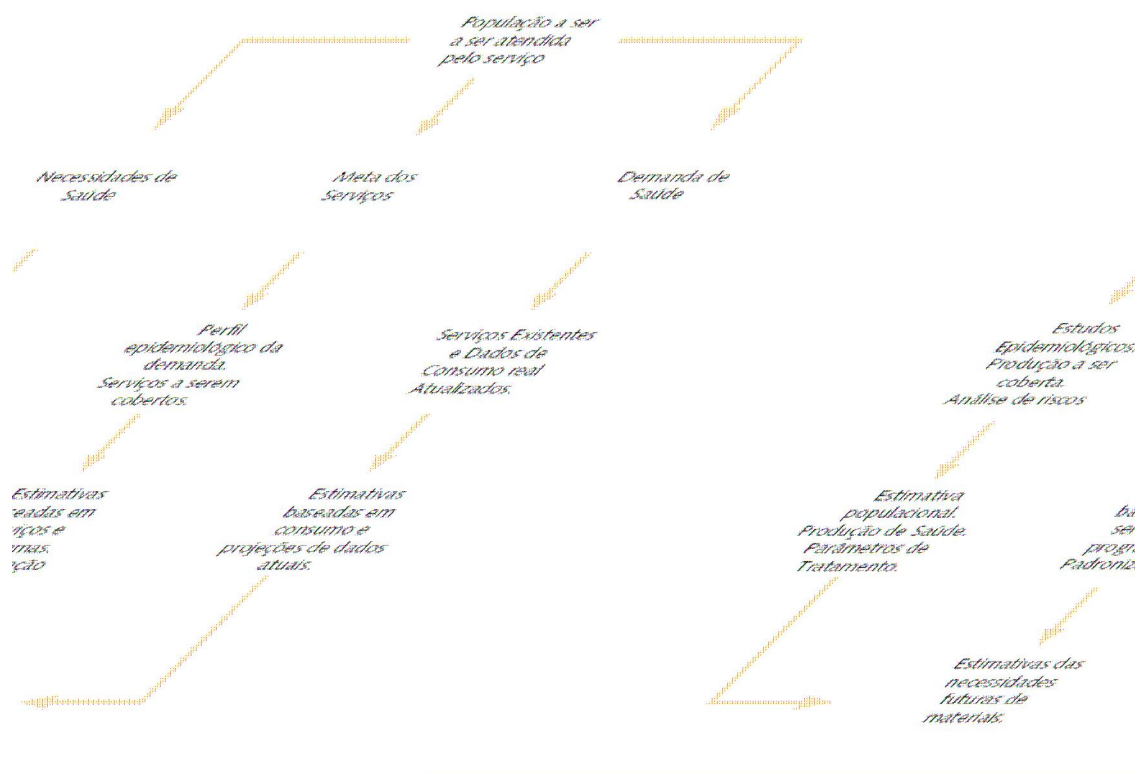


Figura 07: Modelo do Ciclo de Materiais para o SUS.
 Fonte: [HTTP://www.saude.sc.gov.br/grstores](http://www.saude.sc.gov.br/grstores). Em 07.11.2008 23:59

7.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Um administrador precisa entender o papel dos diversos tipos de sistemas de informação existentes nos ambientes organizacionais, que são necessários para apoiar a tomada de decisões e atividades de trabalho existentes nos diversos níveis e funções.

Atualmente os sistemas de informação se apresentam como sendo uma das principais ferramentas a serem utilizadas pelos gestores das organizações nos processos de definição estratégica e no acompanhamento das metas estabelecidas, possibilitando a troca rápida e segura de informações entre os diversos níveis e funções organizacionais.

Devido à existência de diferentes processos, especialidades e níveis em uma organização existem diversos tipos de sistemas, pois nenhum sistema individual pode atender todas as necessidades de uma organização.

Tem-se que considerar na especificação dos recursos para os sistemas de informação a logística de informações isto é, o fluxo de informações que originam dos dados, o local em que estes são processados e o local em que as informações são utilizadas.

Segundo, Rainer (2007, p. 8), podemos destacar três (3) tipos principais de sistemas que atendem diversos níveis organizacionais:

- a) Sistemas do nível operacional ou transacional: processam grande volume de informações para funções administrativas rotineiras, e dão suporte a gerentes operacionais em transações como vendas, contas, depósitos, fluxo de matéria prima.
- b) Sistemas do nível de conhecimento ou sistemas de apoio à decisão, serve de apoio às pessoas encarregadas dos processos de tomada de decisão, envolvem ferramentas de apoio na tomada de decisão. s estações de trabalho e automação de escritório a fim de controlar o fluxo de documentos.

c) Sistemas do nível gerencial ou executivo, propicia informações sintéticas aos executivos de alta gerência das organizações, normalmente a partir de indicadores ou pontos específicos de monitoramento. Atendem atividades de monitoração, controle, tomada de decisões e procedimentos administrativos dos gerentes médios e os sistemas de nível estratégico, que ajudam a gerência sênior a enfrentar questões e tendências, tanto no ambiente externo como interno a empresa.

d) Sistemas especialistas, assimilam experiência de quem toma decisão para a reprodução da solução de problemas, normalmente presentes em apoio a dispositivos de automação ou que utilizem recursos de robótica, podendo incluir algoritmos de inteligência artificial.

Existe no Brasil um número incalculável de diferentes Sistemas de Informações em Saúde (SIS) voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de redes de serviços e à investigação e ao controle de diversas doenças que podem e devem ser usados para o planejamento, por parte do gestor, de intervenções sobre sua realidade sanitária.

8. METODOLOGIA

O presente trabalho, realizado no CAPS do HCPA, substanciou-se na análise dos dados coletados, tanto na própria instituição como em outras organizações relacionadas, como Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, além de coleta de dados a partir de notícias publicadas na *worldwideweb*. A análise foi feita com base em metodologias específicas, descritas a seguir.

8.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Neste estudo, o tema foi abordado com base no método de pesquisa qualitativa, através de estudo de caso do tipo intrínseco, no qual se tem como objetivo principal uma descrição densa da situação com o fim de identificar o que é único no caso, conforme sugerido por (ROESCH, 2005, p. 155) “(...) a pesquisa qualitativa é apropriada para a avaliação formativa, quando se trata de melhorar a efetividade de um programa, ou plano, ou mesmo quando é o caso da proposição de planos”, visando, assim, o nosso propósito de identificar barreiras no fornecimento de medicamentos pela rede pública aos usuários do CAPS do HCPA.

Como foi dito acima a estratégia de pesquisa baseou-se no estudo de caso, crendo o autor a ferramenta mais útil para a observação e compreensão de fenômenos sociais em ambiente de rede, tal qual inseridos os atores desse caso.

Para Yin (2005, p.32) um estudo de caso é uma investigação empírica que:

Investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando

Os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

8.2. PLANOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Os instrumentos de coleta dos dados utilizados neste trabalho foram entrevistas semi-estruturada, viabilizando questões abertas, tentando não influir na perspectiva do entrevistador.

Os públicos alvos foram os familiares dos usuários do CAPS do HCPA, assistente social do CAPS do HCPA, gerentes e gestores das farmácias públicas de Porto Alegre, de responsabilidade do governo municipal e federal, além de observações e pesquisas de notícias publicadas em jornais e artigos na internet.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente digitalizadas a fim de assegurar que todos os dados coletados fossem preservados para análise. Buscou-se entrevistar pelo menos um representante de cada organização acima mencionada, almejando expandir o seu campo de pesquisa. Para isso desenvolvemos o seguinte quadro de Entrevistas:

Cronograma de Entrevistas Realizadas

Data	Local	Entidade	Entrevistado
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 01	Usuário 01
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 02	Usuário 02
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 03	Usuário 03
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 04	Usuário 04
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 05	Usuário 05
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 06	Usuário 06
24.09.2008	CAPS	Responsável pelo usuário 07	Usuário 07
17.10.2008	CAPS	Assistente Social do CAPS	ASCAPS
07.11.2008	Estado	Farmacêutico do Estado	FEst
27.10.2008	Município	Farmacêutico do Município	FMun

Figura 8: Cronograma de Entrevistas Realizadas
Fonte: Criação do Autor, 2008.

Quanto à observação, foi utilizada durante as visitas à instituição, principalmente durante as entrevistas, para registrar gestos e ênfases que complementassem os dados gravados. Também se utilizou do recurso de visitas não agendadas aos órgãos envolvidos, para se obter as impressões espontâneas de agentes desconhecidos do ambiente de trabalho, como atendentes de balcão das farmácias públicas e privadas, impressões de médicos e assistentes de pacientes sob o uso de medicamentos essenciais.

Como forma de observação, também participamos de 04 reuniões quinzenais do grupo de familiares do CAPS do HCPA, das quais uma foi exclusivamente para a aplicação da entrevista direcionada a esse trabalho. Nos demais dias foram para observação da manifestação do tema e algumas conversas mais detalhadas, sobre alguns casos.

Para Yin (2005, p. 109) "as evidências para um estudo de caso podem vir de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos". Abaixo YIN sugere uma ilustração das convergências e não convergências das evidências:

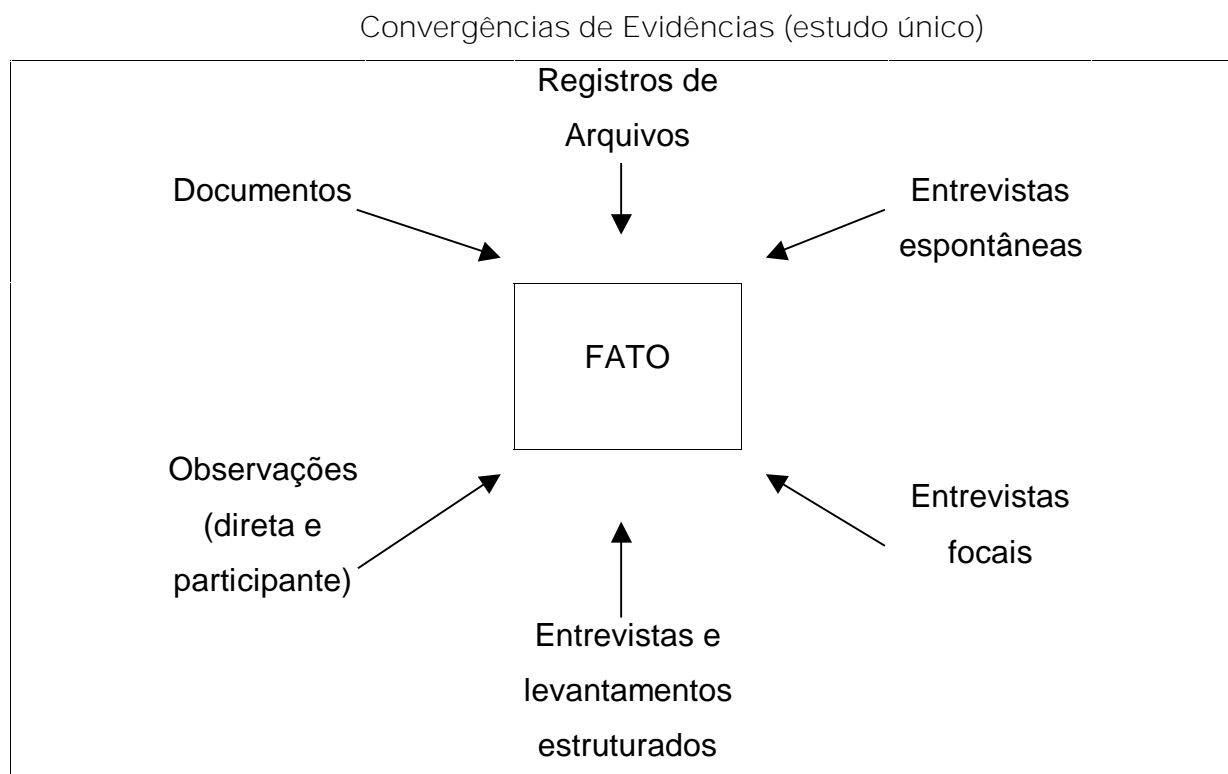


Figura 09: Convergências de Evidências (estudo único)
Fonte: YIN, 2005, p.127.

9. RESULTADOS

Em nosso trabalho de campo, observamos que a falta de medicamentos essenciais na rede pública farmacêutica, no município de Porto Alegre, é uma realidade que apresenta diferentes causas e efeitos, influenciando de fato os usuários do CAPS do HCPA. Neste capítulo vamos apresentar a situação em que encontramos os atores envolvidos na problemática abordada, além dos próprios usuários do CAPS do HCPA, quer sejam a rede municipal e a rede do Estado que atende o município de Porto Alegre.

Assim, primeiro vamos apresentar a situação dos usuários do CAPS do HCPA e qual a situação que encontramos, resultado das entrevistas com seus familiares e responsáveis, em relação ao tratamento medicamentoso no CAPS do HCPA. No segundo capítulo vamos apresentar qual a posição da prefeitura e sua rede de farmácias. No terceiro capítulo, abordaremos o fornecimento de medicamentos essenciais pela farmácia central do Estado. No quarto capítulo apresentaremos uma reflexão, sob a ótica da análise administrativa.

9.1. A SITUAÇÃO DOS USUÁRIOS DO CAPS DO HCPA.

Encontramos no CAPS do HCPA, a seguinte estrutura operacional: três oficinas terapêuticas por turno, desenvolvendo atividades como psicoterapia individual, atendimento familiar e terapia em grupos atualmente atendendo cerca de 24 (vinte e quatro) crianças, sendo 7 (sete) adolescentes com transtorno de humor e os demais adolescentes com depressão, além de 35 (trinta e cinco) adultos esquizofrênicos.

Os recursos humanos consistem em dois enfermeiros, quatro auxiliares, um terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma recreacionista, uma psicóloga, dois psiquiatras, um auxiliar administrativo e um funcionário de higienização.

As principais atividades são desenvolvidas em grupos de pacientes, reuniões com familiares, acompanhamento individual, roda de conversa, grupo de acolhimentos, grupo psicodinâmico, jornal, oficinas de pintura, atividades plásticas, psicodrama, pintura e desenhos.

Os principais serviços oferecidos são os atendimentos nas crises, administração de medicações, atendimento familiar, refeição, higiene, coral, oficinas, encaminhamentos para serviços médicos e visita domiciliar.

Os usuários do CAPS do HCPA são tratados por sintomas de depressão, bipolaridade e esquizofrenia. Na evolução e controle desses sintomas, segundo a ASCAPS a “depressão pode ter uma cura, desde que se leve em conta que, é o que me parece, tem que ter o controle, a pessoa tem que ter uma qualidade de vida. Tem alguns cuidados que o paciente tem que ter”. O bipolar não tem cura nunca, nem o esquizofrênico.

Todos os familiares dos usuários do CAPS do HCPA abordados foram unânimes em reconhecer a excelência do trabalho executado, bem como a melhora do paciente. Segundo o usuário 07, “o serviço de atendimento parece uma clínica particular, sendo que o único incômodo é quando a gente tem que ir em busca dos medicamentos e não encontra. Mesmo assim o CAPS do HCPA consegue ajudar”.

Quanto à questão da falta de fornecimento de medicamentos essenciais para os usuários, todos foram unânimes em afirmar, que em algum momento já passaram

por essa dificuldade e alguns reconheceram o risco do tratamento, devido à falta da medicação na rede pública.

Para o usuário 07 o problema dos medicamentos e o risco do tratamento é uma questão séria por que:

(...) quando surgem as crises das faltas de medicamentos, para a gente achar uma solução tudo fica funcionando na base da operação tartaruga. Procura-se um medicamento, que não pode faltar de jeito nenhum, e não se acha. Ou então, o paciente participa de uma oficina, que dias depois é interrompida por causa da piora do paciente.

A questão manifestada pelo usuário 07 torna-se muito pertinente devido à estabilidade que encontramos no fornecimento de medicamentos essenciais em nosso período de observação, provavelmente devido ao período eleitoral, pelas farmácias do município e do Estado, em Porto Alegre, fato que vai ser detalhado nos sub-capítulos 9.3 e 9.4.

Os principais medicamentos que os familiares dos usuários apontaram como os que são prescritos e fazem parte do protocolo terapêutico são: clozapina 100mg, rivotril, ácido valproico 250mg, clopromazina, biperideno 100mg, haldol, ampicilil, rispiridona, levomepromazina e lítio. Esse grupo de medicamentos foi comum a todos os entrevistados como imprescindível no protocolo medicamentoso e como parte dos que são fornecidos pela rede farmacêutica do SUS, ou seja, fazem parte dos medicamentos que eventualmente faltam na rede de farmácias públicas em Porto Alegre.

Esses medicamentos têm importância relevante e, na maioria das vezes, são indispensáveis para a terapêutica do paciente, não podendo ser interrompidos sob o risco de comprometer a melhora alcançada em todo o tratamento, além da característica da combinação de diferentes psicotrópicos para alcançar determinado resultado, ou seja, a ausência de apenas um dos medicamentos do protocolo completo também pode comprometer radicalmente o equilíbrio terapêutico homologado pelo profissional médico.

Os medicamentos que apresentam maior gravidade quando faltam na rede, de acordo com os familiares dos usuários do CAPS do HCPA, são o Lítio, o Haldol e Clozapina, pois na falta de um desses medicamentos, o agravamento da doença, através da perda de estabilidade, se dá de forma mais acentuada.

Na manifestação da ASCAPS, para a aquisição da Clozapina junto a Rede Farmacêutica existe um protocolo, que é usar todas as medicações que tem para

aquela doença e se o paciente se mostrar refratário, que é como se chama àquele paciente que não reage ao protocolo básico, aí se parte para a Clozapina. Antes de pedir para o Estado é preciso comprovar que o paciente usou todas essas medicações antes, até porque são medicações muito caras.

Segundo a OMS (2008) em 1952, descobriu-se que a substância clopromazina (clozapina) tranquilizava os esquizofrênicos mais agitados e diminuía os sintomas mais intensos da doença. Na seqüência, foram desenvolvidos outros antipsicóticos, como o haloperidol (haldol), a levomepromazina, entre outros. Esses primeiros medicamentos, embora combatessem certos sintomas da doença, causavam uma série de efeitos colaterais que faziam muitos pacientes abandonarem o tratamento. Os mais graves eram os chamados efeitos extrapiramidais, em especial os tremores, num quadro parecido com o do mal de Parkinson, que hoje já encontram amenizações por outros princípios medicamentosos. Por isso, a importância do protocolo completo do medicamento, visando minimizar o efeito colateral.

Mesmo assim na falta do medicamento, tanto no SUS quanto na rede privada, ou seja, no colapso do sistema, percebe-se que o reflexo, ou dano varia de paciente para paciente, mas no geral voltam a ter uma crise. A ASCAPS afirma que:

A gente sabe que na área médica, na área científica, para cada crise que o paciente tem há um comprometimento grande de todo o tratamento e que, inclusive, ele não recupera. Fica um tempo, uma ação perdida... Então, o lítio, por exemplo, em um paciente que é bi-polar, se ele para de tomar o lítio, o paciente perde a estabilidade dele. E retorna a alguns sintomas de estado de crise: crise eufórica, crise depressiva. Isso é muito sério para um paciente desses, que certamente volta a internar. A gente já teve pacientes, não só pela falta de medicamentos (nas farmácias), mas pelo não engajamento no tratamento e achar que está bem. Então, ele para de tomar os medicamentos por causa própria, por achar que está bem. E isso é umas das principais causas de internação: quando eles param de usar a medicação. Aí se vê como é grave o problema.

Portanto, através de nossas entrevistas com o grupo de familiares e a ASCAPS confirmamos o nível de comprometimento, na falta de algum dos medicamentos, na manutenção da doença.

ASCAPS afirma que atualmente, durante o dia, os pacientes tomam a medicação no próprio CAPS do HCPA, o que torna mais controlável a situação. E quando se percebe a falta da clozapina e o paciente vem três vezes por semana, a ASCAPS e equipe providencia, para que ele venha todos os dias da semana para

que possa tomar a clozapina no próprio CAPS do HCPA. Mas a equipe só fornece o medicamento, quando identifica a falta na rede publica. “Até porque quando se entra com um processo para se adquirir a clozapina, ele (esse processo) demora de 01 ano a 02 meses.” Então, às vezes, o paciente vai para o CAPS do HCPA e acontece de ter que internar o paciente para trocar para a clozapina, que é uma medicação que tem que ter um controle muito rígido.

O Usuário 04 afirmou, com a mesma preocupação e experiência em relação à medicação da clozapina, que “tem que ter uma sorte de achar um CAPS. Pelo até conseguir a medicação no Estado.” Para ASCAPS, “como, á vezes, se demora até 2 anos para se conseguir a medicação, eles vem tomando a medicação aqui durante a semana.” Algumas vezes ele trocam a medicação no final de semana, por uma outra medicação que poderia estar cobrindo levemente a clozapina, ou às vezes o CAPS do HCPA consegue amostra grátis para eles passarem o final de semana.

9.1.1. A situação da busca de medicamentos pelos usuários na rede farmacêutica do SUS.

Extensão do problema identificado, a questão do atendimento nas farmácias da rede Assistencial é um dos pontos críticos do sistema, pois para a maioria dos familiares o momento da busca é traumático. As principais queixas são as filas em condições precárias nos postos que geralmente das medicações, a falta de orientação e informação quando da falta de medicamentos e o correto encaminhamento.

O gestor municipal afirma que não há falta de medicamentos, enquanto o gestor estadual reconhece que é possível que existam falhas no fornecimento, por motivos de distribuição, cuja abordagem iremos aprofundar nos sub-capítulos 9.2 e 9.3.

Para ASCAPS tanto a Clozapina quanto outras medicações, menos caras, mas igualmente muito importantes, têm faltado aos usuários, principalmente aos pacientes infantis que também hoje são os de maior densidade em baixa renda. “Então, se falta clozapina ou risperidona não interessa o custo para esses pacientes, mas interessa é que falta.”

A maioria dos entrevistados, responsáveis pelos usuários do CAPS do HCPA, informaram que ao buscar os medicamentos na farmácia central do estado e não os encontrar predomina a falta de informações corretas, causando um sentimento de insignificância com a importância do problema, no caso a falta de medicamentos.

Os familiares, no conjunto das considerações apresentaram as seguintes formas de acessar as informações: quatro entrevistados tem o hábito de ligar para a farmácia antes de se deslocar e três entrevistados ligam para a farmácia, mas também vão até ao local consultar as listagens que se encontram expostas publicando os medicamentos disponíveis. Somente um entrevistado reportou o hábito de somente ir até as farmácias para conferir as listagens, ou seja, não faz consulta prévia.

Nos debates, durante algumas das reuniões dos familiares dos usuários do CAPS do HCPA, ficou evidente que o mecanismo de ligação nem sempre é confiável, pois às vezes são passadas informações da não disponibilização dos medicamentos e, no entanto, ao se comparecer no local os medicamentos estavam disponíveis.

Quanto à instrução que é passada pelo fornecedor, no caso a rede farmacêutica do SUS no município de Porto Alegre, os responsáveis pelos usuários do CAPS do HCPA informaram unanimemente que não é dada uma orientação concreta em relação a que medida tomar, nem administrativa nem terapêutica.

O CAPS do HCPA interfere nesses casos, pois segundo a ASCAPS, “embora não seja muito fácil isso, de orientar aonde tem que buscar a medicação, como tem que fazer. Às vezes a família está com um processo e não está muito fácil de conseguir. O familiar diz: ah, eu não sei se já chegou ou não. A gente liga para saber. A gente interfere de fato. Até porque é de interesse nosso que o paciente fique bem”.

9.1.2. A situação de controle individual

Ao serem abordados sobre a forma de controle individual em relação ao estoque dos medicamentos, visando proteger-se das possíveis faltas de medicamentos, verificamos que dos 07 usuários entrevistados, apenas 2 fazem um

controle que resulta em estoque de reserva de medicamentos. Os demais responderam que não fazem controle de nenhum tipo.

Quando perguntados da eventualidade do colapso do sistema, ou seja, a falta de medicamentos na rede do SUS e na rede privada, que medida praticam, 01 usuário respondeu que pede emprestado, 02 responderam que compram em farmácia fora da capital e os demais disseram que não tem como comprar, assumindo o risco da interrupção do tratamento.

Entretanto, o mesmo grupo de usuários ao ser perguntado de com procede na para que não tenham o tratamento comprometido, apenas 03 usuários reconheceram que a falta de medicamentos conduziu a um agravamento da doença ou regressão na melhora. Os demais se abstiveram.

Perguntados de qual a primeira providência tomada na evidência da falta de medicamentos, 2 usuários vão a rede privada para buscar, 1 usuário recorre ao CAPS do HCPA, 1 usa reserva de estoque, 1 não quis dizer o procedimento e 1 aciona o judiciário.

9.1.3. A visão do sistema de assistência farmacêutica do SUS pelo usuário do CAPS do HCPA.

Para os responsáveis dos usuários do CAPS do HCPA, ao serem abordados sobre qual sugestão eles encaminhariam aos gestores do SUS para a melhoria do sistema, 03 usuários acham que o sistema não tem solução, 02 usuários informaram que a educação e o treinamento para o atendimento devem ser priorizados e 01 usuário informou que o mais importante é a previsão dos estoques para fornecimento dos medicamentos.

9.2. O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Na prefeitura de Porto Alegre, o fornecimento é baseado no seguinte fluxo: a receita médica deve ser emitida em duas vias, com letra legível, contendo nome completo do paciente, endereço, nome do medicamento, dosagem, posologia (indicando a frequência de utilização), duração do tratamento e quantidade, modo de usar, nome do profissional prescriptor, endereço do consultório ou da Instituição (impresso ou através de carimbo legível), assinatura, número de registro profissional no Conselho profissional correspondente, carimbo e data (sem rasura). Somente serão atendidas as prescrições na dosagem, concentração e forma farmacêuticas especificadas na receita.

Atualmente a rede é composta por quatro farmácias distritais. As farmácias deveriam manter sempre em estoque todos os medicamentos da lista básica definida pelo Ministério da Saúde a serem distribuídos pela Prefeitura. A entrega dos medicamentos genéricos mais receitados continua nos postos da rede de saúde.

As farmácias devem contar sempre com a presença de farmacêutico no local.

Na relação de medicamentos adquiridos e distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve-se encontrar 110 itens, segundo FMun. Os medicamentos que são buscados pelos usuários do CAPS do HCPA nos postos da rede municipal constam na Lista de Medicamentos da Prefeitura encontra-se no Anexo D – REMUME – Lista de Medicamentos Disponíveis pela Rede Farmacêutica de Porto Alegre.

Indagado se faltam, de fato, medicamentos essenciais na rede de farmácias municipal de Porto Alegre, FMun respondeu que os medicamentos essenciais e que são da atenção básica não faltam. Os de alto custo deve ser verificado junto à farmácia do Estado.

Parte da Lista fornecida pelo município familiares dos usuários do CAPS do HCPA contrariaram a afirmação do Fmun, que foi reforçada pela ASCAPS, em relação ao lítio, por exemplo, e que consta na Lista da prefeitura. Todos os usuários também confirmaram ter passado, recentemente, por uma situação de não conseguir a medicação no posto.

As farmácias estão distribuídas nos seguintes postos:

Navegantes
Centro
IAPI
Vila dos Comerciários
Bom Jesus
Farroupilha

9.2.1. A visão do gestor municipal

Indagado se, quando há registros da falta de medicamentos essenciais, qual a instrução para a população, FMun respondeu que não há necessidade de instrução para a população, pois não são registradas faltas de medicamentos.

Para ele o modelo de fornecimento gratuito de medicamentos consegue ser justo na maioria das vezes, pois em Dezembro de 2007, o município publicou uma instrução normativa nº 04/07, em que somente podem ser fornecidos medicamentos para pacientes oriundos da rede de assistência do SUS de Porto Alegre, pois antes qualquer cidadão chegava no balcão e pedia os medicamentos com qualquer receita. Isso tornou o sistema mais justo para os pacientes que realmente são da Rede de Assistência do SUS.

A prefeitura não consegue identificar movimentos sazonais de medicamentos essenciais.

Não há meios de divulgação do estoque de produtos.

Não há meios emergenciais de aquisição do produto, que não se subordine às licitações.

Não há definição do papel dos médicos no ciclo de assistência farmacêutica, aos olhos da assistência farmacêutica municipal.

FMun quando indagado se é a favor do fornecimento universal, judicial ou das listas especiais para o fornecimento de medicamentos pelo SUS, acredita que as Listas Especiais de Medicamentos já estão funcionando bem para o município.

E por fim, reconheceu que não há um controle efetivo, sistematizado (ou informatizado) pela assistência farmacêutica municipal para quem solicita os medicamentos.

9.3. O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELA FARMÁCIA CENTRAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Para a distribuição dos medicamentos essenciais, a rede estadual possui apenas uma Farmácia Central no município de Porto Alegre, que responde pela administração dos medicamentos para todo o estado.

Para o fornecimento ao usuário, a farmácia estadual apresenta fluxo regulado pela Resolução nº143 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Para que obtenha a qualificação de receptor de medicamentos essenciais, pelo Estado, é necessário que os usuários providenciem um credenciamento, através da abertura de processo junto a Secretaria de Saúde do Estado. O fluxo abaixo demonstra as etapas necessárias para que os usuários solicitem e obtenham os medicamentos essenciais.

1) Usuário retira na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), farmácia do Estado ou Centro de Referência, o formulário “cadastro de usuários” para preenchimento;

2) O usuário encaminha os documentos necessários para a solicitação do medicamento ao funcionário responsável pela Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde do município onde reside;

3) O funcionário da SMS verifica se os documentos estão corretos e os encaminha a Centro de Referência em Saúde (CRS) a qual o município está adstrito;

4) A CRS protocola os documentos, que serão examinados pelo farmacêutico.

O número do processo é comunicado a SMS de origem da solicitação;

5) A CRS encaminha o processo ao Centro de Procedimentos em Assistência Farmacêutica (CPAF), para exame do médico consultor;

6) O médico consultor examina o processo, respeitando os protocolos clínicos estabelecidos e dá seu parecer, deferindo-o ou indeferindo-o;

7) A CPAF retorna o processo a CRS de origem para as providências necessárias:

a) indeferido por falta de documentos: a CRS solicita a SMS os documentos que faltam, anexa-os ao processo e o remete a CPAF para reexame.

b) indeferido por não cumprimento de protocolos do Ministério da Saúde ou por não constar nas listas dos medicamentos excepcionais e especiais, a CRS comunica a SMS para que cientifique o usuário.

c) deferido o processo, a CRS acrescenta o medicamento à lista mensal de pedidos.

Os medicamentos que são buscados pelos usuários do CAPS do HCPA nos postos da rede estadual estão na lista de medicamentos do Estado, apresentados no Anexo D – Relação de Medicamentos Essenciais (REME) – Grupo B.

Ao abordarmos o fornecimento dos medicamentos pela farmácia central no município de Porto Alegre, obtivemos respostas, conforme preceitos da Política Nacional de Medicamentos, Rotinas da SES e entendimento majoritário em Assistência Farmacêutica, apoiado em informações e algumas entrevistas com direção e técnicos.

Quanto à questão da falta de medicamentos de alto custo na rede de farmácias estadual de Porto Alegre, FEst é da opinião que “em uma realidade onde o elenco dos medicamentos excepcionais, contempla mais de 275 apresentações farmacêuticas, observa-se eventual falta de alguns fármacos para atendimento da demanda. Entretanto, em muitos períodos onde há registro de falta de medicamentos, consegue-se fazer atendimento com devido ajuste de dose e prévia autorização do médico assistente e que em Porto Alegre, há a dispensação de medicamentos através de Centros de Aplicação e Monitorização de Medicamentos e Injetáveis e outros Centros de Referência, que contemplam usuários de medicamentos de Doença de Chron, hepatite C, por exemplo.

Para ASCAPS, indagada sobre o mesmo tema, confirma o reconhecimento da FEst, ao afirmar:

(...) no início do ano estava faltando a clozapina e abitamina. Abitamina, se não me engano faltou. Aquela medicação que as crianças usam, as crianças hiperativas, é que é muito importante. E que faltou, no Estado e não me engano, e deu um desequilíbrio tão grande, que a gente teve uma série de medidas para minimizar o impacto no CAPS Infantil. As crianças tiveram dificuldades de ir à escola, de se manter na escola, porque é uma medicação tão importante para a manutenção das crianças hiperativas, então as crianças não queriam ficar nas salas de aulas.

9.3.1. A situação de atendimento

A dispensação dos medicamentos segue o que preconiza a Política Nacional de Medicamentos. Em relação aos medicamentos excepcionais, são observados os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), segundo a FEst.

Na hipótese de falta de medicamentos confirmou-se que a farmácia central do Estado no município de Porto Alegre não instrui os usuários de medicamentos, pois segundo a FEst cabe ao Estado apenas prestar informações quanto às medidas adotadas e a previsão de tempo em que o problema será resolvido e o fornecimento de medicamentos regularizado, mesmo considerando o papel dos usuários como clientes da farmácia central, através do SUS.

Na dispensação dos medicamentos, que é feita mensalmente as UBS (Unidade Básica de Saúde), não há prévio aviso da situação do estoque dos medicamentos, por quaisquer meios de divulgação que chegue aos usuários.

Dispensarmos os medicamentos mensalmente mantém os usuários em contato direto com a UBS onde ele faz atendimento. As UBS são co-responsáveis pela divulgação das informações de estoque dos medicamentos aos usuários, afirma a FEst.

9.3.2. A visão do gestor estadual

O controle de estoques reguladores dos medicamentos de essenciais, principalmente os de alto custo ou especiais, é feito pelo Sistema de Dispensação em Porto Alegre e na Farmácia de Medicamentos Especiais. No interior do Estado é feito nas secretarias municipais de saúde, seguindo orientação da Resolução 143/2003 da CIB/RS, que prevê que a solicitação de medicamentos e a dispensação deve ser feita no município de residência do usuário.

Em relação à questão da sazonalidade, para a FEst “os medicamentos excepcionais são de uso contínuo, não sendo preponderante a sazonalidade; talvez seja importante um estudo que compare as diversas regiões do Brasil e o respectivo

perfil da clientela.” Ao mesmo tempo Fest reconhece que para outros grupos de medicamentos essa situação é relativa, pois a falta de medicamentos no balcão não significa a falta de medicamentos no sistema.

Cabe registrar que um dos grupos de medicamentos, os chamados antiasmáticos, cujo fornecimento autorizado pelo Ministério da Saúde é somente para aqueles usuários que comprovadamente estejam acometidos de asma grave, torna-se mais solicitado durante o inverno gaúcho. Entretanto, este aumento considerável nas solicitações de medicamentos e demandas judiciais, não se refere ao atendimento de usuários com asma grave, mas cometidos por outros agravos, (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, por exemplo), havendo posterior indeferimento por consultor técnico da SES, por não se enquadrarem nos critérios do PCDT de asma grave.

9.3.3. A questão do planejamento orçamentário

Não podemos nos privar de abordar a não execução dos orçamentos previstos para área da Assistência Farmacêutica nos últimos exercícios, pois o problema central não está apenas na falta de dotação orçamentária, mas sim na execução. E é esta execução orçamentária que se encontra muito distante do atendimento integral das prerrogativas constitucionais, quer seja garantir o fornecimento dos medicamentos essenciais, em tempo integral, para os usuários.

Fazendo uma breve análise das previsões orçamentárias dos anos de 2002 a 2006, homologados pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (TCE), publicado em 2008, encontramos que a dotação inicial prevista é muito superior ao efetivamente executado para a assistência farmacêutica.

A diferença é ainda maior quando analisamos os valores empenhados (compromisso de pagamento para posterior liquidação), os valores liquidados (obrigação de pagamento) com os valores efetivamente pagos pela Secretaria de Saúde, acumulando em restos a pagar para os exercícios posteriores.

Nos quadros abaixo tentamos demonstrar essas diferenças:

Análise da Dotação Orçamentária e Valor Pago

Exercício	Dotação Inicial	Empenhado	Liquidado	Pago
2002	63.335.253,00	39.061.976,08	26.376.768,67	3.472.361,24
2003	81.014.500,00	68.216.205,20	68.216.205,20	25.519.713,92
2004	129.566.551,00	100.737.355,82	100.318.797,24	47.436.586,32
2005	125.467.522,00	108.045.926,37	108.045.926,37	55.108.677,24
2006	178.759.434,00	99.563.461,74	99.563.461,74	22.205.226,20

Figura 10 – Análise da Dotação Orçamentária e Valor Pago

Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2008.

Em que pese à previsão orçamentária de mais de 178 milhões de reais em 2006, para fornecimento de medicamentos essenciais para os usuários, à execução do orçamento está muito aquém disso. Só para se ter uma idéia, em 2002, a dotação inicial foi de R\$ 63.335.253,00, entretanto foram pagos somente 3.472.361,24, deixando em restos a pagar R\$22.904.407,43.

Variação da Dotação Orçamentária

Exercício	Dotação	Variação
2002	63.335.253,00	
2003	81.014.500,00	+ 27,9%
2004	129.566.551,00	+ 59,9%
2005	125.467.522,00	- 3,1%
2006	178.759.434,00	+42,4%

Figura 11 – Variação da Dotação Orçamentária.

Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2008.

Portanto, verificamos que nos últimos cinco anos houve significativo incremento de dotações no que concerne ao valor do fornecimento de medicamentos, a exceção do ano de 2005, onde houve decréscimo de 3,1%. Do ano de 2002 até o ano de 2006 a dotação orçamentária inicial prevista para atendimento na assistência farmacêutica cresceu 127%.

Aparentemente, se pode concluir que o aumento das dotações é resultado direto do aumento no fornecimento de medicamentos e conseqüentemente do maior número de usuários atendidos pela Secretaria Estadual de Saúde.

Vejamos a tabela de dotações iniciais em comparação com os valores pagos nos últimos cinco anos:

Análise da Variação Orçamentária

Exercício	Dotação	Pago	Variação
2002	63.335.253,00	3.472.361,24	5,4%
2003	81.014.500,00	25.519.713,92	31,5%
2004	129.566.551,00	47.436.586,34	36,6%
2005	125.467.522,00	55.108.677,24	43,9%
2006	178.759.434,00	22.205.226,20	12,4%

Figura 12 – Análise da Variação Orçamentária

Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2008.

Podemos verificar na tabela acima que o Estado reiteradamente não vem cumprindo a previsão orçamentária, com gastos muito abaixo daquele inicialmente orçado. No último ano, por exemplo, foram pagos apenas 12,4% do total previsto no orçamento para o fornecimento de medicamentos de alto custo.

O Plano Plurianual de 2008 a 2011 aprovados pela Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul destina R\$ 8,9 bilhões em recursos para área da Saúde, sendo que, só para o Programa Assistência Farmacêutica o aporte de recursos seria de R\$ 702.123.000,00.

Com isso, conseguimos identificar que a falta de medicamentos essenciais, de uso especial, contínuo ou de alto custo, não se dá exclusivamente por falta de recursos. Podemos dizer que existem outros fatores determinantes para que os medicamentos não cheguem às mãos dos usuários que necessitam dos medicamentos.

O programa tem como objetivos atualizar meios de avaliação e controle, possibilitando o planejamento das ações, otimizando o trabalho dos profissionais da assistência farmacêutica para atender os usuários de medicamentos, conforme critérios estabelecidos pelos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

O programa Assistência Farmacêutica do Estado do Rio Grande do Sul está dividido em seis diferentes indicadores de desempenho, conforme segue:

Quadro de Indicadores de Desempenho da SES/RS

Indicador de Desempenho	Unidade de Medida	Índice Recente	Índice Desejado
Atendimento da demanda de dispensação de medicamentos essenciais, especial/excepcional.	%	57	100
Avaliação e orientação dos municípios para a utilização do Sistema de Acompanhamento do Incentivo à assistência Farmacêutica Básica (SIFAB)	%	11	100
Cumprimento das determinações judiciais com entrega dos medicamentos	%	55	100
Distribuição Anual de Medicamentos	Medicamento (milhar/ano)	108.000	470.000
Produção anual de medicamentos	Um Farmacêutica (milhar/ano)	26.400	300.000
Tempo decorrido entre a solicitação e o atendimento dos processos administrativos	Dia	50	20

Figura 13 – Quadro de Indicadores de Desempenho da SES/RS

Fonte: Secretaria de Planejamento do RS, 2008.

Os índices desejados relativos ao atendimento da demanda de dispensação de medicamentos e o cumprimento de determinações judiciais praticamente dobram, o que significa a tentativa de um atendimento integral aos usuários.

Ou seja, na própria definição de metas já existe um ato declarado de que há insuficiências no sistema, em relação ao atendimento da demanda de dispensação de medicamentos essenciais, especial/excepcional e outros critérios que alertam para uma reversão nos eventuais colapsos no fornecimento de medicamentos essenciais no sistema.

9.4. A SITUAÇÃO DA JUDICIALIZAÇÃO NO FORNECIMENTO DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Para Fmun a influência das ações judiciais no fornecimento dos medicamentos essenciais são muito poucas, pois geralmente são pedidos medicamentos de alto custo, via judicial, e para o Estado.

Para Fest, os médicos têm papel fundamental no ciclo de assistência farmacêutica, devendo atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos, incentivando o uso racional de medicamentos e correta orientação aos prováveis usuários de medicamentos.

Para ASCAPS, é visível que os médicos têm um protocolo que é um padrão, a prefeitura não aceita esse padrão e o estado tem outro. Por exemplo, o Haldol. Na rede privada, se aceita Haldol, para a prefeitura assume o nome do princípio ativo, que é o Haldol diclofenato. Acontece de se não ter o Haldol, na rede pública, ele buscar outro semelhante. A gente sabe que algumas medicações não são fornecidas, então o médico utiliza outra medicação semelhante, geralmente mais barata, que a família possa comprar, ou que seja fornecida pela rede. Então, por exemplo, a risperidona, é uma medicação que se está usando, e se eu não me engano, não é fornecida pela rede. Usualmente se troca pelo melhor que é fornecido. É feito essa troca, mesmo porque eles não têm interesse de prescrever uma medicação de baixa qualidade. É melhor que se troque. Então, isso acontece muito.

Questionada se é a favor do fornecimento universal, judicial ou das Listas especiais para o fornecimento de medicamentos pelo SUS, a FEst respondeu que é entendimento que a RENAME é ferramenta a ser utilizada pelos gestores para selecionar os elencos de medicamentos cujo fornecimento seja sua competência.

Já a ASCAPS também que como Assistente Social:

(...) o atendimento universal é o mais justo, mas estendo que isso ficaria muito caro, muito custosa para o governo. Nesse sentido eu optaria pela via judicial se não tivéssemos o problema que a gente tem hoje, tanto de logística ou de qualquer outra coisa. Porque a gente que está aqui na ponta identifica a falta. Por que falta, a gente não sabe. Essa falta causa um prejuízo maior, porque faltando medicação, os pacientes internam muito mais, o gasto pelo governo é muito grande pela falta de medicação e tem um fator aí que agrava e que é o mais importante que é prejuízo para o próprio paciente, o prejuízo da qualidade de vida, que não tem preço. A medicação tem um valor, a internação tem um valor, mas a qualidade de vida de um paciente não tem preço. Então, se a via judicial fosse mais

simples, se a Lista de Medicamentos funcionasse de forma eficaz, que está funcionando, mas ainda existem falhas acho até que seria a melhor opção. Só que nesse momento, o fornecimento universal é o que me parece mais justo.

A SES tem sido alvo de um significativo e crescente número de ações judiciais, segundo a FEst, sendo parte relevante destas os medicamentos de alto custo. A evolução das novas demandas judiciais pode ser visualizada abaixo:

Evolução das ações Judiciais

Ano	Ações Ingressadas
2002	1.104
2003	2.761
2004	3.742
2005	3.259

Figura 14: Evolução das ações judiciais
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2008.

O elevado número de demandas judiciais representa também um considerável gasto financeiro. As ações judiciais podem ser executadas através de solicitação de medicamentos, bloqueio de contas do Estado e por depósito de valor na respectiva vara cível de ingresso da ação.

As principais causas destas ações são: falta de medicamentos, prescrições médicas de medicamentos que não constam nas listas dos excepcionais e especiais, de medicamentos não existentes no país e de medicamentos sem registro na ANVISA. Muitas destas ações são ingressadas contra a SES, Municípios e a União, solidariamente. Isto faz com que o controle seja dificultado, pois, em determinados casos, o demandante pode retirar o medicamento em uma das esferas sem que as demais sejam notificadas.

Importante salientar que muitas ações judiciais que ingressam contra a SES são relativas a medicamentos sem registro na ANVISA e até importados (exemplos: Bevacizumab 25 mg – Avastim – e Polissulfato de pentosano sódico 100 mg – Elmiron).

Em outro comentário pertinente a esta situação, a FEst registrou que nos últimos anos, há um crescimento notável de dietas, o que significa desvirtuar as aquisições dos medicamentos essenciais para itens acessórios ao tratamento, como alimentação e até recursos de higiene, comprometendo a execução orçamentária da atividade fim, que é a aquisição de medicamentos.

As ações judiciais acarretam conseqüências, sendo as principais: dificuldades operacionais no gerenciamento da ação devido à quantidade e prazos para

cumprimento destas, possibilidade de interrupção de tratamentos de pacientes com processo administrativos em virtude dos medicamentos serem transferidos a usuários com demandas judiciais, possível vencimento do prazo de validade de medicamentos que ficam armazenados à espera da retirada e aumento nos gastos, pois alguns medicamentos acabam por ser comprados no varejo.

9.5. O REFLEXO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO

O amadurecimento da implantação do SUS, e os compromissos assumido na Constituição Federal de 1998 conduzem ao Ministério da Saúde a incumbência de promover o acesso da população a medicamentos de qualidade em quantidade adequada, de forma gratuita ou ao menor preço possível. Essa percepção é visível a todos os usuários do CAPS que foram entrevistados.

As atividades do ciclo da assistência farmacêutica devem ocorrer em uma seqüência ordenada. A execução de uma atividade de forma imprópria prejudica todas as outras, comprometendo seus objetivos e resultados. Como conseqüência, os serviços não serão prestados adequadamente, acarretando em insatisfação dos usuários e, apesar dos esforços despendidos, evidenciam uma má gestão.

O programa Assistência Farmacêutica do Estado possui como sua principal ação, segundo a FEst, o Gerenciamento de Medicamentos Excepcionais, Especiais e de Ações Judiciais.

Ao consultarmos o PPA entregue para a Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, identificamos que está planejado a dotação de R\$ 612.155.000,00 (Seiscentos e doze milhões, cento e cinqüenta e cinco mil reais), nos próximos quatro anos para as seguintes ações:

- gerenciar e planejar a aquisição de medicamentos;
- implementar e expandir os Centros de Referência no Estado;
- aprimorar a logística de distribuição de medicamentos;
- aprimorar a execução cadastral dos processos administrativos, observando o uso racional dos medicamentos e critérios farmacoeconômicos;
- coordenar e acompanhar as demandas dos processos judiciais, subsidiando o Estado nas ações judiciais através das evidências científicas e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

Pode-se afirmar que sendo o PPA uma ferramenta de planejamento e gestão e analisando o objeto do programa de Assistência Farmacêutica, os indicadores, os índices desejados, em conjunto com ações, especialmente a de Gerenciamento de Medicamentos Excepcionais/Especiais e Demandas Judiciais podemos identificar sinais claros, por parte do estado, de avanços.

No estudo de Administração aprendemos que gerenciar é alcançar resultados através de pessoas, utilizando eficientemente os recursos limitados. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimento, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. Esta é permanente, pois a avaliação dos resultados incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação.

Não há meios emergenciais de aquisição do produto, que não se subordine às licitações. Todos os meios (licitação e dispensa de licitação) seguem os procedimentos estabelecidos pela Lei 8666 de junho de 1993, lei das licitações, segundo FEst.

A Implantação do Sistema Informatizado de todos os processos com solicitação de medicamentos no Estado, extensivo para os municípios através da Internet, resultou em maior controle de dispensação e, por conseguinte, consumo real de cada medicamento disponibilizado ao usuário. O sistema AME, além do cadastro integral dos usuários de medicamentos, gera automaticamente o recibo de dispensação de medicamentos e gerenciamento do estoque nas Unidades Básicas de Saúde, permitindo que a SES, monitore o atendimento da demanda e rastreie o destino dos medicamentos dispensados.

Indagada sobre o processo de controle com os fluxos dos medicamentos, a FEst respondeu que:

Utilizamos o Sistema AME (Administração de Medicamentos), com manutenção de banco de dados de todos os usuários de medicamentos atendidos, informações cadastrais e do tratamento, demandas ativas e inativas, judiciais ou administrativos. Através do Sistema AME, é possível vincular ao bando de dados, ferramentas que permitem controle dos estoques e dispensação automática com emissão de recibos.

Cabe informar que o acesso ao Sistema AME não é feito somente pela Secretaria de Estado da Saúde e municípios, mas também pela Procuradoria Geral do Estado, Ministério Público e Poder Judiciário, garantindo total transparência dos dados de atendimento da demanda.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver o presente estudo, percebi a riqueza e a profundidade que esse tema concentra, apoiado na manifestação de cada um dos atores envolvidos.

A falta de medicamentos ao usuário final não foi reconhecida plenamente por nenhum dos diretamente responsáveis pelo fornecimento, quer sejam, farmácias da Prefeitura e farmácia do Estado no município. Tampouco, conseguiu-se acessar os processos logísticos, licitatórios e operacionais que pudessem apontar com precisão as possíveis causas. Mesmo assim, com o que nos foi contemplado é possível identificar que, por parte da rede de farmácias públicas, há a falta de um controle sistematizado e informatizado que ligue a dispensação no momento da prescrição do medicamento pelo médico com os sistemas de controle de estoque do Estado, município e União.

Por isso, quanto à falta do fornecimento de medicamentos essenciais, principalmente os excepcionais ou de alto custo, perante a lógica do SUS, cabe aos entes do estado e município, adquiri-los e fazer a distribuição. E ao Ministério da Saúde, através de um sistema informatizado de comprovação da aquisição e distribuição, reembolsar os recursos aos estados.

Existem controles, pelas 03 esferas, mas nenhuma delas interagem diretamente entre si e, muito menos, entre o usuário (solicitante) e as farmácias distribuidoras (fornecedora final). Do ponto de vista administrativo, esse me parece uma das causas que foi possível identificar, haja visto a limitação da abordagem e a complexidade do problema.

Não se pode negar que há um esforço visível por parte do Estado, através da Secretaria de Estado da Saúde, com o propósito de gerir e amenizar a falta de medicamentos, mesmo que eventual, através de medidas paliativas, mas interessantes, como o Centro de Aplicação de Medicamentos Essenciais, em momentos de colapso do sistema.

Os responsáveis pelos usuários do CAPS do HCPA que buscam os medicamentos nas farmácias da rede pública tem tido um amadurecimento no controle da medicação, buscando meios de evitar que a eventual falta dos medicamentos comprometa o tratamento do paciente. Entretanto, ainda lhes falta

uma consciência de controle sobre os estoques individuais. Sugere-se a adoção de medidas educativas que os oriente a questões como prazo de esgotamento da validade dos estoques em seu poder, pontos de reposição e participação representativa para sinalizar o poder público de forma organizada, quando da falta.

De fato, o tema sofre influências de políticas públicas, da legislação e da manifestação individual de cada cidadão envolvido, gerando uma distinta dinâmica na complexa cadeia que envolve os múltiplos atores: governo, agências reguladoras, conselhos, poderes executivo, judiciário e legislativo, provedores de serviços e fornecedores, médicos e pacientes.

Por isso, o fomentado movimento para o aumento dos gastos de saúde, é importante que venha alicerçada com o uso útil das tecnologias de informação, a contínua busca de ferramentas acertadas para garantir o acesso universal ao sistema, tal qual garante a Constituição, e que sejam dispostos através de práticas gerenciais com valorização de ações de planejamento, controle e execução.

A questão, espontaneamente surgida nesse estudo, foi a judicialização das políticas de promoção do acesso a medicamentos de forma progressiva. O atendimento de um direito social, como é o caso do acesso a medicamentos, sempre é confrontado por demandas múltiplas e crescentes, em face de restrições operacionais e orçamentárias. Assim, o estado deveria orientar-se para o atendimento da demanda daqueles medicamentos considerados essenciais e prioritários do ponto de vista de saúde pública, evitando o confronto jurídico e o prejuízo operacional e público.

Neste particular, considero ser fundamental a ação do poder público no combate à iniquidade no acesso, na formulação de políticas de assistência farmacêutica de alto custo, na garantia do financiamento, na distribuição gratuita de medicamentos e na ampliação do acesso da população a estes tratamentos.

Várias são as alternativas estratégicas para que a aquisição pelas SES e pelos municípios venha a ser atrativa, com diminuição dos preços praticados e agilidade no processo, quer seja através de pregão eletrônico ou presencial, realização de compras anuais consolidadas e com entregas parceladas, formação de consórcios entre gestores, implantação de um sistema de registro de preços (público), avaliação do desempenho dos fornecedores no cumprimento das exigências, utilização de ferramentas e técnicas administrativas.

Deve ser considerada a alternativa mais adequada a cada situação. Quanto mais forem levadas em consideração as observações e as experiências dos atores que executam as atividades, maior será a consistência das decisões.

A falta de padronização dos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados por eles aportados, a heterogeneidade de sua periodicidade e mesmo sua inexistência em muitos municípios brasileiros formam um quadro multifacetado que exigirá um conjunto de ações do Estado e município, definindo ainda seus atributos e sua forma de apresentação, de tal forma que, na prática, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) possa oferecer a população resultados que permitam uma co-participação efetiva no controle das disponibilidades de estoque de medicamentos e orientações práticas que minimizem ou não permita a interrupção da ação medicamentosa por parte do usuário, apoiados nos recursos da tecnologia da informação.

Enfim, é importante reforçar que mesmo que as medidas fundamentais dependam do governo, em suas diferentes esferas, é dever de cada um de nós, que estamos sempre em alguma parte dessa cadeia de valor da saúde, reconhecer e desempenhar o nosso papel de cidadão para o fortalecimento da causa pública, justificando, assim, o Sistema Único de Saúde.

Mesmo assim, podemos identificar que as principais causas da falta de medicamentos para os usuários do CAPS do HCPA, resultantes do que encontramos na realidade estudada são: falta de planejamento ou planejamento ineficiente, recursos financeiros geridos inadequadamente, falta de tratamento com o público e demandas judiciais que fazem com que alguns usuários com processos administrativos deferidos sejam preteridos. Sem dúvida, a falta de medicamentos, além de comprometer o equilíbrio terapêutico, gera insatisfação do usuário e piora na qualidade da atenção à saúde, contribuindo para o aumento do número de demandas judiciais.

Cabe reforçar que inclusive a Organização Mundial de Saúde (2008) tem como ponto chave para o sucesso dos tratamentos de saúde e do bom uso dos medicamentos essenciais a existência de farmacêuticos (e dos outros profissionais de saúde) bem treinados e informados.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, N. Sistemas de gestão empresarial. 1ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

ARAÚJO, Luiz César Gonçalves de. Organização e métodos: integrando comportamento, estrutura, tecnologia e estratégia. 4ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. 19ª edição. Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 1992.

BRASIL. Constituição da República Federativa do BRASIL: promulgada em 5 de outubro de 1988. 3ª. Edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. http://www.tesouro.fazenda.gov.br/hp/lei_responsabilidade_fiscal.asp. Acesso em 22.10.2008. 23:33.

BRASIL. http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDI.HTM Acesso em 28.10.2008. 20:29.

CURY, Antonio. Organização & Métodos: uma visão holística. 8ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

DIAS, Marco Aurélio P. Administração de materiais: princípios, conceitos e gestão. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

GIACOMONI, James. Orçamento Público. 13.ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

KANAANE, Roberto. Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

HOLANDA, Nilson. Planejamento e Projetos. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora APEC, 1971.

JUNIOR, Geraldo Biasotto. Uma análise estratégica da universalização. In: BAYMA, Fátima; KASZNA, Istvan (org.). Saúde e Previdência Social: Desafios para o Terceiro Milênio. 1ª edição. São Paulo: Editora Prentice Hall, 2003.

KOONT, Harold; O'DONNELL, Cyril; Princípios da administração: ma análise das funções administrativas. 11ª edição. São Paulo: Editora Livraria Pioneira, 1978.

MATIAS - PEREIRA, José. Curso de Administração Pública: foco nas instituições e ações governamentais. 1ª edição. São Paulo. Editora Atlas, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil: Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006. **1ª edição.** Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2007.

NATLINI, Gilberto. O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. **1ª edição.** São Paulo: Editora Associação Paulista de Medicina, 2001.

NEGRI, Barjas. A Realidade do Orçamento, Origem e Aplicação dos Recursos. In: **BAYMA, Fátima; KASZNA, Istvan (org.).** Saúde e Previdência Social: Desafios para o Terceiro Milênio. **1ª edição.** São Paulo: Prentice Hall, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Política de Medicamentos. **Porto Alegre: 2008.** Acesso em 19.10.2008, 11:02 Em <http://www.oms.com.org.br/medicamentos>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A Saúde no BRASIL. **Brasil, 2008.** Acesso em 19.10.2008, 11:02 Em <http://www.opas.org.br/medicamentos>.

ROESCH, Sylvia M.A. Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso. **3ª edição.** São Paulo: Atlas, 2005.

ROSSETTI, José Paschoal. Política e Programação Econômicas. **1ª edição.** São Paulo: Editora Atlas, 1987.

SLACK, Nigel; SCHAMBERS, Stuart; Johnston, Robert. Administração da Produção. **2ª edição.** São Paulo: Atlas, 2007.

RAINER, Jr. R.; TURBAN E.; POTTER, R. Introdução a Sistemas de Informação: Uma abordagem Gerencial. **1ª edição.** Rio de Janeiro: Editora Elsever e Campus, 2007.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. **3ª edição.** Porto Alegre: Editora Bookman, 2005.

VIDAL, Maria Regina Burtet. Direitos Humanos e Políticas Públicas: os desafios da garantia de direitos. **1ª edição.** Passo Fundo: Editora IMED, 2006.

VILLA-FORTE, Denise Nabuco. Nova forma de pensar e fazer planejamento e orçamento. In: **SETA, Marismary Horst de; PEPE, Vera Lúcia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer (org.).** Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer. **1ª edição.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Entrevista com a Assistente Social do CAPS do HCPA.

1. Qual a importância dos medicamentos no tratamento dos pacientes do CAPS do HCPA?
2. Quais os principais medicamentos que são utilizados pelos usuários do CAPS?
3. Quais os medicamentos que podem comprometer o tratamento em sua imediata falta?
4. Como o CAPS procede na evidência da falta de medicamentos no mercado?
5. Comente as percepções do CAPS em relação aos reguladores do Sistema.
6. No que o CAPS poderia contribuir para a melhoria do sistema.
7. Há uma tentativa educadora aos familiares dos usuários, por parte do CAPS, para estimular o controle da sazonalidade dos medicamentos?
8. Há, de fato, o comprometimento da estabilidade do tratamento na falta de medicamentos?
9. Qual o papel dos médicos nesse ciclo?
10. E o dos familiares responsáveis?
11. Nesse ano, as farmácias estão com seus estoques regulados, aparentemente. Que tipo de 'desregulação' do sistema já houve que afetasse o grupo de tratamento?
12. Você é a favor do fornecimento universal, judicial ou das Listas especiais para o fornecimento de medicamentos pelo SUS?

APÊNDICE B – Entrevista com farmacêutico responsável pela farmácia da unidade de saúde Santa Marta do município de Porto Alegre.

1. Faltam, de fato, medicamentos essenciais na rede de farmácias municipal de Porto Alegre?
2. Quando há registros da falta de medicamentos essenciais, qual a instrução para a população?
3. Como se dá o controle de estoques reguladores dos medicamentos essenciais especiais?
4. O modelo de fornecimento gratuito de medicamentos consegue ser justo?
5. Qual a influência das ações judiciais no fornecimento dos medicamentos essenciais?
6. A prefeitura consegue identificar movimentos sazonais de medicamentos essenciais?
7. Quais os meios de divulgação do estoque de produtos?
8. Há meios emergenciais de aquisição do produto, que não se subordine às licitações?
9. Qual o papel dos médicos nesse ciclo, aos olhos da assistência farmacêutica municipal?
10. E o dos usuários da assistência farmacêutica municipal?
11. Você é a favor do fornecimento universal, judicial ou das Listas especiais para o fornecimento de medicamentos pelo SUS?
12. Existe um controle efetivo, sistematizado (ou informatizado) pela assistência farmacêutica municipal por quem demanda os medicamentos?

APÊNDICE C – Entrevista com o gerente de assistência farmacêutica do Estado do Rio Grande do Sul no município de Porto Alegre.

1. Faltam, de fato, medicamentos essenciais na rede de farmácias estadual de Porto Alegre?
2. Quando há registros da falta de medicamentos essenciais, qual a instrução para a população?
3. Como se dá o controle de estoques reguladores dos medicamentos essenciais especiais?
4. O modelo de fornecimento gratuito de medicamentos consegue ser justo?
5. Qual a influência das ações judiciais no fornecimento dos medicamentos essenciais?
6. O Estado consegue identificar movimentos sazonais de medicamentos essenciais?
7. Quais os meios de divulgação do estoque de produtos?
8. Há meios emergenciais de aquisição do produto, que não se subordine às licitações?
9. Qual o papel dos médicos nesse ciclo, aos olhos da assistência farmacêutica municipal?
10. E o dos usuários da assistência farmacêutica estadual?
11. Você é a favor do fornecimento universal, judicial ou das Listas especiais para o fornecimento de medicamentos pelo SUS?
12. Existe um controle efetivo, sistematizado (ou informatizado) pela assistência farmacêutica do estado no município por quem demanda os medicamentos?

APÊNDICE E – Entrevista com os familiares dos usuários do CAPS do HCPA.

1. Nome do usuário:
2. Quais medicamentos são buscados na Rede Pública do SUS:
3. Como você faz para saber a disponibilidade do medicamento?
4. Aonde você encontrou o medicamento pela última vez?
5. Na falta do medicamento na rede pública, qual a sua primeira atitude?
6. Qual a instrução do fornecedor da rede pública para você na falta do medicamento?
7. Quais os medicamentos que mais faltam?
8. Quais os medicamentos mais comprometem o tratamento?
9. Na falta de medicamento em toda a rede (do SUS e particular), como você procede?
10. Já houve comprometimento da terapêutica do paciente por falta de medicamento?
11. Qual a sugestão para a melhoria do sistema?
12. Como você faz para não ser afetada por uma eventual falta de medicamentos?

ANEXOS

ANEXO A – REPORTAGEM JORNAL CORREIO DO POVO, 16/05/2007. POA/RS

Falta de medicamento leva a Agafape a SES.

O medicamento Clozapina está em falta há uma semana na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado. A substância ajuda a manter o equilíbrio do organismo dos portadores de esquizofrenia, evitando a ocorrência de surtos. Ontem à tarde, uma comitiva da Associação Gaúcha de Familiares de Portadores de Esquizofrenia (Agafape) foi ao gabinete do secretário estadual de Saúde. A vice-presidente da entidade, Marlene Gazave, mãe de portador da doença, afirmou que o objetivo era exigir do poder público um direito previsto em lei. 'Não viemos aqui pedir esmola.'

Na ausência do secretário e do secretário-substituto, coube à responsável pela Coordenação de Política de Assistência Farmacêutica (CPAF), Simone do Amaral, receber a comitiva. Ela informou que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) aguarda para a próxima semana a chegada de 250 mil comprimidos de Clozapina 100mg. O medicamento é produzido pelo Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S/A (Lifal).

A falta de Clozapina pôs o Ministério Público em alerta. A promotora de Justiça de Direitos Humanos Marinês Assmann trabalha em inquérito civil que exige o fornecimento contínuo. A promotora declarou que não pode faltar medicamento dessa natureza, sob risco de hospitalização do paciente. 'Isso reflete a falta de recursos para a saúde', apontou.

ANEXO B – INSTRUÇÃO NORMATIVA 04/07

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE INSTRUÇÃO NORMATIVA 4/07

Dispõe sobre a obrigatoriedade no cumprimento das Normas e Rotinas de Dispensação, Solicitação de Material, Recebimento, Armazenamento e Controle de Estoque a serem executadas pelos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, no uso de suas atribuições legais, Considerando a necessidade de normatizar os procedimentos executados pelas Farmácias e Dispensários dos Serviços de saúde municipais. A fim de prover a padronização das atividades e melhorar a qualidade no serviço prestado à população.

DETERMINA:

Art. 1º - Orientações Gerais sobre a Dispensação

a) Todo o medicamento só poderá ser fornecido mediante apresentação de receita de profissional habilitado.

Obs. : As Unidades que até esta data ainda fornecem medicamento sem a apresentação da receita médica ou odontológica deverão realizar contagem de estoque e a partir deste momento devem fornecer medicamento obedecendo às regras desta Instrução.

b) A receita deve ser emitida em duas vias, com letra legível, contendo nome completo do paciente, endereço, nome do medicamento, dosagem, posologia (indicando a frequência de utilização), duração do tratamento e quantidade, modo de usar, nome do profissional prescriptor, endereço do consultório ou da Instituição (impresso ou através de carimbo legível), assinatura, número de registro profissional no Conselho profissional correspondente, carimbo e data (sem rasura). Somente serão atendidas as prescrições na dosagem, concentração e forma farmacêutica especificadas na receita .

c) Os receituários deverão conter, em forma de carimbo, o nome da Unidade, Centro de Saúde ou Equipe de PSF. Para isso, o receituário pode ser carimbado previamente por algum funcionário da Unidade antes de ser preenchido pelo

prescritor, podendo ser também o carimbo do próprio prescritor. Nas receitas oriundas de hospitais deverá constar identificação impressa do mesmo.

d) A nomenclatura utilizada é obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), de acordo com a Lei 9.787 de 10 de fevereiro de 1999.

e) As farmácias e serviços de saúde gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde atenderão somente receitas oriundas dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e hospitais conveniados.

f) Não é permitido o recebimento e dispensação de amostra-grátis de medicamentos, bem como, devoluções/doações de usuários.

g) Os pacientes maiores de 60 anos, os deficientes físicos e gestantes terão cada farmácia uma fila exclusiva, desde que a receita seja para o paciente ou familiar.

Art. 2º Fluxo para a Dispensação

a) Ler atentamente a receita, verificar se o medicamento prescrito já não foi fornecido, orientar o paciente quanto ao uso. Se houver necessidade de fracionamento, efetuar de maneira a conservar a identificação do medicamento. Não aceitar prescrições com rasuras.

b) Cada medicamento da receita (1ª e 2ª vias) deve receber o carimbo de fornecimento com anotação da quantidade fornecida, data e rubrica do funcionário. A 1ª via para evitar duplicidade de entrega e a 2ª para fins de supervisão/auditoria.

c) No caso de receitas com apenas a primeira via solicitar cópia ao usuário.

d) Os medicamentos devem ser dispensados ao próprio usuário ou pessoa devidamente identificada. Ambos devem apresentar documento de identidade. Cada pessoa terá direito a retirar medicamentos para, no máximo, três diferentes usuários, revendo-se esta norma nos casos extraordinários. Os boletins de ocorrência de furto/extravio de documentos têm validade de sete dias.

Após este período não poderão ser aceitos para dispensação de medicamentos. Somente serão aceitos documentos com foto.

e) A idade mínima para retirada de medicamentos básicos é de 16 anos e para medicamentos controlados, 18 anos. Para a retirada de anticoncepcionais, gestantes e mães menores de 16 anos, não será exigida idade mínima.

f) Os medicamentos somente poderão ser fornecidos para um mês.

g) As receitas perderão sua validade em trinta dias, devendo ser renovadas pelo prescritor, com exceção dos antibióticos que terão prazo de dez dias. Para os anticoncepcionais a receita terá validade de acordo com o especificado ou conforme número de cartelas prescrito, com tratamento para até um ano. O cartão da mulher será aceito para o fornecimento de anticoncepcionais somente mediante apresentação da receita médica.

h) As prescrições médicas elaboradas para um período de tratamento superior a 30 dias – doenças crônico-degenerativas e anticoncepcionais orais – deverão apresentar, de maneira explícita e pelo médico, a identificação do referido período de tratamento (até o limite de seis meses) por meio da posologia e quantidade total de unidades farmacêuticas a serem utilizadas e/ou por meio da descrição do tempo. A dispensação deverá ser de forma gradual, para cada trinta dias de tratamento, obedecendo-se a posologia especificada pelo prescritor. Caso não conste descrição do período, ou somente esteja especificado uso contínuo, os medicamentos serão dispensados para o prazo máximo de trinta dias de tratamento.

i) Em relação aos medicamentos controlados, somente poderão ser fornecidos na quantidade de 30 dias de tratamento, tendo também a receita os mesmos trinta dias de validade, a contar da data da emissão, respeitando-se sua área distrital.

j) As receitas de pacientes hospitalizados ou albergados em clínicas particulares, entidades filantrópicas e outras instituições, só terão validade se a instituição for cadastrada através de processo administrativo aberto junto ao protocolo central da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

As possíveis alterações de pacientes, medicamentos e/ou quantitativo dos mesmos deverão comunicadas via processo administrativo.

A lista com os documentos necessários para o cadastramento deverá ser fornecida pelas farmácias e/ou U.S.

k) O acesso às dependências da Farmácia e respectiva sala de estocagem é restrito aos funcionários e estagiários do setor. Demais servidores somente podem ter acesso quando acompanhados por funcionário da Unidade de Assistência Farmacêutica.

A sala de dispensação e de estocagem devem ficar chaveadas. A posse das chaves é de exclusiva responsabilidade do Farmacêutico e Coordenador da Unidade

e/ou funcionário designado e não deve ficar acessível a funcionários estranhos ao serviço.

l) Deverão estar disponíveis no local de atendimento (para encaminhamento – acolhimento) as listas de medicamentos fornecidos por outros serviços: medicamentos excepcionais/especiais, medicamentos para DST/AIDS, medicamentos para tuberculose, antitabagismo.

m) Os cadastros de pacientes só terão validade dentro da própria unidade de referência do paciente.

n) O fornecimento de inalatórios e insulina será feito pela unidade de referência do paciente.

o) As prescrições de antibióticos utilizados no tratamento de doenças agudas serão entregues para um prazo máximo de 14 dias de tratamento, salvo em situações justificadas clinicamente pelo prescritor no verso da receita a ser retida na farmácia e avaliadas pelo Farmacêutico.

p) As prescrições de analgésicos, antipiréticos e antiinflamatórios serão atendidas em, no máximo, um frasco ou 30 comprimidos. Quando houver o termo “se necessário”, “se dor” ou “se febre”, serão dispensados um frasco ou vinte comprimidos.

Para quaisquer quantidades maiores que estas, a prescrição deverá vir acompanhada de justificativa de médico especialista.

Art. 3º - Orientações específicas para dispensação

a) Conferir no mínimo duas vezes o medicamento a ser fornecido: ao retirar o medicamento da prateleira e ao entregá-lo ao usuário. Orientar e solicitar que o usuário também confira o(s) medicamento(s) ao recebê-lo(s) e antes de utilizá-lo(s).

b) Antes de dispensar o medicamento realizar exame físico da embalagem e conteúdo para verificar se existem alterações visíveis.

c) Orientar o paciente quanto ao uso do medicamento, reforçando a importância da obediência dos horários.

d) Fornecer a bula que acompanha os medicamentos.

e) Receitas de medicamentos restritos às Farmácias Distritais, ou que por ventura estejam em falta na Unidade de saúde, devem ser carimbadas, informando o nome e endereço da respectiva Farmácia Distrital de referência.

Art. 4º - Solicitação de Reposição

a) O pedido deve ser realizado no formulário – Solicitação de Material/Medicamento, mensalmente, até o dia 14 de cada mês sem exceção.

b) Obrigatoriamente deve ser contada a quantidade total de medicamentos existente na farmácia e no almoxarifado antes de se efetuar o pedido de reposição, informando a data da contagem.

c) Respeitar sempre o limite máximo a ser pedido, de acordo com o consumo médio mensal, informado a Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF)

d) O pedido deve conter o nome legível e o nº da matrícula da pessoa que o fez, devendo vir assinado também pela chefia da U.S quando não houver Farmacêutico na US, e/ou encaminhado por via eletrônica.

e) Centralizar todos os pedidos com o Farmacêutico Distrital, devendo este enviar a CAF/GMAT até o dia 18 de cada mês.

f) Os pedidos extras devem ser feitos no formulário de Pedido de Material (modelo E22), devendo seguir o mesmo trâmite normal, ou seja, via GD. A CAF só autorizará o fornecimento por parte da GMAT em caso de extrema urgência, desde que seja garantida pela GMAT a distribuição automática dos medicamentos entregues em atraso pelos fornecedores (ou seja, após o envio do pedido mensal à Unidade).

Art. 5º - Recebimento e Armazenamento do Medicamento

a) Verificar se acompanha a entrega dos medicamentos o formulário Solicitação de Material/Medicamento ou Pedido de Material (modelo E22) preenchido pelo U.S. na ocasião do pedido.

b) Conferir a quantidade recebida de volumes, registrada na solicitação, no momento da entrega. O conteúdo interno deve ser conferido, no máximo, em até 72 (setenta e duas) horas após o recebimento.

c) Informar qualquer divergência através de memorando ou e-mail dentro de 72 (setenta e duas) horas úteis após o recebimento, diretamente a GMAT.

d) Inspeccionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa).

e) Inspeccionar o produto quanto à qualidade macroscópica – sinais físicos (odor, presença de precipitados, separação de fases, homogeneidade da coloração e presença de sujidades).

f) Observar o prazo de validade do medicamento.

g) Se for de conveniência da unidade, pode ser estabelecido um horário de armazenamento, totalizando no máximo quatro horas nas farmácias distritais e duas horas nas UBS's e PSF's, onde a farmácia não atenderá o público. Este deve ser informado previamente.

Art. 6º - Orientações Gerais de Armazenamento

a) Os medicamentos deverão ser organizados em ordem alfabética por nome genérico (DCB), lote e validade.

b) O medicamento com prazo de validade mais próximo deve estar à frente do medicamento com vencimento posterior.

c) Indicar com cartazes o lote que deve ser utilizado primeiramente.

d) Conservar os medicamentos ao abrigo da luz direta.

e) Manter distância entre os produtos para facilitar a circulação de ar interna.

f) Observar a empilhamento máximo recomendado pelo fabricante.

g) Não colocar medicamentos em contato direto com o chão, encostado às paredes ou muito próximo do teto.

h) Estocar os medicamentos em local específico e destinado somente para este fim.

i) Os medicamentos sujeitos ao controle da Portaria 344/98 devem ser armazenados em local seguro, chaveado, isolado dos demais e sob controle e responsabilidade legal do Farmacêutico.

j) Controlar a temperatura de armazenamento de medicamentos que devem ser mantidos sob refrigeração utilizando termômetro que registre as temperaturas máximas e mínimas. O refrigerador deve ser utilizado exclusivamente para armazenar medicamentos. A temperatura deve ser registrada diariamente em planilha específica.

Art. 7º - Controle de Estoque

a) Utilizar a ficha de Controle de estoque de Medicamentos modelo S444. Deve ser garantida a rastreabilidade dos medicamentos dispensados.

b) A cada entrada no estoque de medicamentos lançar na ficha e/ou sistema informatizado (anotar as quantidades recebidas, nº lote e fabricante). Registrar também todas as saídas.

c) Inventário (s): contar o estoque, no mínimo, a cada vez que é elaborado o pedido de medicamentos ao almoxarifado e anotar na coluna a data e o saldo.

d) As receitas retidas (primeira e segundas vias) dos medicamentos dispensados por receita, o formulário para dispensação dos sem retorno de receita, Pedido de Material modelo E22, os memorandos de estorno, o cadastro de anticoncepcionais e os formulários informando e/ou devolvendo os medicamentos vencidos ou com irregularidades comprovadas são documentos comprobatórios para saída de estoque e devem ficar arquivados na Unidade, por ordem cronológica e por tipo de documento, por um período de cinco anos. Após este período as receitas deverão ser fragmentadas e recicladas.

e) Deve ser enviado mensalmente às Gerências Distritais um relatório quantitativo de número de receitas e atendimentos nas farmácias das unidades. As mesmas poderão ser avaliadas por auditoria a qualquer momento. Após, a GD deverá repassar os dados para a CAF até o dia 10 do mês subsequente.

f) As Farmácias Distritais deverão fazer um relatório mensal, anexando a este seus dados e parâmetros estabelecidos, enviando após o relatório completo a CAF até o dia 10 de cada mês.

Art. 8º - Medicamentos com vencimento próximo e/ou vencido

I) Devem ser obedecidos os seguintes procedimentos no caso de medicamentos por vencer:

a) Todo o medicamento que por ventura estiver com a data de validade próxima ao vencimento, e se dentro desse período não for utilizado pela U.S., deverá ser devolvido ao Almoxarifado com um prazo mínimo de quatro meses antes do vencimento.

Medicamentos que estiverem com estoque para mais de dois meses, na unidade, também devem ser devolvidos.

b) Acompanha a devolução, o Formulário de Devolução de Medicamentos contendo o nome da Unidade Sanitária, nome genérico e comercial do medicamento, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura da chefia da U.S., bem como do Farmacêutico Distrital. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução.

II) Quanto a medicamentos vencidos, as U.S devem seguir o seguinte trâmite:

a) Não receber devolução de medicamentos vencidos que não constem na REMUME e que também não tenham sido dispensados pela U.S.

b) Constatando-se a existência de medicamentos vencidos separar dos demais imediatamente.

c) Sinalizar com cartazes com os dizeres MEDICAMENTO VENCIDO, segregando em área específica.

d) Preencher o Formulário para Devolução de Medicamento modelo S323

e) Enviar os medicamentos à Farmácia Distrital, ou, na ausência desta, à GD, juntamente com o formulário para posterior descarte. Se não for possível armazenar na FD/GD informar a GMAT e aguardar recolhimento.

f) Dar baixa nas fichas de controle de estoque dos medicamentos com prazo de validade expirados.

g) A GMAT deve mensalmente enviar a CAF o relatório das Farmácias e Dispensários que tiveram medicamento vencido em seu poder, informando o valor do desperdício em moeda corrente.

Porto Alegre, 31 de outubro de 2007.

ELISEU SANTOS, Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C - REMUME – LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PELA REDE FARMACÊUTICA DE PORTO ALEGRE

Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria de Planejamento
Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica
REMUME / 2006

LISTA EM ORDEM ALFABÉTICA

Acetil Salicílico 100mg, comprimido.
Ácido Fólico 5mg, comprimido 3
Amoxicilina 50 mg/ml, suspensão oral
Amoxicilina 500mg, cápsula
Ampicilina 500 mg , comprimido Restrito a Gestante e Farmácia Distrital
Anlodipina 10 mg, comprimido
Beclometasona 50 mcg, spray nasal 1 Restrito Programa Rinite e Farmácia Distrital
Beclometasona 250 mcg, spray oral 1 Restrito Programa Asma
Benzilpenicilina G Benzatina, 1200.000UI, injetável
Benzilpenicilina G Potássica 400.000 UI, injetável
Budesonida 50 mcg, spray oral Restrito Programa Asma
Captopril 25mg, comprimido 1
Carbonato de Cálcio 500 mg, comprimido Restrito Farmácia Distrital
Cloranfenicol 0,4%, colírio
Cloreto de Sódio/Benzalcônio, gotas nasais
Dexametasona 0,1%, creme tópico
Digoxina 0,25mg, comprimido 1
Dipirona 500mg/ml, injetável Uso Ambulatorial
Doxiciclina 100mg , drágea
Epinefrina 1 mg/1mL (Adrenalina), injetável Uso Ambulatorial
Eritromicina 50 mg/ml, suspensão Restrito Farmácia Distrital
Eritromicina 500mg , comprimido Restrito Farmácia Distrital
Estradiol (valerato) 5mg+ noretisterona (enantato) 50mg/ml, injetável 2
Estrógenos Conjugados 0,625 mg, comprimido
Ethinilestradiol 0,03 + Levonorgestrel 0,15mg, comprimido 2
Fenoterol 5 mg/ml, sol. p/ nebulização
Furosemida 20 mg/2mL, injetável Uso Ambulatorial
Furosemida 40 mg, comprimido
Glibenclamida 5mg, comprimido 1
Hidroclorotiazida 25mg, comprimido 1
Hidróxido de Alumínio 300 mg, comprimido
Hioscina, 20 mg/ml, injetável Uso Ambulatorial
Ibuprofeno 50mg/ml , suspensão oral, gotas Restrito Farmácia Distrital
Ibuprofeno 600mg , comprimido
Ipratrópio (Brometo) 0,250mg/ml, sol. p/ nebulização Restrito Farmácia Distrital
Isossorbida (dinitrato) 5mg, comprimido sublingual
Ivermectina 6mg, comprimido Restrito Farmácia Distrital

Insulina NPH 100 UI, injetável (Ministério)
Levotiroxina 100 mcg, comprimido Restrito Farmácia Distrital
Loratadina 10mg, comprimido
Loratadina 5mg/5ml, xarope
Mebendazol 100 mg, comprimido
Mebendazol 100 mg/5ml, suspensão
Medroxiprogesterona (acetato) 150mg/ml, injetável 2
Metformina 850mg, comprimido 1
Metildopa 250mg, comprimido 1 Restrito a Gestante e Farmácia Distrital
Metoclopramida 10 mg, comprimido
Metoclopramida 10 mg/2ml – injetável Uso Ambulatorial
Metoclopramida 4mg/ml, gotas
Metoprolol 100mg (tartarato), comprimido
Metronidazol 100 mg/g, creme vaginal
Metronidazol 400 mg, comprimido
Metronidazol 4%, suspensão
Miconazol 20mg/g, creme vaginal
Neomicina 5mg + Bacitracina 250UI, pomada tópica
Nifedipina 10mg, cápsula Restrito a Gestante e Farmácia Distrital
Nistatina 100.000 UI/ml, suspensão
Noretisterona 0,35mg, comprimido 2
Omeprazol 20 mg, comprimido ou cápsula
Paracetamol 200 mg/ml, gotas
Paracetamol 500 mg, comprimido
Permetrina 1%, loção
Permetrina 5%, loção
Pirimetamina 25mg, comprimido Restrito Farmácia Distrital
Prednisona 20mg, comprimido 1
Prednisona 5mg, comprimido 1
Prometazina 25 mg, comprimido
Prometazina 50 mg/2ml, injetável Uso Ambulatorial
Propranolol 40 mg, comprimido 1
Reidratante Oral, em pó
Salbutamol 2 mg/5ml, xarope 1
Salbutamol 100 mcg, spray oral 1 Restrito Programa Asma
Salbutamol 2 mg, comprimido 1
Sulfadiazina 500mg, comprimido Restrito Farmácia Distrital
Sulfametoxazol 200mg + Trimetoprima 40mg/5ml, suspensão
Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprima 80 mg, comprimido
Sulfato Ferroso equiv. 40mg de Fe elementar , comprimido 3
Sulfato Ferroso 25mg/ml, gotas 3
Sulfato Ferroso 12,5mg/2mL , xarope 3
Varfarina 5 mg, comprimido Restrito Farmácia Distrital
Vitamina A 3000UI + D 800UI/ml, gotas

MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Ácido Valpróico 250 mg, cápsula
Ácido Valpróico 50 mg/ml, xarope
Amitriptilina 25 mg, comprimido
Biperideno 2 mg, comprimido
Biperideno 5mg/1ml, injetável

Carbamazepina 100 mg/5ml, susp. Ou xarope
Carbamazepina 200 mg, comprimido
Carbonato de Lítio 300 mg, comprimido
Clorpromazina 100 mg, comprimido
Clorpromazina 25 mg, comprimido

Clorpromazina 25 mg/5ml injetável
Clorpromazina 40 mg/ml, gotas
Diazepan 10 mg, comprimido
Diazepan 10 mg/2 ml, injetável
Fenitoína 100 mg, comprimido
Fenitoína 100 mg/5ml, suspensão
Fenitoína 250 mg/5ml, injetável
Fenobarbital 100 mg, comprimido
Fenobarbital 200 mg/2ml, injetável
Fenobarbital 4% ou 40 mg/ml, gotas
Haloperidol (decanoato), 50 mg/ml, injetável
Haloperidol 1 mg, comprimido
Haloperidol 2 mg/ml, gotas
Haloperidol 5 mg, comprimido
Haloperidol 5 mg/1ml, injetável
Imipramina (cloridrato) 25 mg, comprimido

1) Medicamentos do Componente AR e HD – financiamento direto do Ministério da Saúde, valor mensal de R\$ 247.863,52.

2) Medicamentos do Componente Saúde da Mulher – fornecimento em medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde.

3) Medicamentos do Componente Alimentação e Nutrição – fornecimento em medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde.

4) Os medicamentos Cefalexina, Estriol creme vaginal, Glicerina supositório, Fluoxetina e Sinvastatina, constantes na nova REMUME e pactuados na CIB em dezembro de 2005, só entrarão em fornecimento a partir do 2º semestre de 2007.

5) Os medicamentos Insulina regular, Alopurinol, Azitromicina, Ciprofloxacina, Clonazepan, Fluconazol e Metotrexato, constantes na Portaria SES/Rs nº 238/06, serão fornecidos através de processo na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado

6) Os demais medicamentos constantes na REMUME anterior foram excluídos pela Comissão de Farmacoterapêutica.

ANEXO D – RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REME) – Grupo B

LISTA DE MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS PELA REDE FARMACÊUTICA do
ESTADO NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.

REME-Relação de Medicamentos Essenciais
Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica

O Secretário de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais, adota a seguinte Consulta Pública e determina sua publicação, considerando:

- a necessidade de selecionar a Relação de Medicamentos Essenciais do Estado (REME-RS), estabelecendo suas indicações e apresentações, para garantir prescrição eficaz e segura;
- a necessidade de que a REME-RS seja respaldada pela melhor evidência científica disponível e seja consonante com o conceito de essencialidade, obedecendo a rigorosos critérios de inclusão, exclusão e restrição;
- a necessidade de promover ampla discussão sobre a seleção feita para a REME-RS provisória, possibilitando a participação efetiva da comunidade técnico-científica, incluindo sociedades médicas, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua formulação definitiva, resolve:

Apresentação

Condizente com a Política Nacional de Medicamentos, a REME-RS baseou-se na RENAME 2002, oficializada pela Portaria 1587, de 3 de setembro de 2002, do Ministério da Saúde, bem como na 13a. Lista Modelo da Organização Mundial da Saúde de abril de 2003.

A implementação de uma lista de medicamentos essenciais deve ser flexível e adaptável a diferentes situações. As escolhas feitas são da responsabilidade do órgão público gerador da lista. É um processo que exige isenção e transparência. Por isso permite que amplamente os atores envolvidos possam manifestar-se e participar da confecção de tal listagem. Objetiva-se, assim, conseguir a adesão de todos aos medicamentos ajuizados como os mais necessários e relevantes em saúde pública, atendendo aos princípios do uso racional de medicamentos e otimizando o gasto dos recursos alocados para a saúde.

Esta relação contempla os diferentes níveis de atenção à saúde, mas não cobre todas as necessidades de terapia medicamentosa, pois está voltada ao atendimento de doenças com impacto em saúde pública.

Convenções

(H) Uso hospitalar, compreendendo emprego de medicamentos em pacientes internados ou em pacientes ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado ou ainda quando a administração implique em risco à saúde.

(R) Uso restrito, conforme os critérios abaixo referidos.

Lista de abreviaturas

amp. = ampola

cáps. = cápsula
 comp. = comprimido
 comp. revest. = comprimido revestido
 envel. = envelope
 fr. = frasco
 inj. = injetável
 líq. = líquido
 odont. = odontológico
 oft. = oftálmica
 sol. = solução
 susp. = suspensão
 supôs. = supositório
 SIFAB = Sistema de acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
 MS = Ministério da Saúde
 SES = Secretaria Estadual da Saúde

MEDICAMENTOS POR GRUPO FARMACOLÓGICO

SEÇÃO B. MEDICAMENTOS USADOS EM DOENÇAS DE ÓRGÃOS E SISTEMAS ORGÂNICOS

10 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

10.1 ANTICONVULSIVANTES

ÁCIDO VALPRÓICO AB cáps. gelatinosa 250 mg
 AB comp. revest. 500 mg
 AB xarope 50 mg/ml
 CARBAMAZEPINA AB comp. 200 mg
 comp. 400 mg
 AB xarope 20 mg/ml
 DIAZEPAM sol. inj. 5 mg/ml (H) (R)
 FENITOÍNA AB comp. 100 mg
 sol. inj. 50 mg/ml (H)
 AB susp. oral 25 mg/ml
 FENOBARBITAL AB comp. 100 mg
 AB sol. oral gotas 40 mg/ml
 sol. inj. 100 mg/ml (H)
 SULFATO DE MAGNÉSIO sol. inj. 500 mg/ml (H)

10.2 ANTIPARKINSONIANOS

AMANTADINA comp. 100 mg
 BIPERIDENO AB comp. 2 mg
 BROMOCRIPTINA MS/SES comp. 2,5 mg
 LEVODOPA + CARBIDOPA MS/SES comp. 250 mg + 25 mg
 LEVODOPA+ BENZERAZIDA MS/SES comp. 100 mg + 25 mg
 SELEGILINA MS/SES comp. 5 mg

10.3 HIPNO-SEDATIVOS E ANSIOLÍTICOS

BUSPIRONA⁴¹ comp. 5 mg
DIAZEPAM⁴² AB comp. sulcado 5 mg (R)
sol. inj. 5 mg/ml (H) (R)
PROMETAZINA AB comp. 25 mg
sol. inj. 25 mg/ml (H)

10.4 ANTIPSICÓTICOS

CLOPROMAZINA AB comp. 100 mg
AB comp. 25 mg
sol. inj. 5 mg/ml (H)
AB sol. oral 40 mg/ml
HALOPERIDOL comp. 1 mg
AB comp. 5 mg
sol. inj. 5 mg/ml (H)
AB sol. oral 2 mg/ml
HALOPERIDOL, decanoato SES sol.inj. 50 mg/ml
RISPERIDONA⁴³ MS/SES comp. 1 mg (R)
RISPERIDONA SES comp. 2 mg (R)

10.5 ANTIDEPRESSIVOS E ANTIMANÍACO

AMITRIPTILINA AB comp. 25 mg
CARBONATO DE LÍTIO⁴⁴ AB comp. 300 mg (R)
CLOMIPRAMINA cáps. 10 mg
cáps. 25 mg
FLUOXETINA SES cáps. 20 mg
NORTRIPTILINA cáps. 50 mg
41 Medicamento restrito por necessitar de receita de controle especial (receituário branco, em duas vias).
42 Medicamento restrito por necessitar de notificação de receita tipo B (receituário azul)
43 Medicamento restrito a pacientes refratários aos antipsicóticos de primeira linha. Necessita de receita de controle especial em 2 vias.
44 Medicamento restrito por necessitar de receita de controle especial (receituário branco, em 2 vias).

11 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA CARDIOVASCULAR

11.1 GLICOSÍDEO CARDÍACO

DIGOXINA AB comp. 0,25 mg
sol. oral 0,05 mg/ml
SES elixir 0,05 mg/ml
sol. inj. 0,25 mg/ml (H)

11.2 ANTIARRÍTMICOS

AMIODARONA AB comp. 200 mg
sol. inj. 50 mg/ml (H)
PROPRANOLOL (40mg) AB comp. 40 e 80 mg
SULFATO DE ATROPINA sol. inj. 0,25 mg/ml (H)
VERAPAMIL AB comp. 80 mg

sol.inj. 2,5 mg/ml (H)

11.3 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NA CARDIOPATIA ISQUÊMICA

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO AB comp. 100 mg

CAPTOPRIL AB comp. sulcado 25 mg

DINITRATO DE ISOSSORBIDA AB comp. sublingual 5 mg

ESTREPTOQUINASE sol. inj. 1.500.000 UI (H)

HEPARINAS DE BAIXO PESO MOLECULAR
SES

soluções injetáveis nas concentrações comercializadas no país (H)

HEPARINA sol. inj. 5.000 UI/ml (H)

sol. inj. 5.000 UI/2,5 ml (H)

PROPRANOLOL (40 mg) AB comp. 40 e 80 mg

PRAVASTATINA MS/SES comp. 20 mg

VERAPAMIL AB comp. 80 mg

11.4 ANTI-HIPERTENSIVOS

11.4.1 DIURÉTICOS

ESPIRONOLACTONA AB comp. 25 mg

HIDROCLOROTIAZIDA AB comp. 25 mg

11.4.2 BLOQUEADORES BETA-ADRENÉRGICOS

PROPRANOLOL AB comp. 40 mg

comp. 80 mg

METOPROLOL (50mg) AB comp. 25 mg

comp. 100 mg

11.4.3 BLOQUEADOR DE CANAIS DE CÁLCIO

VERAPAMIL AB comp. 80 mg

11.4.4 VASODILATADORES DIRETOS

HIDRALAZINA comp. 25 mg

sol. inj. 20 mg/ml (H)

NITROPRUSSIATO DE SÓDIO pó p/ infusão 50 mg/amp. (H)

11.4.5 ANTAGONISTA DO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

CAPTOPRIL AB comp. 25 mg sulcado

11.5 DIURÉTICOS

ESPIRONOLACTONA AB comp. 25 mg

FUROSEMIDA AB comp. 40 mg

sol. oral 1mg/ml

sol. inj. 10 mg/ml (H)

HIDROCLOROTIAZIDA AB comp. 25 mg

MANITOL sol. inj. 200 mg/ml (H)

11.6 MEDICAMENTOS USADOS NO CHOQUE CARDIOVASCULAR

DOBUTAMINA sol. inj. 12,5 mg/ml (H)

DOPAMINA sol. inj. 5 mg/ml (H)

NOREPINEFRINA sol. inj. 2 mg/ml (H)

12 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA HEMATOPOÉTICO

12.1 ANTIANÊMICOS

ÁCIDO FÓLICO AB comp. 5 mg
sol. inj. 50 mg
EPOETINA ALFA45 MS/SES sol. inj. 2.000 UI/ml (H) (R)
MS/SES sol. inj. 4.000 UI/ml (H) (R)
HIDRÓXIDO DE FERRO⁴⁶ sol.inj. 50 mg/ml Fe (H)
FOLINATO CÁLCICO comp. 15 mg
HIDROXOCOBALAMINA sol. inj. 1 mg/ml
SULFATO FERROSO AB comp. revest. 40 mg Fe (II)
AB sol. oral 25 mg/ml Fe (II)

12.2 ANTICOAGULANTES E ANTAGONISTAS

FITOMENADIONA sol. inj. 10 mg/ml (H)
HEPARINAS DE BAIXO PESO MOLECULAR
SES
soluções injetáveis nas concentrações comercializadas no país (H)
HEPARINA sol. inj. 5.000 UI/ml (H)
sol. inj. subcutânea 5.000 UI/0,25 ml (H)
PROTAMINA sol. inj. 10 mg/ml (H)
VARFARINA comp. 1mg
SES comp. sulcado 5 mg

12.3 ANTIPLAQUETÁRIO

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO AB comp. 100 mg

12.4 FATORES DE COAGULAÇÃO E CORRELATOS

CONCENTRADO DO FATOR IX DE ALTA PUREZA⁴⁷ sol. inj. 1.000 UI (H) (R)
sol. inj. 250 UI (H) (R)
sol. inj. 500 UI (H) (R)
CONCENTRADO DO FATOR VIII DE ALTA PUREZA⁴⁸ sol. inj. 1.000 UI (H) (R)
sol. inj. 250 UI (H) (R)
sol. inj. 500 UI (H) (R)
CONCENTRADO DO FATOR VII ATIVADO⁴⁹ sol. inj. 240 e 120 UI (H) (R)

12.5 TROMBOLÍTICO

ESTREPTOQUINASE⁵⁰ sol. inj. 1.500.000 UI (H) (R)
sol. inj. 750.000 UI (H) (R)
sol. inj. 250.000 UI (H) (R)

13 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA DIGESTIVO

13.1 ANTIÁCIDOS

SAIS DE ALUMÍNIO E MAGNÉSIO AB nas apresentações e concentrações disponíveis no mercado

13.2 ANTI-SECRETORES

RANITIDINA AB comp. 150 mg
sol. inj. 25 mg/ml (H)
OMEPRAZOL SES comp. 20 mg (R)⁵¹
⁴⁵ Medicamento restrito para tratamento da anemia em pacientes portadores de insuficiência renal crônica.

46 Medicamento restrito a pacientes com deficiência de ferro em hemodiálise e uso de epoetina alfa.

47 Medicamento restrito para tratamento de pacientes com hemofilia B.

48 Medicamento restrito para tratamento de pacientes com hemofilia A.

49 Medicamento restrito para tratamento da deficiência de fator VII.

50 Medicamento restrito para tratamento de infarto agudo do miocárdio ou de embolia pulmonar com repercussão hemodinâmica.

sol.inj. 4 mg/ml (H) (R)52

13.3 ANTIMICROBIANOS

AMOXICILINA cáps. 500 mg

CLARITROMICINA⁵³ SES cáps. 500 mg (R)

METRONIDAZOL AB comp. 250 mg

13.4 ANTIEMÉTICOS E AGENTE PRÓ-CINÉTICO

DEXAMETASONA sol. inj. 4 mg/ ml (H)

DROPERIDOL⁵⁴ sol. inj. 2,5 mg/ml (H) (R)

METOCLOPRAMIDA AB comp. 10 mg

sol. inj. 5 mg/ml

AB sol. oral 4 mg/ml

ONDANSETRONA⁵⁵ comp. 4 mg (R)

sol. inj. 2 mg/ml (H) (R)

HIDROXIZINA comp. 50 mg

sol. oral 2 mg/ml

PROMETAZINA sol. inj. 25 mg/ml

13.5 ANTIDIARRÉICO SINTOMÁTICO, ANTIESPASMÓDICO E CORRELATOS

ESCOPOLAMINA (HIOSCINA) AB comp. 10 mg

sol. inj. 20 mg/ml

LOPERAMIDA⁵⁶ SES comp. 2 mg (R)

SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL AB pó p/ sol. oral envel. p/ 1 litro

13.6 LAXATIVOS

GLICERINA enema sol. 120 mg/ml fr. 250ml

supositório p/ lactentes 72 mg

LACTULOSE⁵⁷ SES sol. oral 667 mg/ml (H)(R)

SULFATO DE MAGNÉSIO pó p/ sol. oral 30 g

14 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA RESPIRATÓRIO

14.1 ANTIASMÁTICOS

BECLOMETASONA MS/SES aerossol 50 mcg/dose

MS/SES aerossol 250 mcg/dose

BROMETO DE IPRATRÓPIO AB sol. p/ inalação 0,25 mg/ml

EPINEFRINA sol. inj. 1 mg/ml (H)

HIDROCORTISONA pó p/ sol. inj. 100 mg (H)

pó p/ sol. inj. 500 mg (H)

PREDNISOLONA AB sol. oral 3 mg/ml

PREDNISONA AB comp. 20 mg

AB comp. 5 mg

SALBUTAMOL AB aerossol 100 mcg/dose
sol. inal. nebul. 5 mg/ml
AB xarope (R)58

14.2 ANTITUSSÍGENO E FLUIDIFICANTE

CLORETO DE SÓDIO 0,9% sol. nasal 9 mg/ml

CODEÍNA59 MS/SES sol. oral 3 mg/ml (R)

51 Medicamento restrito para tratamento da doença do refluxo gastresofágico, tratamento da úlcera péptica ou profilaxia de sangramento em pacientes de alto risco.

52 Medicamento restrito para tratamento do sangramento digestivo ativo por úlcera.

53 Medicamento restrito para o tratamento do *Helicobacter pylori*.

54 Medicamento restrito por necessitar de notificação de receita especial em duas vias.

55 Medicamento restrito para profilaxia e tratamento de êmese em pacientes utilizando quimioterapia do câncer com moderado a elevado potencial emético.

56 Medicamento restrito para tratamento de pacientes adultos.

57 Medicamento restrito para o tratamento da encefalopatia hepática.

58 Forma farmacêutica restrita para o tratamento de crianças menores de 6 anos de idade.

59 Medicamento restrito por necessitar de receita de controle especial (receituário branco, em duas vias).

14.3 AGENTE TENSOATIVO PULMONAR

BERACTANTO60 sol. inj. 25 a 80 mg/ml (H) (R)

15 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE OS SISTEMAS ENDÓCRINO E REPRODUTOR E PRODUTOS FARMACÊUTICOS CORRELATOS

15.1 HORMÔNIOS HIPOFISÁRIOS E CORRELATOS

ANÁLOGOS INJETÁVEIS DO HORMÔNIO LIBERADOR DE GONADOTROFINA (GNRH)61

preparações de depósito para uso trimestral (R)

OCITOCINA sol. inj. 5 UI/ml (H)

15.2 HORMÔNIO TIROIDIANO, MEDICAMENTOS ANTITIROIDIANOS E ADJUVANTE

iodo + IODETO DE POTÁSSIO sol. aquosa oral 50 mg + 100 mg/ml

LEVOTIROXINA SÓDICA MS/SES comp. 25 mcg

MS/SES comp. 50 mcg

MS/SES comp. 100 mcg

PROPILTIOURACILA comp. 50 mg

SES comp. 100 mg

PROPRANOLOL AB comp. 40 mg

comp. 80 mg

15.3 INSULINAS E OUTROS AGENTES ANTIDIABÉTICOS

GLIBENCLAMIDA AB comp. 5 mg

INSULINA ISÓFANA MS sol. inj. 100 UI/ml

INSULINA (regular) SES sol. inj. 100 UI/ml
 METFORMINA AB comp. 500 mg

15.4 HORMÔNIOS SEXUAIS, ANTAGONISTAS E CORRELATOS

15.4.1 ESTRÓGENOS

ESTRÓGENOS CONJUGADOS AB Comp. 0,625 mg

ESTRIOL creme vaginal 1 mg/g

15.4.2 PROGESTÓGENO

MEDROXIPROGESTERONA AB comp. sulcado 5 mg

15.4.3 ANDRÓGENO

TESTOSTERONA62 sol. inj. 100 mg/ml (R)

15.4.4 CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS

CIPROTERONA + ETINILESTRADIOL AB comp. 2 mg + 0,035 mg

LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL

AB

drág. 0,15 mg + 0,03 mg

LEVONORGESTREL comp. 0,75 mg (2 comp.) (R) 63

MEDROXIPROGESTERONA sol. inj. 150 mg/ml

NORETINDRONA comp. 0,35 mg

15.5 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NA CONTRATILIDADE UTERINA

MISOPROSTOL64 comp. vaginal 25 mcg (H)(R)

NIFEDIPINO65 AB comp. 10 mg (H) (R)

OCITOCINA sol. inj. 5 UI/ml (H)

15.6 MEDICAMENTOS PARA BLOQUEIO DA LACTAÇÃO

CABERGOLINA66 MS/RS comp. 0,5 mg (2 comp.) (H) (R)

60 Medicamento restrito a unidades de tratamento intensivo em neonatologia.

61 Medicamento restrito ao tratamento da neoplasia de próstata, endometriose, leiomioma de útero, síndrome de ovários policísticos.

62 Medicamento restrito ao tratamento de hipogonadismo masculino.

63 Medicamento restrito para anticoncepção de urgência.

64 Medicamento restrito para indução do trabalho de parto e abortamento em situação de morte fetal intra-útero.

65 Medicamento restrito como tocolítico.

66 Medicamento restrito para bloqueio da lactação em portadoras de HIV.

16 MEDICAMENTOS TÓPICOS USADOS EM PELE, MUCOSAS E FÂNEROS

16.1 ANESTÉSICO LOCAL

LIDOCAÍNA geléia 2%

aerossol 10%

16.2 ANTIINFECCIOSOS

METRONIDAZOL AB creme vaginal 5%

MICONAZOL AB creme vaginal 2%

AB creme 2%

AB gel oral 2%

AB loção 2%

AB pó 2%

NEOMICINA + BACITRACINA AB pomada 5 mg + 250 UI/g

PERMANGANATO DE POTÁSSIO AB comp. p/ sol. tópica 100 mg

SULFADIAZINA DE PRATA AB pasta 1%

TIABENDAZOL AB pomada 5%

16.3 ANTIPRURIGINOSO E ANTIINFLAMATÓRIO

DEXAMETASONA AB creme 0,1%

16.4 AGENTES CERATOLÍTICOS E CERATOPLÁSTICOS

ÁCIDO SALICÍLICO sol. 5%

ÁCIDO TRICLOROACÉTICO sol. tópica 80%

ÓLEO MINERAL óleo puro

PASTA D'ÁGUA COM ENXOFRE pasta 10%

16.5 ESCABICIDA E PEDICULICIDA

PERMETRINA AB creme 5 %

AB loção 10 mg/ml

17 MEDICAMENTOS TÓPICOS USADOS NO SISTEMA OCULAR

17.1 ANESTÉSICO LOCAL

PROXIMETACAÍNA sol. oft. 5 mg/ml

17.2 ANTIINFECCIOSOS

GENTAMICINA AB sol. oft. 0,3%

pomada oftálmica 1%

NITRATO DE PRATA sol. oft. 10 mg/ml

17.3 ANTIINFLAMATÓRIOS E ANTIALÉRGICOS

DEXAMETASONA AB sol. oft. 1 mg/ml

CROMOGLICATO DISSÓDICO sol. oft. 2%

17.4 MIDRIÁTICOS E CICLOPLÉGICOS

TROPICAMIDA sol. oft. 10 mg/ml

FENILEFRINA sol oft. 10%

17.5 ANTIGLAUCOMOTOSO

HIPROMELOSE sol. oft. 0,5%