

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

DIEISSON MORGAN

**UMA ANÁLISE DA GESTÃO DO SISTEMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS –
MEDICAMENTOS – NO MUNICÍPIO DE
BOA VISTA DO INCRA – RS**

Porto Alegre
2015

DIEISSON MORGAN

**UMA ANÁLISE DA GESTÃO DO SISTEMA DE RESÍDUOS SÓLIDOS –
MEDICAMENTOS – NO MUNICÍPIO DE
BOA VISTA DO INCRA – RS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde – Modalidade à Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) –, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Clezio Saldanha dos Santos
Tutor Orientador: Luís Fernando Kranz

Porto Alegre
2015

AGRADECIMENTOS

À minha amada mãe Ignez Morgan, por me ensinar o valor e a importância da educação, por ser o grande exemplo de vida para mim e por acreditar e me apoiar em todos os momentos desta caminhada.

À minha namorada Kananda, por todo amor e carinho, por me apoiar e entender os momentos de ausência.

Às minhas irmãs Bruna e Luisa, a toda minha família e amigos pelo apoio incondicional.

Aos secretários de Saúde do Município e demais funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, em especial aos funcionários Carlos Avancini e Gislaine Lima pela incansável ajuda na implantação do PGRSS na farmácia.

Ao setor de Contabilidade da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Incra, pela ajuda com os relatórios financeiros.

Ao meu orientador Prof. Dr. Clezio Saldanha dos Santos, meu tutor orientador Luís Fernando Kranz e a coordenadora de tutoria Rita Nagem, pelo incansável apoio e orientação durante este trabalho.

À amiga e colega de curso Luciele Oliveira, por ter me indicado o curso e ter sido sempre companheira nos estudos.

Por fim, agradeço a Deus, a base de tudo, por me iluminar nos momentos mais difíceis desta caminhada.

"Gente simples, fazendo coisas pequenas,
em lugares pouco importantes, conseguem
mudanças extraordinárias."

Provérbio Africano

RESUMO

Os resíduos de medicamentos revestem-se de elevada importância econômica e social, visto que, podem provocar efeitos negativos para o ambiente e saúde pública quando indevidamente depositados. A Gestão de Resíduos Sólidos – medicamentos é um fator determinante para que ocorra a destinação final correta destes dejetos químicos. Com a intenção de evitar a contaminação do meio ambiente local e a preservação da saúde. Assim, este estudo visa comparar o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos, além de verificar a quantidade de medicamentos descartados entre os anos de 2010 a 2014. A pesquisa foi realizada na Farmácia Pública da Unidade Básica de Saúde, Felice Trenhago, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Boa Vista do Incra. A coleta de dados utilizada para a abordagem do estudo foi à análise dos dados do sistema informatizado da própria farmácia quanto à saída de medicamentos vencidos, dados contábeis do setor de contabilidade da prefeitura municipal e os relatórios de recolhimento dos medicamentos vencidos da empresa responsável pelo destino final destes itens. Os resultados da implantação do plano de gestão foram excelentes, pois tanto o número de medicamentos sendo descartados por expiração do prazo de validade, quanto o valor gasto para a destinação final destes produtos apresentaram uma queda significativa durante o estudo. Sendo assim, a implementação de uma logística adequada proporcionou impactos positivos em termos de acesso e qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na melhoria de eficiência e de controle de gastos no serviço público.

Palavras chave: gestão, resíduos sólidos, medicamentos.

ABSTRACT

Drug residues are of high economic and social importance, since it can cause negative effects on the environment and public health when improperly disposed. The Solid Waste Management - drugs is a determining factor for the occurrence of correct disposal of these chemical waste. In order to avoid contamination of the local environment and the preservation of health. This study aims to compare the finance expense for the municipality with the disposal of expired drugs before and after the implementation of waste control system, and check the amount of drugs dropped between the years 2010-2014. The survey was conducted in the Public Pharmacy, Basic Health Unit, Felice Trenhago, the Municipal Health Secretariat of the city of Boa Vista do Incra. The data collection used for the study approach was the analysis of the computerized system to data from the pharmacy as the output of expired products, accounting data from the accounting of the municipal government sector and gathering reports of expired drugs of the company responsible for the fate end of these items. The results of the management plan's implementation were excellent, as both the number of drugs being discarded by the expiration of validity, as the amount spent for the disposal of these products showed a significant decrease during the study. Thus, the implementation of an adequate logistics provides positive impacts in terms of access and quality of services provided, reflecting on improving efficiency and cost control in public service.

Keywords: management, solid waste, drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organograma da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Inca – RS.....	16
Figura 2 - Porcentagem das formas farmacêuticas com prazo de validade expirado descartadas no período do estudo (exceto comprimidos).....	24
Figura 3 - Ciclo de Desconfiança.....	24
Figura 4 - Gasto em reais (R\$) por semestre com os medicamentos vencidos.....	25
Figura 5 - Gasto total do Município com medicamentos vencidos (valor do medicamento + valor da coleta e destinação final) nos anos estudados.....	26

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Gasto em reais (R\$) por ano com a Destinação Final dos Medicamentos.....	22
Tabela 2: Unidades de medicamentos descartadas (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEME	Central de Medicamentos
CGU	Controladoria Geral da União
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
ETEs	Estações de Tratamento de Esgoto
GAF	Gestão da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRA	Instituto Brasileiro de Reforma Agrária
MS	Ministério da Saúde
MMA	Ministério do Meio Ambiente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde
PMGRS	Plano Municipal de Gerenciamento de Resíduos Sólidos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNRS	Política Nacional de Resíduos Sólidos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essencias
RS	Rio Grande do Sul
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4 REFERENCIAL TEÓRICO	11
4.1 RESÍDUOS SÓLIDOS	11
4.1.1 Resíduos de Serviços de Saúde.....	11
4.1.2 Consequências do Descarte Inadequado de Medicamentos.....	12
4.2 GESTÃO FINANCEIRA EM FARMÁCIA	13
4.2.1 Compras de Medicamentos	14
4.3 MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO INCRA – RS.....	15
4.3.1 Farmácia Pública Municipal.....	17
4.3.2 Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde do Município de Boa Vista do Incra - RS	18
5 MÉTODOS.....	19
6 RESULTADOS.....	21
7 DISCUSSÃO	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

Na última década, tem-se discutido muito sobre poluição e suas consequências ao meio ambiente devido às alterações ambientais que o mundo tem sofrido como, por exemplo, o aquecimento global. Uma dessas preocupações recentes tem sido a contaminação do meio ambiente por medicamentos. No mundo todo, tem-se identificado a presença de fármacos, tanto nas águas, como no solo. Essa contaminação resulta do descarte indevido e da excreção de metabólitos que não são eliminados no processo de tratamento de esgotos (ZUCCATO et al., 2007).

O Brasil é um grande consumidor de medicamentos, no entanto, estima-se que cerca de 20% dos medicamentos vendidos seja posteriormente lançado na rede de esgotamento sanitário ou no lixo doméstico (SERAFIM et al., 2007). A gravidade é vista em casos como o dos antibióticos que, dispostos inadvertidamente na natureza, são responsáveis pelo desenvolvimento de bactérias resistentes à terapêutica atual. Também merecem destaque os estrogênios pelo seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos e a feminilização de peixes machos presentes em rios contaminados com descarte de efluentes de estação de tratamento de esgoto (BILA, 2005).

A administração inadequada de estoques de medicamentos também pode resultar em perda por vencimento. Com alguma frequência, a mídia divulga casos de grandes volumes de medicamentos vencidos na saúde pública, gerando indignação na população pelo desperdício de recursos financeiros. A atividade de administração de estoque e gerenciamento de medicamentos está inserida no conceito de assistência farmacêutica, sendo responsabilidade do farmacêutico a garantia de que seja corretamente executada (EICKHOFF, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), Lei nº 12.305/2010, evidencia diretrizes relativas à gestão integrada e ao gerenciamento de resíduos sólidos no Brasil. Desta forma, a mesma estabelece critérios de gerenciamento destes resíduos e as responsabilidades dos geradores e do poder público, além dos instrumentos econômicos aplicáveis. O Município de Boa Vista do Inca, pertencente ao Estado do Rio Grande do Sul (RS), não possuía um Plano Municipal de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PMGRS) – Medicamentos e de aquisição de medicamentos. A falta de controle na aquisição dos medicamentos ocasionou a sobra dos mesmos e o seu vencimento, acarretando desperdício de dinheiro público e possível dano ambiental se estes resíduos não forem descartados de forma correta.

Sendo assim, pretende-se comparar por meio do estudo dos relatórios de estoque e contábil do sistema informatizado existente na unidade de saúde do município citado, o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a implantação do sistema de Resíduos Sólidos – Medicamentos – no município de Boa Vista do Incra – RS;
- b) Sistematizar a quantidade de medicamentos descartados pelo município no período entre os anos de 2010 a 2014; e
- c) Identificar o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2010 a 2014.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 RESÍDUOS SÓLIDOS

A história dos resíduos sólidos está relacionada com a da civilização humana. Acredita-se que os primeiros acúmulos de materiais residuais originados de atividades humanas surgiram quando o Homem deixou de ser nômade e passou a se fixar em determinados locais. Conta-se que o primeiro despejo municipal de resíduos sólidos teria sido criado em Atenas, (Grécia antiga) 400 anos a.C. (SANTAELLA, et al., 2014).

No século XXI, a disposição final imprópria dos diversos tipos de resíduos urbanos é um dos principais fatores responsáveis pelos impactos negativos que envolvem questões ambientais, econômicas, sociais, e de saúde pública em muitos países em desenvolvimento. Sob o aspecto econômico, constata-se grandes perdas decorrentes do desperdício de material. Do ponto de vista sanitário e ambiental, a adoção de medidas inadequadas para gestão e gerenciamento dos resíduos sólidos gera, gradativamente, efeitos negativos que se agravam levando a riscos de contaminação do solo, do ar, e da água (SANTAELLA, et al., 2014).

4.1.1 Resíduos de Serviços de Saúde

Entende-se, por Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), aqueles procedentes de qualquer unidade que execute procedimentos de natureza médico – assistencial humana ou animal, centros de pesquisa, experimentos na área farmacológica e saúde, medicamentos e imunoterápicos vencidos ou deteriorados e os provenientes de barreiras sanitárias (ANVISA, 2011).

O tema “Resíduos sólidos de origem farmacêutica” é de interesse para a saúde pública e vem sendo tratado tanto pelo Ministério da Saúde (MS) quanto pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA). Os órgãos de Vigilância Sanitária e Ambiental são responsáveis pelos instrumentos legais, pelo fomento de pesquisas e pela fiscalização, para garantir que as atividades geradoras de resíduos dessa natureza lhes deem a destinação adequada. Cada órgão atua numa esfera de competência, porém ambos convergem para o mesmo objetivo, que é a preservação da saúde pública e ambiental através de medidas de controle dos medicamentos oferecidos à população, de sua destinação e do tratamento dos resíduos gerados por eles

(FALQUETO, 2006).

O termo RSS compreende os resíduos gerados na fonte, principalmente com segregação adequada por tipo (grupo A, B, C, D e E), além do manejo apropriado nos serviços de saúde. Entretanto, deve-se ressaltar que as condições de trabalho e as medidas preventivas de saúde e segurança no ambiente são relevantes para que o gerenciamento seja eficaz. No caso dos RSS, a responsabilidade é do estabelecimento gerador. No entanto, estes materiais apresentam maior risco de contaminação que resíduos de outra natureza, principalmente quando são manuseados e descartados de forma inadequada no ambiente (CUSSIOL, et al., 2003).

Segundo a RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 306/2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Resolução nº 358/2005 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), os medicamentos são classificados como pertencentes ao Grupo B – Químicos: “resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade”. Exemplos: produtos hormonais e antimicrobianos, citostáticos, imunossupressores descartados por serviços de saúde; resíduos de saneantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório; efluentes de equipamentos de análises clínicas; entre outros.

Algumas ações podem ser tomadas com vistas a diminuir este problema, a minimização de resíduos é uma estratégia muito importante nos países em desenvolvimento, principalmente no caso de resíduos perigosos. Esta se traduz em qualquer tipo de redução, reciclagem ou tratamento que leve à diminuição tanto do volume quanto da toxicidade do resíduo (FANHANI, et al., 2006).

4.1.2 Consequências do Descarte Inadequado de Medicamentos

As Estações de Tratamento de Esgoto (ETEs) não estão preparadas para retirar os medicamentos dos efluentes sanitários. Além disso, a presença de fármacos no meio ambiente está mais relacionada com o uso de medicamentos pela população que com o sistema de tratamento de esgoto empregado no país, uma vez que boa parte dos fármacos não é metabolizada, possibilitando o lançamento de substâncias danosas ao meio ambiente (IPEA, 2012).

Ao relatar sobre as relações entre o descarte de medicamento e os impactos causados pela presença dos fármacos e seus metabólitos no meio ambiente, Sinoti et al., (2009)

afirmam que não há regulamento técnico pela Anvisa sobre o descarte de medicamentos feito pela população, assim como não há qualquer exigência ou obrigatoriedade para o registro de medicamentos com a apresentação de um estudo que avalie o impacto ambiental. Assim, “os serviços de saúde não são obrigados a receberem da população, seus medicamentos vencidos, podendo fazer, caso seja a política determinada pelo estabelecimento” (SINOTI, et al., 2009).

As consequências desses fármacos para o meio ambiente ainda não são muito conhecidas, entretanto, a grande preocupação em relação à presença na água, são os potenciais efeitos adversos para a saúde humana, animal e de organismos aquáticos. Alguns grupos de fármacos merecem uma atenção especial, dentre eles estão os antibióticos (devido ao desenvolvimento de bactérias resistentes), antineoplásicos, imunossupressores e os estrogênios (PONEZI, et al., 2008).

Sendo o descarte indevido de medicamentos uma importante causa da contaminação do meio ambiente, torna-se necessária uma gestão de resíduos de medicamentos que vise diminuir o descarte inadequado, sendo importante, ações como a promoção do uso racional e o fracionamento de medicamentos. Ambas com função de coibir o alto e desnecessário consumo destes produtos. Além disso, são necessárias medidas para recolhimento e tratamento dos medicamentos vencidos ou danificados em posse dos usuários para que não sejam lançados no lixo ou esgoto sanitário (FALQUETO, 2013).

4.2 GESTÃO FINANCEIRA EM FARMÁCIA

A Administração Farmacêutica utiliza-se das técnicas da Administração de Empresas, para especificamente tornar a gestão da Farmácia de melhor qualidade. A Administração Farmacêutica define regras e métodos de procedimentos para cada setor da Farmácia, seja na gestão financeira, de estoques e de pessoas. A Farmácia torna-se mais viável financeiramente e de melhor qualidade na prestação de serviço para a comunidade, na medida em que utiliza de técnicas adequadas de Administração (PADOVEZE, 2005).

O gerenciamento de Medicamentos tem sido motivo de preocupação para gestores, gerentes e profissionais que atuam na área, não apenas em função da totalidade dos recursos financeiros envolvidos, como também pela magnitude das ações e serviços que demanda. A adoção de várias medidas, bem como a execução de várias ações, nem sempre têm conduzido a resultados efetivos em virtude da possível falta de adequação dos meios e de ferramentas adequadas, das dificuldades administrativas e financeiras e da pouca capacidade gerencial e operacional (LUCENA, 2013).

É também importante citar que um bom gerenciamento do ciclo logístico de Medicamentos deve ter como resultado a disponibilidade de medicamentos de qualidade, adquiridos em tempo oportuno, a custos acessíveis, armazenados e distribuídos de forma a preservar suas características. O principal objetivo de um gestor público de saúde é oferecer aos cidadãos um atendimento rápido de qualidade e eficiente nos hospitais clínicas do estado. Porém, os desafios envolvidos nessa questão são inúmeros, como a dificuldade de gerir aquisição, distribuição e armazenamento dos medicamentos utilizados no município. Os medicamentos são produtos diferenciados de suma importância para a melhoria e manutenção da qualidade de vida da população. A preservação da sua qualidade deve ser garantida desde sua fabricação, estocagem até a chegada ao paciente. Desta forma as condições de pedidos, estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental para o gestor ou administrador (LUCENA, 2013).

4.2.1 Compras de Medicamentos

Objetivo básico do administrador no gerenciamento da aquisição e distribuição de medicamentos consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Para isso o administrador deve ter um conhecimento aprofundado da demanda gerada pelo município que será abastecido com sua padronização (LUCENA, 2013).

O Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 e das leis regulatórias do Sistema Único de Saúde (SUS) (nº 8.080 e nº 8.142) tem na descentralização dos serviços de saúde um dos princípios fundamentais para a organização e gestão do SUS e a Assistência Farmacêutica (AF) talvez seja um dos grandes desafios enfrentados pelos gestores do sistema.

O processo de descentralização da AF, ao promover a gestão local dos recursos financeiros e da operacionalização da aquisição de medicamentos, avança na direção de um dos eixos que estruturam a organização do SUS e, ao mesmo tempo, evidenciou limites e dificuldades concernentes ao seu processo de implantação (BRASIL, 2006, p. 6).

A aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica (GAF) e deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação dos processos são fundamentais para aprimorar a gestão e

intervir nos problemas (BRASIL, 2006, p. 7).

Considerando o modelo de organização do SUS e os esforços operacionais que demanda, a aquisição de medicamentos pode ser realizada através de cooperação entre municípios, tendo em vista que a seleção de medicamentos pode considerar realidades de saúde comuns a municípios de uma determinada região. A seleção e a programação (o que e quanto comprar) devem avaliar a posição do município no contexto regional e microrregional quanto ao fluxo de usuários, devendo-se prever os serviços de referência, quando for o caso (BRASIL, 2006, p. 7).

Todas as compras de medicamento no Serviço Público precisam passar por um processo licitatório, exceção dada à dispensa de licitação e exigibilidade. As regras desse procedimento formal estão principalmente nas Leis nº 8.666/1993 e nº 10.520/2002. Existem diferentes modalidades de licitação, em número de seis, conforme a legislação vigente, são elas: concorrência, tomada de preços, convite, concurso, leilão e pregão. O concurso e o leilão não são utilizados para aquisição de bens de consumo médico-hospitalar nos estabelecimentos de serviços de saúde. O pregão pode ser feito na forma presencial ou eletrônica. Existe, ainda, um sistema de registro de preços que pode ser associado a uma das modalidades já mencionadas (MERISIO et al., 2012).

No caso dos consórcios intermunicipais, vem sendo amplamente utilizado para a compra de medicamentos, por meio de uma licitação, o pregão eletrônico com registro de preços, no qual as empresas/fornecedores disponibilizam os medicamentos a preços e prazos registrados em ata específica para contratações futuras – quando melhor convier aos municípios que integram a ata. Este sistema possui vantagens quando houver necessidade de aquisições frequentes; quando for mais conveniente à entrega parcelada; quando a aquisição for para atendimento a mais de um órgão ou entidade e/ou quando não for possível definir previamente o quantitativo demandado pela Administração (MERISIO et al., 2012).

4.3 MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO INCRA – RS

A origem do nome Boa Vista do Incra, remonta uma época muito distante. Por volta de 1839, a área de Boa Vista do Incra foi possuída pelo Cel. José Lopes da Silva, cinco anos após a criação do município de Cruz Alta. Foi ele quem denominou essa localidade de "fazenda Boa Vista". Foi dividida várias vezes, e em 1969 a Fazenda Boa Vista foi adquirida pelo IBRA (Instituto Brasileiro de Reforma Agrária) para reassentamento de parte das famílias que tiveram suas propriedades atingidas pela construção da Barragem do Passo Real.

Em 24 de março de 1996 foi realizado plebiscito sendo que 97% da população optou pela emancipação.

Em 16 de abril de 1996, o Município de Boa Vista do Ingra foi criado pela Lei nº 10.740. Porém nesse ano, por questão de prazos legais, não pôde realizar as eleições. Esgotados os prazos legais para participar das eleições no ano de 1996, Boa Vista do Ingra ficou impossibilitada de implantar sua estrutura política administrativa, permanecendo em período de vacância subordinada ao Município de Cruz Alta até as eleições municipais que aconteceriam no ano de 2000.

No ano de 2000, foram realizadas eleições municipais no Brasil, ocasião em que os eleitores de Boa Vista do Ingra elegeram pela primeira vez o Prefeito, Vice Prefeito e Vereadores. O Município foi oficialmente instalado no dia 1º de janeiro de 2001.

Atualmente a Prefeitura Municipal conta com um total de 223 servidores entre concursados e contratados por período determinado. A estrutura administrativa está descrita na Figura 1 (Prefeitura Municipal de Boa Vista do Ingra).

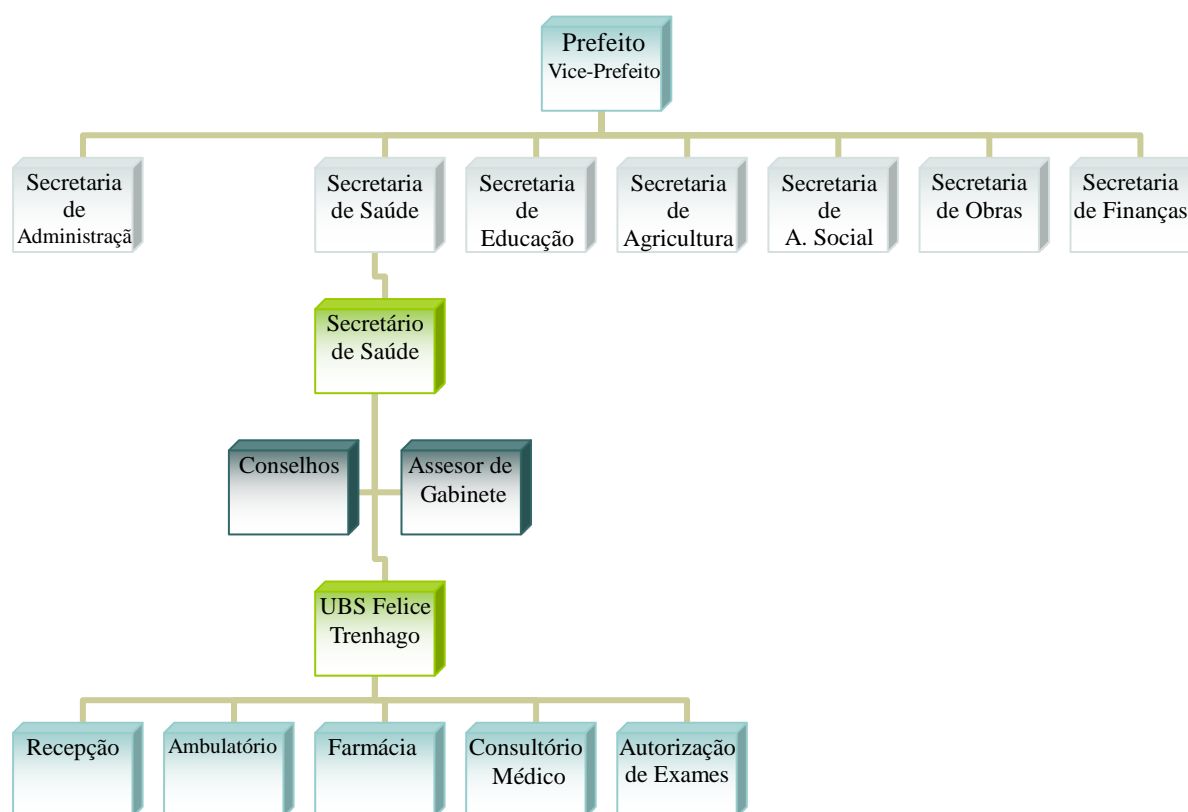


Figura 1: Organograma da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Ingra -RS

Na Figura 1 é dada ênfase à Secretaria de Saúde e a Unidade Básica de Saúde Felice Trenhago, detalhando seus principais setores e funcionamento básico. É a Secretaria de Saúde a responsável pelo sistema de Resíduos Sólidos – Medicamentos – no município, além de todos os outros resíduos de saúde gerados dentro da Unidade Básica de Saúde. A Secretaria de

Obras é a responsável pelo recolhimento e destinação dos demais resíduos urbanos gerados no município.

O município de Boa Vista do Inca está localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do IBGE (2010) possui uma população estimada de 2.425 habitantes, área territorial de 503,471 de km², densidade demográfica de 4,82 (hab/Km²) e se localiza a 385 km da capital do estado, Porto Alegre.

4.3.1 Farmácia Pública Municipal

A farmácia pública se localiza dentro da Unidade Básica de Saúde Felice Trenhago. São atendidos por mês na farmácia em média de 1.200 prescrições. Se levarmos em conta ainda os atendimentos nas comunidades nas quais a caixa de medicamentos vai junto com a médica e a enfermeira, e elas fazem a dispensação logo após as consultas; são dispensadas em média de 1.400 receitas por mês. A farmácia possui além da lista básica de medicamentos que consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), muitos outros que foram selecionados conforme os dados epidemiológicos da região, totalizando hoje em dia aproximadamente 300 itens na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A compra dos medicamentos é realizada por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (CISA). O Consórcio foi fundado em sete de maio de 1997, e constitui-se sob associação pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica intermunicipal. Atualmente o CISA é constituído por aproximadamente 60 municípios, atuando na compra e distribuição de medicamentos aos municípios consorciados através de Pregão Eletrônico.

No início de cada ano os municípios cadastram no site do consórcio todos os medicamentos que pretendem adquirir durante o respectivo ano e suas estimativas de compra para cada medicamento. Depois da tomada de preços anual, são realizadas licitações a cada 3 meses para a aquisição dos medicamentos pelos municípios para o respectivo período. O orçamento anual da farmácia pública municipal é de aproximadamente 100 mil reais.

4.3.2 Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde do Município de Boa Vista do Incra - RS

O plano municipal foi formulado segundo a Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde a ser observado em todo o território nacional, e a Resolução do Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

O documento foi construído com a participação dos diversos setores da UBS, entre eles a farmácia pública municipal, a equipe de enfermagem, médicos, dentistas, equipe de limpeza e o secretário de saúde do município. O plano foi elaborado a partir do diagnóstico dos problemas relativos aos resíduos de saúde gerados pela UBS, com os problemas conhecidos relativos a cada setor passou-se as possibilidades de intervenção que estavam ao alcance do plano.

O processo de construção de viabilidade é em si a estratégia que se usa para extinguir ou contornar os problemas diagnosticados. Com relação a este estudo e no que tange a farmácia pública municipal e os resíduos do Grupo B, os principais objetivos do plano foram: dar a destinação correta aos itens vencidos, diminuir a geração desses resíduos (através de um rígido controle de estoque na farmácia pública), implantar uma lista municipal básica de medicamentos (REMUME), interagir com os prescritores a fim de padronizar as dispensações e conscientizar profissionais de saúde e pacientes quanto ao descarte correto dos medicamentos.

Para a efetivação destes objetivos foram elaboradas estratégias e definidas metas a serem cumpridas durante a implantação do plano. (Conforme Anexo I).

5 MÉTODOS

Consiste de um levantamento de dados que aborda de forma quantitativa o tema Gestão financeira e ambiental do sistema de resíduos sólidos a partir do descarte errado de medicamentos em Boa Vista do Incra – RS.

A pesquisa caracteriza-se como quantitativa, ao verificar as quantidades de medicamentos desperdiçados por perda do prazo de validade e dos custos com a destinação final destes produtos, e na medida em que visa estimar a redução do dano ecológico causado com a diminuição gradativa dos medicamentos vencidos a partir da implantação do sistema de gestão.

Segundo Diehl e Tatim (2004), uma das características da pesquisa quantitativa é a utilização de dados quantificados no momento de sua coleta, para obter informações e analisá-la através de técnicas de estatística; para garantir resultados evitando distorções de análise e de interpretação.

A pesquisa foi na Farmácia Pública da Unidade Básica de Saúde, Felice Trenhago, da Secretaria Municipal de Saúde do município de Boa Vista do Incra. Localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) o município possui uma população estimada de 2.425 habitantes, área territorial de 503,471 de km² e uma densidade demográfica de 4,82 (hab/Km²).

A Unidade Básica de Saúde não apresentava uma coleta sistemática de resíduos sólidos do Grupo B (medicamentos vencidos) até Junho de 2012, quando foi implantado o sistema de gestão destes itens. Neste documento ficou estabelecido que os medicamentos vencidos ou não na unidade de saúde, trazidos pela própria comunidade e pelos agentes comunitários de saúde, seriam armazenados, sendo posteriormente realizada a separação individual de cada tipo específico de medicamento, descrevendo sua apresentação, quantidade, lote e princípio ativo e posterior são redigidos em forma de lista que recebe a assinatura e carimbo do responsável técnico, ou seja, farmacêutico. Assim, após realização destes procedimentos, são armazenados em caixas lacradas e recolhidas por empresa terceirizada pelo seu destino final em local licenciado e adequado, sendo recolhidos aproximadamente a cada seis meses ou conforme a demanda. O período de estudo será do ano de 2010 a 2014.

A coleta de dados utilizada para a abordagem do estudo será a análise dos dados do sistema informatizado da própria farmácia quanto à saída de medicamentos vencidos e os dados contábeis quanto ao pagamento da empresa responsável pelo destino final dado a estes itens, para quantificar o volume de recursos gastos com esses procedimentos no período do estudo.

Para determinar a quantidade de medicamentos descartados pelo município no período do estudo foram utilizados dados quantitativos, através da análise das planilhas de saídas de medicamentos vencidos do software implantado na farmácia pública municipal. Foram utilizados dados quantitativos também para analisar o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2010 a 2014, através da verificação junto ao setor de contabilidade da Prefeitura Municipal de Boa Vista do Incra, dos dados contábeis referentes aos pagamentos realizados à empresa coletora dos resíduos do grupo B.

Os dados quantitativos obtidos foram tratados a partir de programas estatísticos específicos como o software SPSS e Excel. Através destes programas foram examinados os dados referentes às saídas de medicamentos vencidos do sistema informatizado (Teí-Saúde) da farmácia pública municipal. Após, foram ordenados em uma tabela com a quantidade de medicamentos que tiveram o prazo de validade expirado a cada mês do estudo. Pelo mesmo software foram tratados os dados contábeis coletados na prefeitura municipal para estimar o valor gasto com a destinação final destes resíduos durante o estudo.

Os dados para a consecução do estudo foram retirados da base de dados da farmácia pública municipal e do sistema informatizado do setor de contabilidade do município. Entrevistas ou questionários não foram utilizados, o que dispensa encaminhamentos e aprovações por Comitês de Ética em Pesquisa segundo resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6 RESULTADOS

O município de Boa Vista do Incra, mais especificamente a Unidade Básica de Saúde Felice Trenhago, não possuía um Plano de gerenciamento de Resíduos Sólidos até o primeiro semestre de 2012, esse fato aliado a falta do profissional farmacêutico responsável pela farmácia pública municipal gerou vários problemas, como a compra exagerada e sem critérios de medicamentos, falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras e falta de um controle rígido de estoque. Esses fatos ocasionaram a falta de alguns medicamentos, contrastando com o estoque exacerbado de outros, provocando a perda do prazo de validade dos mesmos e o consequente prejuízo clínico e financeiro ao município, além do impacto ambiental causado pelo grande volume de medicamentos descartados.

Conforme a Resolução do CONAMA nº 358/2005, um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – Medicamentos permite planejamento do gerenciamento dos resíduos de forma integrada, de modo a abranger um sistema adequado de coleta, segregação, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos, além do planejamento de redução dos resíduos atualmente gerados.

De acordo com o manual de orientação do Ministério do Meio Ambiente que aborda a elaboração de Planos de Gestão de Resíduos Sólidos, é desejável que os municípios procurem se articular considerando algumas diretrizes contempladas neste documento, conforme a seguir (Brasil, 2012).

1. A promoção de ações socioambientais para viabilizar a mobilização e participação social: estratégia de envolvimento da população nos encontros públicos e disponibilização das informações por meio de materiais informativos apropriados para a educação ambiental.
2. É fundamental promover, de forma indissociável, a valorização do conhecimento técnico (peculiaridades, histórico de investimentos com resíduos sólidos) e do envolvimento participativo (cenários futuros). Para isto, deve-se elaborar o diagnóstico atual e futuro.
3. Deve-se elaborar o plano de gestão com a previsão de estratégias/diretrizes futuras que contribuam para a minimização da geração de resíduos sólidos, bem como o reuso e reciclagem destes materiais, considerando, sobretudo, a redução da geração de gases, iniciativas de logística reversa, priorização dos resíduos sólidos mais significativos quanto ao potencial de contaminação e à geração de impactos ambientais adversos aos

recursos naturais.

Com o diagnóstico feito e seguindo as orientações acima, em julho de 2012, a partir da farmácia pública municipal, capitaneado pelo farmacêutico responsável, foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Felice Trenhago, o qual tinha como objetivos além de dar a destinação correta aos itens vencidos, também implantar um rígido controle de estoque na farmácia pública, implantar uma lista municipal básica de medicamentos (REMUME), interagir com os prescritores a fim de padronizar as dispensações e conscientizar profissionais de saúde e pacientes quanto ao descarte correto dos medicamentos. (Conforme Anexo I)

O município possuía um contrato com uma empresa terceirizada responsável pela coleta e destinação final dos resíduos de saúde da UBS, mas antes da implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) os medicamentos vencidos, pertencentes ao Grupo B, não eram segregados dos demais resíduos de saúde, sendo assim os dados referentes aos anos de 2010 e 2011 da Tabela 1 não representam apenas os resíduos do Grupo B. Desta forma ao analisarmos os valores gastos a partir da implantação do plano de gerenciamento (2012 a 2014) fica claro a diminuição nos valores gastos com a coleta e destinação final dos resíduos referentes apenas aos medicamentos com prazo de validade expirado.

Tabela 1: Gasto em R\$ por ano com a Destinação Final dos Medicamentos

Gasto em R\$ por ano com a Destinação Final dos Medicamentos	
Ano	R\$ (1,00)
2010	6.000
2011	2.000
2012	3.410
2013	1.000
2014	840
Total	13.250

Da mesma forma, quando se trata da quantidade de medicamentos vencidos por unidade (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas) só é possível à análise a partir do ano de 2012, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2: Unidades de medicamentos descartadas (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas).

Unidades de medicamentos descartadas (comprimidos, frascos, ampolas e pomadas)	
Ano	Unidade
2012/1	53.960
2012/2	47.095
2013/1	26.785
2013/2	51.423
2014/1	46.759
2014/2	9.549
Total	235.571

A Tabela 2 mostra o desperdício de unidades de medicamentos durante os primeiros anos de implantação do PGRSS, isso é explicado pelo fato de grande parte dos medicamentos possuírem em torno de 2 anos de prazo de validade, portanto, mesmo depois da implantação de um rígido controle de estoque, da padronização da lista básica e da racionalização na compra dos medicamentos, os itens adquiridos anteriormente a este processo e não utilizados são os responsáveis por estes números vultuosos. O vencimento de apenas 9.549 itens no segundo semestre de 2014 corrobora esta constatação e indica o sucesso mesmo que a longo prazo do plano de gerenciamento de resíduos sólidos implantado.

Quando analisamos quais as formas farmacêuticas mais prevalentes quanto à expiração do prazo de validade, como já era de se esperar, os comprimidos aparecem em primeiro lugar com 228.342 unidades descartadas, mas ao observarmos apenas os frascos, ampolas e pomadas podemos notar um grande volume de ampolas vencidas (2.404 unidades), o que representa 29 % deste total. Figura 2.

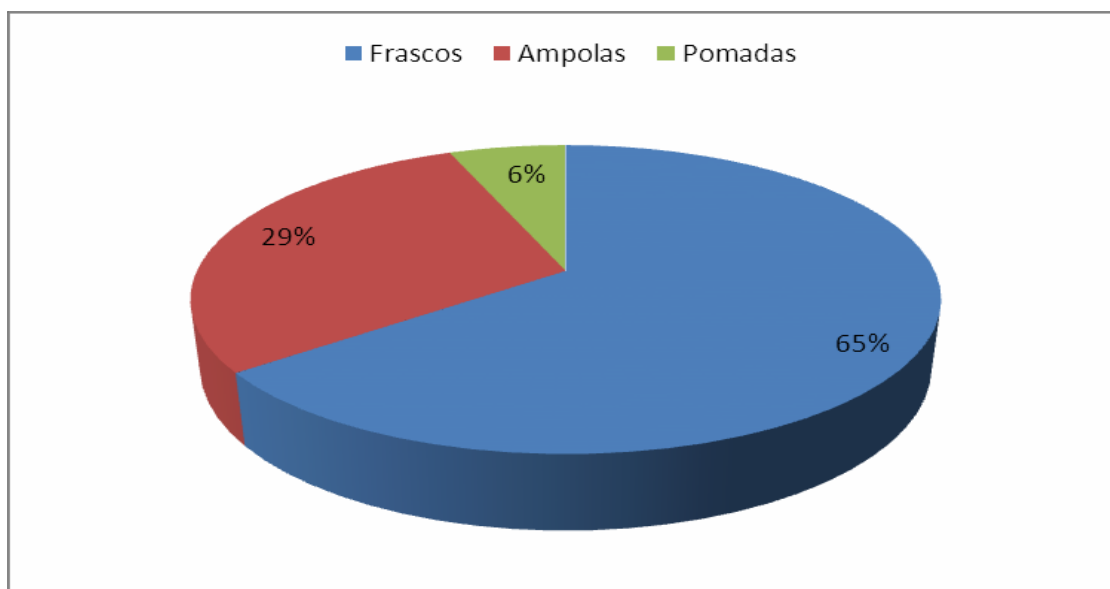


Figura 2: Porcentagem das formas farmacêuticas com prazo de validade expirado descartadas no período do estudo (exceto comprimidos)

Este fato pode ser explicado, pois diferentemente dos comprimidos, frascos e pomadas os quais as quantidades para compras de cada produto são definidas pela farmácia, as quantidades de medicações ampoladas a serem adquiridas são definidas juntamente com a equipe de enfermagem, sendo assim ocorre o fenômeno denominado círculo de desconfiança, pois antes da implantação do sistema de gestão era corriqueira a falta de alguns medicamentos e a sobra de outros, fazendo com que ainda hoje os profissionais tenham em mente a ideia de superestimar os pedidos para não correr o risco de ficar com o produto em falta, ocasionado muitas vezes a sua perda por expiração do prazo de validade.

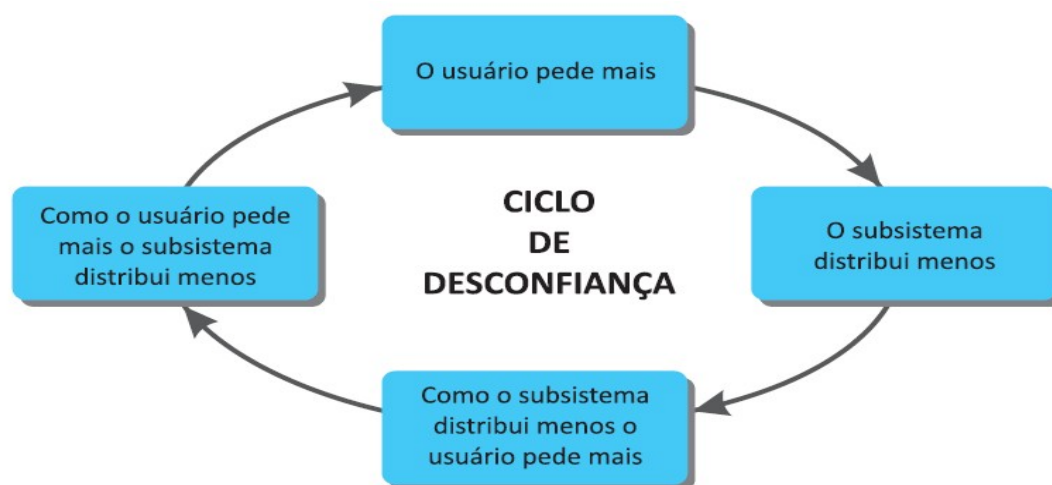


Figura 3: Ciclo de Desconfiança

Fonte: Apostila do Curso, Disciplina de Gestão Logística em Saúde

Ao analisarmos o gasto financeiro do município com o descarte dos medicamentos vencidos entre os anos de 2012 a 2014 é notório o impacto causado com a implantação do Plano de Gerenciamento na farmácia pública municipal, pois como observamos na Figura 4, o valor de medicamentos sendo descartados por expiração do prazo de validade vem caindo semestre a semestre de forma vertiginosa, e se compararmos o primeiro semestre de 2012 (antes do plano ser implementado) e o segundo semestre de 2014 com o plano de gestão já totalmente estruturado temos uma redução de aproximadamente 90% no desperdício de dinheiro público com descarte de medicamentos vencidos no município.

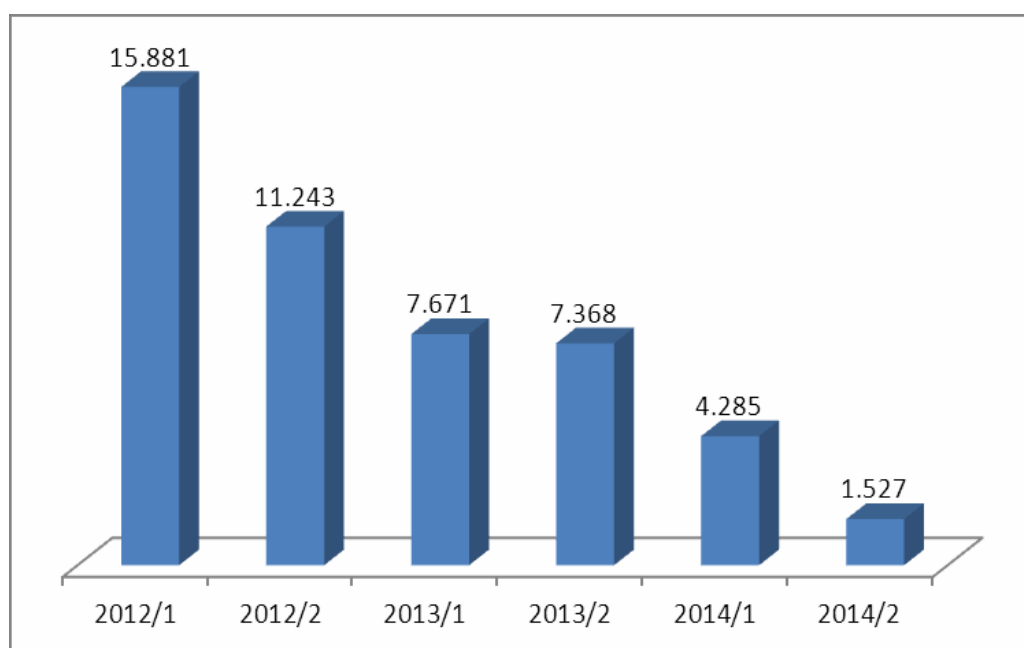


Figura 4: Gasto em R\$ por semestre com os medicamentos vencidos

Para que possamos estimar o gasto total do município com o descarte dos medicamentos vencidos por ano é necessário que se tenha o valor dos medicamentos vencidos naquele ano e os valores gastos com a destinação final destes produtos, o resultado pode ser visto no Figura 5.

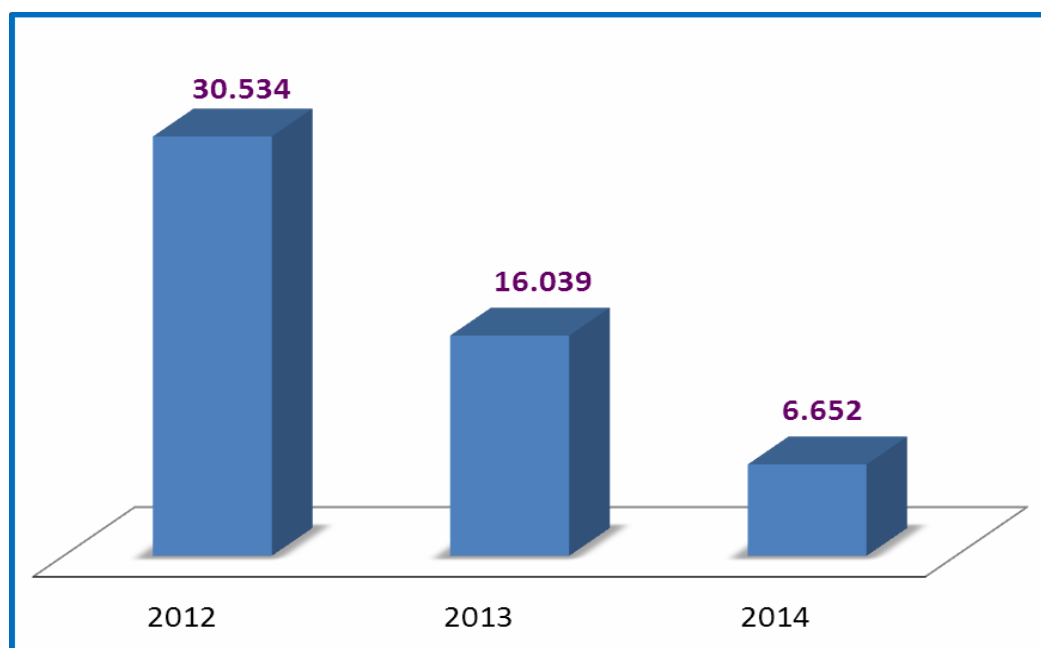


Figura 5: Gasto total do Município com medicamentos vencidos (valor do medicamento + valor da coleta e destinação final) nos anos estudados.

Levando-se em conta que o orçamento anual da farmácia pública municipal para aquisição de medicamentos é de 100 mil reais, observamos um desperdício de 30% no ano de 2012 (início do plano) e de apenas 6% no ano de 2014 (Conforme Anexo I). Para a confecção deste gráfico foram subtraídos os anos de 2010 e 2011, pois nestes anos só existem dados referentes aos gastos com o transporte e destinação final dos medicamentos vencidos, não existindo registros do total de medicamentos e do respectivo valor destes itens que foram descartados nestes anos.

7 DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 50% de todos os medicamentos prescritos e dispensados são usados inadequadamente e apenas 15% da população mundial consome mais de 90% da produção farmacêutica (OMS, 2002). Outrossim, somente nos países em desenvolvimento os gastos com medicamentos representam 25 a 70% do orçamento em saúde. No Brasil, em 2002, aproximadamente 41% da população não tinha acesso a medicamentos; logo, a falta de planejamento na produção e distribuição dos mesmos ainda constitui um desafio ao sistema público de saúde (VIEIRA, ZUCCHI, 2007).

O desperdício de medicamentos tem várias causas, dentre as quais se destacam: a dispensação de medicamentos além da quantidade exata para o tratamento do paciente, a interrupção ou mudança de tratamento, a distribuição aleatória de amostras-grátis; e o gerenciamento inadequado de estoques de medicamentos por parte das empresas e dos estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2011).

São ainda poucos, apesar de crescentes, os estudos sobre o conhecimento do desempenho desses serviços de saúde, sobretudo em nível nacional. Pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em parceria com o MS (Opas, 2005), apontou para deficiências na gestão, nos mecanismos de financiamento e na integração de ações de saúde, deixando clara a necessidade de investir para qualificação dos serviços. Outro estudo realizado em nível nacional foi o de Vieira (2008), no qual foram utilizados os relatórios das auditorias da Controladoria Geral da União (CGU), no período compreendido entre agosto de 2004 e julho de 2006, cujo foco era a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil.

Ressalta-se aqui o ineditismo deste estudo, nos moldes propostos, com a análise da gestão financeira, após a implantação de um sistema de controle de estoque e de resíduos em uma farmácia pública. O tema foi pesquisado em várias bases como Scielo, BIREME, entre outros periódicos da área e nenhum trabalho semelhante foi encontrado.

Os primeiros estudos acerca da AF na atenção básica de saúde datam do final dos anos 90, sendo os Estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais os primeiros a implantar os modelos descentralizados de AF, quando ainda existia uma cultura e prática centralizadora ditada pelo Sistema da Central de Medicamentos (CEME), sendo, portanto uma iniciativa pioneira e voltada para a proposta atual de política de medicamentos do país. O Paraná foi o

primeiro estado brasileiro a propor uma política de medicamentos destinada aos cuidados primários de saúde. O governo do estado conferiu prioridade, dentre os projetos estratégicos a serem desenvolvidos na área de saúde, à organização da AF na rede de serviços públicos. No estado de São Paulo, o Programa de Assistência Farmacêutica (PAF) passou por um período de planejamento que durou cerca de oito meses. Nesta fase foi feito o diagnóstico das necessidades de medicamentos em nível de atenção primária e selecionado o elenco de medicamentos essenciais que fariam parte do PAF. Minas Gerais foi o terceiro estado brasileiro a implementar uma política de medicamentos para o nível primário de saúde pelo Projeto Farmácia Essencial (PFE) (COSENDEY, et al., 2000).

Os resultados positivos obtidos a partir da implantação do PGRSS no município, como diminuição do gasto com medicamentos vencidos, aumento do número de medicamentos ofertados a população e descarte correto dos medicamentos com prazo de validade expirado se devem em grande parte a contratação do profissional farmacêutico no ano de 2012, pois assim como nesse estudo muitos outros correlacionam os avanços/retrocessos na logística do medicamento com a presença/ausência deste profissional tão importante na saúde pública brasileira.

A falta do Farmacêutico responsável e os problemas que isto gera não são exclusivos do município estudado, pesquisa realizada por Bernardi (2006) para avaliar a Assistência Farmacêutica Básica, através de indicadores, nos vinte municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul mostrou que apenas 25 % dos municípios tinham farmacêutico responsável pela farmácia. Outros estudos corroboram estes achados, como os realizados por Naves e Silver (2005) no Distrito Federal, onde somente dois Centros de Saúde, dentre os 15 estudados, possuíam farmacêuticos e o estudo de Bruns (2014) no município de João Pessoa, capital do estado estudado, onde apenas duas Unidades de Saúde da Família, das 32 pesquisadas, contavam com o profissional farmacêutico de forma permanente.

Estudo a nível municipal semelhante foi realizado por Mestriner (2003) no município de Ribeirão Preto, pertencente ao Estado de São Paulo, concluindo que ocorreram mudanças significativas após a contratação de farmacêuticos, alterando a maneira de selecionar, adquirir, distribuir, dispensar e controlar os medicamentos, assegurando eficiência na aplicação de recursos públicos.

Cabe assinalar que a ausência do farmacêutico é um dos dificultadores da implementação e da prestação de uma AF de qualidade ao cidadão, além de configurar descumprimento da Lei nº 5.991/1973, que determina a obrigatoriedade da presença do

farmacêutico em locais de dispensação de medicamentos.

Adicionalmente, o MS e vários autores vêm reforçando a importância da inserção plena da AF na atenção primária de saúde, bem como a inclusão e a integração do profissional farmacêutico à equipe de saúde (OLIVEIRA, BERMUDEZ E OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Segundo Vieira (2008), em um estudo realizado pelo MS em parceria com a OPAS mostrou que ainda é preciso investir em melhorias. De acordo com esse estudo, a disponibilidade em estoque dos medicamentos principais foi de 73% nas unidades de saúde, 76% nas centrais de abastecimento farmacêutico municipais (CAF-M) e 77% nas estaduais (CAF-E). Esse resultado mostrou que mesmo os medicamentos considerados imprescindíveis não estavam disponíveis nos serviços. Outro dado importante obtido diz respeito à porcentagem de medicamentos prescritos, dispensados ou administrados, que foi de 66% nas unidades de saúde, indicando duas situações: ou os medicamentos prescritos não foram dispensados ou administrados porque não estavam disponíveis, ou os prescritores não aderiram às relações de medicamentos selecionados para os serviços de saúde.

Ainda segundo o estudo, o tempo de desabastecimento dos medicamentos principais, medido por meio de fichas de controle de estoque, foi em média de 84 dias nas unidades de saúde, 74 dias nas CAF-M e 128 dias nas CAF-E. A existência de registros de estoque foi de 32% nas unidades de saúde, 32% nas CAF-M e 61% nas CAF-E, revelando a precariedade do controle de estoque nesses serviços (VIEIRA, 2008).

Corroborando esses achados, o Banco Mundial realizou um estudo sobre a governança no SUS e afirmou, em seu relatório publicado em 2007, que o gerenciamento da logística de medicamentos absorve cerca de 20% dos recursos financeiros da saúde, podendo ser a causa principal de ineficiência e perda. O relatório também aponta que há deficiência na qualidade dos serviços, que é atribuída a problemas de gestão e à ineficiência no uso dos recursos. (VIEIRA, 2008).

Este trabalho citado anteriormente é um dos mais representativos neste quesito já realizado no País, pois procurou apontar aspectos inconclusos da agenda do SUS para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil. Foram realizadas 660 fiscalizações e analisados 659 relatórios (um não estava disponível). Em 62 municípios, os recursos da AF não foram auditados, o que resultou em uma amostra final de 597 municípios (10,7% dos municípios brasileiros). Desses, 90,3% apresentaram problemas na gestão de recursos ou serviços. Em 71% dos municípios foi constatada a falta de controle de estoque ou sua deficiência e em 39% condições inadequadas de armazenamento. Verificou-se falta de medicamentos em 24% dos municípios (VIEIRA, 2008).

Um dos pontos críticos observados quando da implantação do PGRSS foi falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras e recebimento de medicamentos. Este quadro é semelhante à maioria dos municípios brasileiros que não possuem o profissional farmacêutico em seu quadro de servidores, como podemos observar no estudo desenvolvido por Rissi (2011), que avaliou a gestão de desvios técnicos no recebimento de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico no município de Botucatu/SP, neste estudo os resultados obtidos mostraram uma média mensal de 10,19% de desvios técnicos no recebimento de medicamentos, sendo que dos desvios analisados os mais frequentes foram: prazo de validade abaixo do estabelecido (47,80%), divergência de lote e validade entre nota fiscal e produto (35,82%) e medicamento divergente com as especificações solicitadas (10,30%).

Embora no município estudado a colaboração dos médicos prescritores tenha sido um fator determinante para o sucesso do plano de gerenciamento, resultando em prescrições em conformidade com os itens presentes na REMUME, isso infelizmente, ainda parece ser um caso isolado. Ao recorrermos a literatura são muitos os exemplos de profissionais médicos com pouco ou nenhum conhecimento da Lista de Medicamentos Essências (LME), como no estudo realizado por Torres et al., (2014), onde foram ouvidos 58 médicos brasileiros no SUS, sendo: 11 do Nordeste, 11 do Centro-Oeste, 12 do Sudeste, 12 do Norte e 12 do Sul. Destes 22 trabalhavam nas capitais (37,9%) e 36 no interior (62,1%). O tempo de atuação no SUS variou de menos de um ano (5% dos prescritores) a mais de 30 anos (10%), sendo o desvio padrão de 9,8 e a mediana ao redor de 15 anos, na capital, e de 11 anos, no interior.

Quanto ao contato com a lista de medicamentos essenciais apenas 17 (29,3%) dos 58 médicos entrevistados informaram contato prévio com uma LME, mesmo sendo tão ampla a definição adotada. Destes, 6 mencionaram a Rename, 8 (13,7%) a LME municipal (Remume) e 3 a LME do hospital onde atuavam. Dada a posição que as LME possuem na estruturação da AF no Brasil e a contribuição da AF para a consolidação do SUS, estes resultados causam preocupação. A seleção de medicamentos, com os padrões de qualidade enunciados pela OMS é reconhecida, na Política Nacional de Medicamentos (PNM), como uma diretriz prioritária na ampliação do acesso e na promoção do uso racional de medicamentos.

Quando perguntados se utilizavam a Rename/Remume em sua prática clínica, todos os médicos entrevistados responderam que não. Dentre os motivos apresentados, surgiram vários: (i) indisponibilidade dos medicamentos (da lista) no momento requerido; (ii) falta de orientação necessária ao uso; (iii) impressão de que a composição da lista é inadequada à demanda clínica. Esses motivos mostram que, na percepção do prescritor, a “orientação”

quanto ao uso da lista deve ser “fornecida” e não buscada pelo próprio médico, como parte da necessária a atualização profissional. Não houve propensão a se adequar à prescrição de medicamentos da lista, mas, sim, de forma recorrente nas falas, o entendimento da lista como limitada e inadequada à “sua” prática.

Um dos principais problemas encontrados durante o estudo foi em relação a destinação final dos medicamentos com prazo de validade expirado, como vimos anteriormente o município possuía um contrato de recolhimento dos materiais vencidos na UBS, mas até a implantação do PGRSS em 2012 os medicamentos eram descartados de forma incorreta, ou seja, junto com os demais resíduos produzidos pela unidade básica de saúde, este fato, aliado ao grande volume de medicamentos descartados erroneamente durante todos estes anos pode ter causado danos ambientais inestimáveis.

A destinação final dos medicamentos é tema relevante na saúde pública devido às diferentes propriedades farmacológicas dos medicamentos, que, inevitavelmente, se tornarão resíduos e não poderão mais ser utilizados. Soma-se a isso o fato dos resíduos de medicamentos pertencerem à classe I (perigosos), segundo a norma NBR 10004 da ABNT, apresentando riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública. Dessa forma, eles demandam segregação, tratamento, transporte e disposição final correta (FALQUETO; KLIGERMAN; ASSUMPÇÃO, 2006).

É preciso ressaltar que, no Brasil, o descarte de medicamentos em desuso, vencidos ou sobras é feito por grande parte da população em lixo comum ou em rede pública de esgoto. Atitudes essas que geram a agressão ao meio ambiente, a contaminação da água, do solo e de animais, além do risco à saúde de pessoas que possam reutilizá-los por acidente ou mesmo, intencionalmente, devido a fatores sociais ou circunstanciais diversos (ANVISA, 2014).

Pesquisas realizadas têm apontado a presença de fármacos residuais nas águas, causadores de efeitos adversos na saúde, seja humana ou de outros animais, como os peixes (BILA; DEZOTTI, 2003). Os pesquisadores Stumpf et al., (1999), em 1997, detectou a presença de antilipêmicos, anti-inflamatórios e alguns metabólicos em esgoto, em efluente de estação de tratamento, em águas de rios no estado do Rio de Janeiro. Ternes (1998), identificou a presença de 36 fármacos diferentes em diversos rios na Alemanha, dentre os quais estão antilipidêmicos, analgésicos-antipiréticos, antiinflamatórios e anti-hipertensivos.

No Reino Unido, estudos realizados por Waggott (1981) e Richardson e Bowron (1985) revelaram a presença de fármacos em concentrações maiores que um micrograma por litro ($\mu\text{g/L}$) no meio aquático. Na Itália, Calamari et al., (2003) detectaram a presença de 18 fármacos em 8 estações de tratamento de esgoto ao longo dos rios Po e Lombo; e Zucatto et

al., (2006), observou em 9 estações de tratamento de esgoto, fármacos como ofloxacino, furosemida, atenolol, hidroclorotiazida, carbamazepina, ibuprofeno, benzafibrato, eritromicina, lincomicina, e claritromicina.

Alguns grupos de fármacos merecem uma atenção especial, dentre eles estão os antibióticos e os estrogênios. Os primeiros, devido ao desenvolvimento de bactérias resistentes e, os estrogênios, pelo seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos como, por exemplo, a feminilização de peixes machos presentes em rios contaminados com descarte de efluentes de Estações de Tratamento de Esgoto. Outros produtos que requerem atenção especial são os antineoplásicos e imunossuppressores utilizados em quimioterapia, os quais são conhecidos como potentes agentes mutagênicos (BILA, DEZOTTI, 2003; PONEZI et al., 2008).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de um sistema de gerenciamento de resíduos provenientes de serviços de saúde e da comunidade, que objetive a redução de riscos à saúde imediata e ao meio ambiente, parece ser de grande importância. A legislação em relação aos resíduos sólidos em saúde avançou significativamente nos últimos anos, caminhando para uma futura implementação de uma logística reversa no setor de medicamentos, assim como já ocorre com outros produtos como defensivos agrícolas e pneus.

Cabe assinalar que a base de informações se mostrou adequada para a análise pretendida, exceção feita aos anos de 2010 e 2011, quando o município possuía um contrato com uma empresa terceirizada responsável pela coleta e destinação final dos resíduos de saúde da UBS, mas antes da implantação do PGRSS os medicamentos vencidos, pertencentes ao Grupo B, não eram segregados dos demais resíduos de saúde, impossibilitando assim sua análise individual.

O presente estudo teve como objetivo comparar o gasto financeiro do município com o descarte de medicamentos vencidos antes e depois da implantação do sistema de controle de resíduos, além de verificar a quantidade de medicamentos descartados entre os anos de 2010 a 2014 no município estudado.

A situação do gerenciamento de resíduos e da AF no município de Boa Vista do Incra, quando da implementação do plano de gerenciamento em 2012, guardadas as devidas proporções, apresentava problemas e dificuldades semelhantes à realidade nacional, constatados nas referidas pesquisas. Dentre os principais problemas pode-se destacar a falta do profissional farmacêutico, compra exagerada e sem critérios de medicamentos, falta de observância de um prazo de validade mínimo quando das compras, falta de um controle rígido de estoque, medicamentos sendo descartados junto com outros resíduos de saúde e inexistência de uma lista básica de medicamentos.

Observamos que os objetivos deste trabalho, bem como do plano de gerenciamento de resíduos sólidos foram alcançados, visto que os pontos apontados como críticos e responsáveis pela grande perda de medicamentos por expiração do prazo de validade foram atacados e solucionados. Podemos afirmar que as principais ações que levaram ao sucesso do plano de gerenciamento foram à implantação de um rigoroso controle de estoque, com a exigência de um prazo de validade mínimo quando da compra dos medicamentos, a compra de medicamentos para períodos menores de consumo (3 a 4 meses) e a definição de uma lista

básica de medicamentos municipal, além da conscientização de profissionais e pacientes acerca da importância do correto gerenciamento e descarte dos medicamentos.

Sendo assim é notório o impacto causado com a implantação do Plano de Gerenciamento na farmácia pública municipal, pois tanto o número de medicamentos sendo descartados por expiração do prazo de validade, quanto o valor gasto para a destinação final destes produtos vem caindo semestre a semestre de forma vertiginosa, e se compararmos o primeiro semestre de 2012 (antes do plano ser implementado) e o segundo semestre de 2014 com o plano de gestão já totalmente estruturado temos uma redução de aproximadamente 90 % no desperdício de dinheiro público com descarte de medicamentos vencidos no município.

Este estudo contribuiu, através de seu ineditismo, para preencher uma lacuna em razão da escassa literatura disponível no Brasil sobre o tema, principalmente quando se trata de gestão financeira e ambiental de resíduos sólidos em saúde – medicamentos, dentro da esfera pública.

A gestão do ciclo do medicamento, desde a compra, armazenamento, dispensação e por ventura destinação final de seus resíduos, se constitui em um dos maiores desafios de governo, na área da saúde, devido ao seu alto custo e grau de complexidade, que envolve aspectos assistenciais, técnicos, logísticos e tecnológicos, aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais.

A implementação de uma logística adequada proporcionou impactos positivos em termos de acesso e qualidade dos serviços prestados, refletindo-se na melhoria de eficiência e de controle de gastos no serviço público. Desse modo, indubitavelmente, uma gestão eficiente é considerada estratégica para otimizar os escassos recursos destinados à saúde, além de contribuir para a conservação ambiental.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 07 dezembro de 2004. **Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Brasília: 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medicamentos: venda de medicamentos sem prescrição médica.** Brasília: 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Descarte de medicamentos: responsabilidade compartilhada.** Disponível em: <<http://189.28.128.179:8080/descartemedicamentos/apresentacao-1>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR – 10004.** Classificação de resíduos sólidos. ABNT/Rio de Janeiro. 2ª Ed. 2004.

BERNARDI, C. L. B. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade.** V. 15, p.73-83, 2006.

BILA, D. M.; DEZOTTI, M. Fármacos no meio ambiente. **Química Nova**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 523-530, 2003.

BILA, D.M., DEZOTTI M. Identificação de Fármacos e Estrogênios Residuais e Suas Consequências no Meio Ambiente. In: Programa de Engenharia Química/ COPPE-UFRJ. **Fronteiras da Engenharia Química.** 1ª Edição. Rio de Janeiro: E-papers; 2005.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de Dezembro de 1973. **Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências.** Brasília: 1973.

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

_____. Lei nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Brasília: 1990.

_____. Lei nº 8.666 de 21 de Junho de 1993. **Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.** Brasília: 1993.

_____. Lei nº 10.520 de 17 de Julho de 2002. **Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.** Brasília: 2002.

_____. CONAMA. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução RDC nº 358, de 29 de abril de 2005. **Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências.** Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2005.

_____. Ministério Da Saúde. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010. **Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 2010.

_____. Ministério do Meio Ambiente. **Planos de Gestão de Resíduos Sólidos: manual de orientação.** Brasília: MMA, 2012.

BRUNS, S. F. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista da Administração Pública.** Rio de Janeiro, v. 48, p.745-765, 2014.

CALAMARI, D. et al. Strategic survey of therapeutic drugs in the rivers Po e Lombo in northern Italy. **International Journal of Environmental Science and Technology.** v. 37, p. 1241-1248, 2003.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 16, p. 171-182, 2000.

CUSSIOL, N.; LANGE, L. C.; FERREIRA, J. A. Resíduos de serviços de saúde. *In*: Couto, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. (Org). **Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento.** 3º ed. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** São Paulo: Editora Pearson Prentice Hall, 2004.

EICKHOFF, P.; HEINECK, I.; SEIXAS, L.J. Gerenciamento e destinação final de medicamentos: uma discussão sobre o problema. **Revista Brasileira de Farmacologia.** V. 90, p. 64-68. 2009.

FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPÇÃO, R. F. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** V. 15, p. 3283-3293, 2006.

- FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D. C. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 18, p. 883-892, 2013.
- FANHANI H.R. et al. Avaliação domiciliar da utilização de medicamentos por moradores do Jardim Tarumã, município de Umuarama, PR. **Arquivos de Ciência da Saúde Unipar**. V. 10, p. 127-131, 2006.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Diagnóstico dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde, Relatório de Pesquisa**. Brasília, 2012.
- LUCENA, F. E. C. O Papel do Administrador na Gestão de Medicamentos no Município de Juazeiro Do Norte – CE. **Caderno de Cultura e Ciência**. V. 12, 2013.
- MERISIO, A. et al. A aquisição de medicamentos para o Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Farmacologia**. V. 93, p. 173-178, 2012.
- MESTRINER, D. C. P. **O Farmacêutico no Serviço Público de Saúde: a experiência do Município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2003.
- NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, p. 223-230, 2005.
- OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde, 2005.
- PADOVEZE, C. L. **Introdução a Administração Financeira**. São Paulo: Thonson, 2005.
- PONEZI, N.A.; DUARTE, M.C.T.; CLAUDINO, M.C. **Fármacos em matrizes ambientais - revisão**. Campinas: Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas (CPQBAUNICAMP), 2008.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO INCRA – RS. Disponível em: <<http://www.boavistadoincra.rs.gov.br/portal1/municipio/historia.asp?iIdMun=100143472>>. Acesso em: 17 de nov. 2014.
- RICHARDSON, M.L.; BOWRON, J.M. The fate of pharmaceutical chemicals in the aquatic environment. **Journal of Pharmacy and Pharmacology**. V. 37, p. 1-12, 1985.

RISSI, N. M. N. **Gestão de desvios técnicos no recebimento de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011.

SANTAELLA S. T. et al. **Resíduos sólidos e a atual política ambiental brasileira**. Fortaleza: UFC / LABOMAR / NAVE, 232 p. 2014.

SERAFIM, E.O.P. et al. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. V. 43, p. 127-135. 2007.

SINOTI, A. L. L.; FALCO JUNIOR, I.; SOUZA, S. B. **O descarte de medicamentos: um estudo comparativo da problemática no Brasil, EUA e Europa**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Toxicologia Aplicada à Vigilância Sanitária, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

STUMPF, M. et al. Polar drugs residues in sewage and natural water in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **The Science of the Total Environment**. v. 225, p. 135-141, 1999.

TERNES, T. A. Occurrence of drugs in German sewage treatment plants and rivers. **Water Research Journal** V. 32, p. 3245-3260, 1998.

TORRES, R. M. et al. Adesão de médicos às listas de medicamentos essenciais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 38, p. 323-330, 2014.

WAGGOT, A. Trace organic substances in the River Lee. **Chemical Water Reuse**. V. 2, p. 55-99, 1981.

VIEIRA F. S.; ZUCCHI P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. V. 41, p. 214-222, 2007.

VIEIRA, F. S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**. V. 24, p. 91-100, 2008.

ZUCCATO, E. et al. Pharmaceuticals in the environment in Italy: causes, occurrence, effects and control. **Environmental science and pollution research international Journal**. V. 13, p. 15- 21, 2006.

ANEXOS

ANEXO I: Resumo do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde do Município de Boa Vista do Incra – RS.



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO INCRA – RS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS
SÓLIDOS EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOA
VISTA DO INCRA – RS**

JULHO/2012

I. INTRODUÇÃO

O presente documento tem por finalidade apresentar o Plano Municipal de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) do município de Boa Vista do Incra - RS. O PGRSS atenderá os princípios, objetivos e instrumentos estabelecidos na Lei Federal 12.305/10, a qual institui a Política Nacional dos Resíduos Sólidos (PNRS) e dá outras providências.

Para sua elaboração parte-se do princípio fundamental de gestão integrada dos resíduos sólidos que passa de voluntária a obrigatória e prioriza a ordem de: não geração, reutilização, reciclagem, tratamento e disposição final ambientalmente adequada.

A elaboração do PGIRS do município de Boa Vista do Incra - RS será estruturada nas seguintes etapas: metodologia, diagnóstico da situação atual e previsão de cenários futuros; definição de diretrizes e estratégias; fixação de metas; implementação de ações e definição de prazos e revisões para aprimoramento do PGRSS do município.

II. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

A origem do nome Boa Vista do Inkra, remonta uma época muito distante. Por volta de 1839, a área de Boa Vista do Inkra foi possuída pelo Cel. José Lopes da Silva, cinco anos após a criação do município de Cruz Alta. Foi ele quem denominou essa localidade de "fazenda Boa Vista". Foi dividida várias vezes, e em 1969 a Fazenda Boa Vista foi adquirida pelo IBRA (Instituto Brasileiro de Reforma Agrária) para reassentamento de parte das famílias que tiveram suas propriedades atingidas pela construção da Barragem do Passo Real. Em 24 de março de 1996 foi realizado plebiscito sendo que 97% da população optou pela emancipação.

Em 16 de abril de 1996, o Município de Boa Vista do Inkra foi criado pela Lei nº 10.740. Porém nesse ano, por questão de prazos legais, não pôde realizar as eleições. Esgotados os prazos legais para participar das eleições no ano de 1996, Boa Vista do Inkra ficou impossibilitada de implantar sua estrutura política administrativa, permanecendo em período de vacância subordinada ao Município de Cruz Alta até as eleições municipais que seriam realizadas no ano de 2000.

No ano de 2000, foram realizadas eleições municipais no Brasil, ocasião em que os eleitores de Boa Vista do Inkra elegeram pela primeira vez o Prefeito, Vice Prefeito e Vereadores. O Município foi oficialmente instalado no dia 1º de janeiro de 2001.

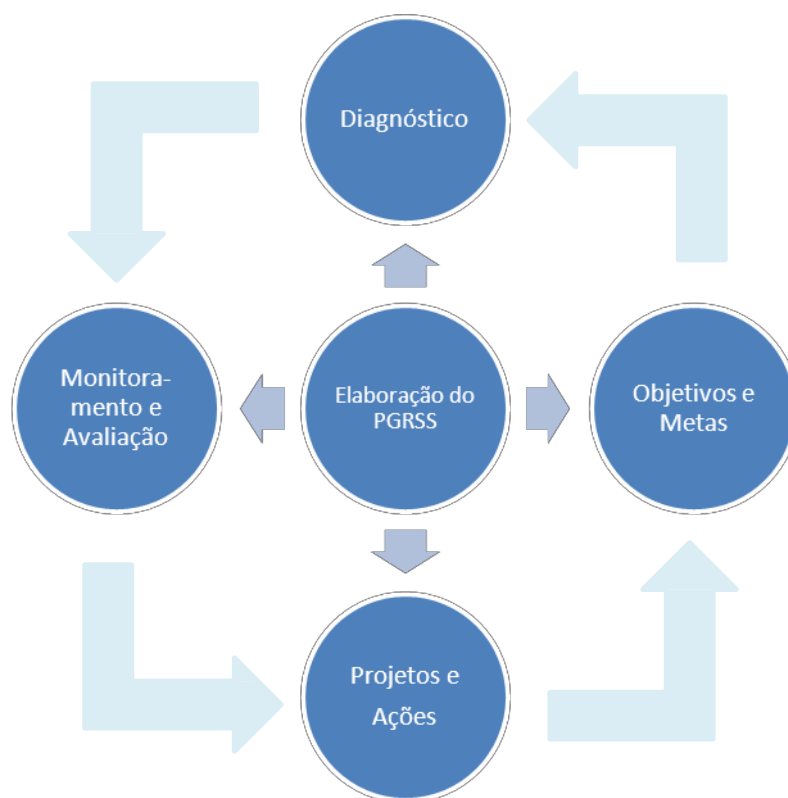
O município de Boa Vista do Inkra está localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo dados do IBGE (2010) possui uma população estimada de 2.425 habitantes, área territorial de 503,471 de km², densidade demográfica de 4,82 (hab/Km²) e se localiza a 385 km da capital do estado, Porto Alegre.

O município possui apenas uma UBS, a Unidade Básica de Saúde Felice Trenhago, que conta com aproximadamente 40 funcionários, com horário de funcionamento das 7 horas e 30 minutos da manhã às 17 horas e 30 minutos da tarde, após este horário vigora o sistema de plantão.

III. RESÍDUOS SÓLIDOS

O processo de elaboração do Plano de Gerenciamento Integrado de Resíduos Sólidos (PGRSS) do município de Boa Vista do Incra terá caráter contínuo e será desenvolvido em várias etapas distintas e inter-relacionadas entre si, conforme demonstrado na Figura 1.

A elaboração do referido PGRSS será alicerçada na Lei Federal nº 12.305/2010 que trata da Política Nacional de Resíduos Sólidos, a qual estabelece princípios, instrumentos e diretrizes para a gestão integrada e gerenciamento dos resíduos sólidos, indicando as responsabilidades dos geradores, do poder público e dos consumidores além de definir os princípios importantes como: o da preservação e precaução, do poluidor-pagador, da ecoeficiência, da responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos, do reconhecimento do resíduo como bem econômico e de valor social, entre outros.



O PGRSS terá sua primeira versão elaborada em agosto de 2012 e vigência indeterminada. O horizonte de atuação dos cenários, programas e metas será neste primeiro momento de 20 anos, devendo ser observada sua atualização ou revisão a cada 4 anos.

Conceitua-se Resíduo Sólido de Saúde - RSS, como aquele, que embora possua características dos resíduos sólidos em geral, possui a especificidade da atividade de saúde em que é produzido. Os RSS representam uma parcela significativa dos resíduos sólidos e são compostos por diferentes frações geradas nas suas seções, compreendendo desde os materiais perfuro cortantes contaminados com agentes biológicos, peças anatômicas, produtos químicos tóxicos e materiais perigosos como solventes, quimioterápicos, produtos químicos fotográficos, formaldeído, radionucleídeos, mercúrio e até vidros vazios, caixas de papelão, papel de escritório, plásticos descartáveis e resíduos alimentares, que se não forem gerenciados de forma adequada, representam fontes potenciais de impacto negativo no ambiente e de disseminação de doenças, podendo oferecer perigo para os trabalhadores do estabelecimento de saúde, bem como para os pacientes e para a comunidade em geral (BRASIL, 2001).

É importante salientar que os Resíduos de Serviços de Saúde – RSS não se restringem apenas aos resíduos gerados nos hospitais, mas também a todos os demais estabelecimentos geradores de resíduos de saúde, a exemplo de postos de Saúde, laboratórios patológicos e de análises clínicas, clínicas veterinárias, centros de pesquisas, laboratórios, banco de sangue, consultórios médicos, odontológicos e similares.

A RDC nº33 preconiza que o gerenciamento dos “RSS” constitui-se num conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Para a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde deverá ser avaliado os critérios e padrões fixados por órgão ambiental que preconiza-os. Cada Grupo de Resíduos de Serviços de Saúde devem receber tratamento diferenciado, observando-se que tipo de lixo é gerado no estabelecimento de serviço. Cabe aos Profissionais de saúde conhecer as fontes geradoras dos resíduos e dispor rotinas para classificar, manusear, segregar adequadamente os RSS e conhecer o sistema de identificação quanto aos símbolos, cores e tipos de recipientes.(RDC nº 33 de 25.02.2003)

Manejo Interno: No manejo interno é fundamental que seja realizado o correto trabalho de segregação no interior da unidade de serviço de saúde de forma a permitir a redução da quantidade dos resíduos infectantes. As principais etapas do manejo interno do RSS nas Unidades de serviços de saúde são:

Segregação: separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com suas características físicas, químicas e biológicas, a sua espécie e seu estado físico.

Acondicionamento: Consiste no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com suas características, em sacos e/ou recipientes impermeáveis, resistente á punctura, ruptura e vazamentos.

Identificação: conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo do RSS.

Transporte Interno: consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa.

Armazenamento temporário: guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento, e otimizar o traslado entre os pontos geradores e ponto destinado à apresentação para a coleta externa.

Armazenamento Externo: consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo com a cesso facilitado para os veículos coletores.

Coleta e Transporte Externo: consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final. A coleta da parcela infectante do RSS deve ser feita por equipamento/veículo específico e atender as Normas NBR 2.810 e NBR 14.652 da ABNT.

Tratamento: o tratamento dos RSS tem como objetivo utilizar técnicas e processos para alterar ou trocar as características dos resíduos antes de sua destinação final. Para a parcela infectante dos RSS os sistemas de tratamento deverão permitir sua esterilização ou desinfecção para torná-lo não perigoso e desta forma sua disposição final juntamente com os resíduos domésticos e públicos.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

GRUPO A - POTENCIALMENTE INFECTANTES

Possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

A1 - culturas e estoques de agentes infecciosos, resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto hemoderivados, descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados, meios de cultura, resíduos de laboratório de genética.

A2 - bolsas de sangue ou hemoderivados

A3 - peças anatômicas

A4 - carcaças, peças anatômicas e vísceras de animais e camas dos mesmos.

A5 - resíduos provenientes de pacientes que contenham ou sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco IV, que apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação

A6 - kits de linhas arteriais endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases oriundos de área crítica.

A7 - órgão, tecidos e fluídos orgânicos com suspeita de contaminação com proteína priônica e resíduos resultantes de atenção à saúde desses indivíduos ou animais

GRUPO B - QUÍMICOS E MEDICAMENTOS

Resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de corrosividade, inflamabilidade, reatividade e toxicidade.

B1 - resíduos de medicamentos ou insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais impróprios para consumo: produtos hormonais, antibacterianos, citostáticos, antineoplásicos, digitálicos, imunossupressores, imunomoduladores e anti retrovirais.

B2 - Demais medicamentos não enquadrados no Grupo B1.

B3 - Resíduos de insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria do MS344/98 e suas atualizações.

B4 - Saneantes, desinfetantes e desinfetantes.

B5 - Substâncias para revelação de filmes de raios x.

B6 - Resíduos contendo metais pesados.

B7 - Reagentes para laboratório, isolados ou em conjunto.

B8 - Outros resíduos contaminados com substâncias químicas perigosas.

GRUPO C - REJEITOS RADIOATIVOS

Resíduos contaminados com radionuclídeos

Orientações específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN

-NE - 6.02

GRUPO D – RESÍDUOS COMUNS

Resíduos comuns, semelhantes aos resíduos urbanos.

Latas, papel, papelão, etc.

GRUPO E – PERFURO CORTANTES

Todos os objetos perfuro cortantes.

Lâminas de barbear, bisturi, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, lâminas e outros assemelhados provenientes de serviços de saúde.

IV. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE – MEDICAMENTOS.

DIAGNÓSTICO

A etapa de diagnóstico é fundamental e caracterizará a situação atual dos resíduos sólidos em saúde – medicamentos, além do mais serão caracterizados os diversos serviços e atividades, estudados os principais problemas e causas e possíveis alternativas para sua solução.

A observação de estabelecimentos de serviços de saúde tem demonstrado que os resíduos do Grupos A, B, C e E são no conjunto, 25% do volume total. Os do Grupo D (resíduos comuns e passíveis de reciclagem, como as embalagens) respondem por 75% do volume (MMA, 2011).

O município possuía um contrato com uma empresa terceirizada responsável pela coleta e destinação final dos resíduos de saúde da UBS, mas os medicamentos vencidos, pertencentes ao Grupo B, não são segregados dos demais resíduos de saúde. Além disso,

outros problemas diagnosticados neste setor são a falta de controle de estoque, ausência de uma lista básica de medicamentos municipal, falta de profissionais capacitados gestão ineficiente dos recursos. Os medicamentos vencidos também não são recolhidos de forma periódica pela empresa, ou seja, trimestralmente ou semestralmente como é recomendado.

OBJETIVOS E METAS:

- Redução do volume de resíduos perigosos e sua periculosidade;
- Redução gradual dos RSS – Medicamentos descartados. Com redução de 10% no primeiro ano, 20% no segundo ano, 30% no terceiro ano e 40% no quarto ano de implantação do PGRSS – Medicamentos;
- Diminuir o valor financeiro gasto pelo município com a destinação final dos medicamentos vencidos;
- Segregação dos RSS - Medicamentos dos outros resíduos em saúde, no momento e local de sua geração;
- Segregação dos RSS recicláveis, comuns (grupo D), no momento e local de sua geração;
- Garantir formas de tratamento de RSS - Medicamentos eficientes e eficazes, através de empresa licenciada para este fim;
- Estabelecer uma periodicidade na coleta dos RSS – Medicamentos pela empresa responsável;
- Implantar um rigoroso controle de estoque na farmácia pública municipal, a fim de diminuir a geração de resíduos do Grupo B;
- Exigir um prazo de validade mínimo de um ano quando da aquisição dos medicamentos;
- Instituir um plano de gestão que racionalize a compra e dispensação de medicamentos no município;
- Instituir a Relação Municipal de Medicamentos Essencias – REMUME, e divulga-la, a fim de contar com a participação e colaboração dos médicos na sua utilização;
- Interagir com os médicos prescritores a fim de padronizar as dispensações;
- Conscientizar profissionais de saúde e pacientes quanto ao descarte correto dos medicamentos;
- Criar cartilhas para a distribuição para a população sobre o correto descarte dos medicamentos;
- Instituir postos de coleta de medicamentos vencidos da comunidade;

Readequar o espaço físico da farmácia pública municipal, com instalação de sistema de ar-condicionado para melhor acondicionamento dos medicamentos; e
Treinamento e capacitação contínua para os funcionários.