UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

DILSON BRAZ DA SILVA JUNIOR

Assistência farmacêutica em um município do estado de São Paulo:
diagnóstico e perspectivas

Ribeirão Preto

2006

DILSON BRAZ DA SILVA JUNIOR

**Assistência farmacêutica em um município do estado de São Paulo:
diagnóstico e perspectivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Área de concentração: Medicamentos e Cosméticos

Orientador: Newton Lindolfo Pereira

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Silva Júnior, Dílson Braz

Assistência farmacêutica em um município do estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas. Dílson Braz da Silva Júnior; orientador: Newton Lindolfo Pereira.

Ribeirão Preto, 2006.

41.: il. ;

Dissertação (Mestrado – Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas)
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Linha de Pesquisa: Assistência Farmacêutica

1. Assistência Farmacêutica 2. Política de medicamentos 3. Utilização Racional de Medicamentos

FOLHA DE APROVAÇÃO

Dílson Braz da Silva Júnior

Assistência Farmacêutica em um município de São Paulo: diagnóstico e Perspectivas

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Medicamentos e cosméticos

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Às pessoas que lutam em prol da utilização
racional de medicamentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me agraciar com a vida e iluminar meus caminhos.

A minha família, pela dedicação e confiança depositada.

À tia Jacira, pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha vida.

À Universidade de São Paulo, pela oportunidade da realização de cursos de qualidade.

Ao Prof. Newton Lindolfo, pelo apoio dado no processo de construção deste trabalho.

Ao Prof. Ajith Kumar Sankarankutty, por participar da idealização deste trabalho e pelo empenho para que o mesmo se concretizasse.

Aos meus amigos, em especial, Fernando Fávero e Daniel Moreira, pela motivação e companheirismo.

À farmacêutica Clície Araújo, por toda a paciência, perseverança, e preciosa ajuda neste trabalho.

À Dra. Cristina Franca e ao Professor João dos Reis de Almeida Silva (João da Caixa) pelo apoio ao desenvolvimento deste projeto em Cássia dos Coqueiros.

Ao Dr. Fernando Dipe de Matos, pelo exemplo de dedicação à atenção à saúde dos indivíduos e pelos muitos ensinamentos clínicos.

Ao Thiago Marchesani e Silvio Santos, que sempre foram fiéis e parceiros na busca por melhorias na Assistência Farmacêutica em Cássia dos Coqueiros.

À Cida, Jandira, Maria Aldir, Tiana, Terezinha Manço, Andréa, Cuca, Rita e Lucélia, que foram pessoas especiais na minha trajetória em Cássia dos Coqueiros.

Aos demais funcionários da Prefeitura de Cássia dos Coqueiros, pela atenção sempre prestada.

À população de Cássia dos Coqueiros, pelo acolhimento e pelo carinho.

“O importante é termos a capacidade de sacrificar aquilo que somos para ser aquilo que podemos ser”.

Charles Dubois

RESUMO

SILVA JUNIOR, D.B. Assistência Farmacêutica em um município de São Paulo: diagnóstico e perspectivas. 2006. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Farmacêutico como membro de equipes multiprofissionais tem impacto positivo na segurança da utilização do medicamento e na promoção do uso racional. Sua inclusão na equipe da atenção primária para assegurar Assistência Farmacêutica (AF) de qualidade é responsabilidade dos gestores municipais. Em Cássia dos Coqueiros – SP, com 3000 habitantes, diagnóstico prévio indicou que 25% dos recursos da saúde eram destinados aos medicamentos, sugerindo uso irracional e inapropriado. Este estudo com intervenção teve como objetivo a aplicação de conceitos, princípios, regulamentações e práticas farmacêuticas para a utilização racional de medicamentos e organização de AF de qualidade no município, através da contratação de farmacêutico com habilidades clínicas. Compararam-se características da AF sem e com farmacêutico, empregando-se indicadores de estrutura, processo e resultados descritos na literatura. As intervenções para a organização da gestão da AF foram (i) de natureza gerencial e operacional, seguindo a legislação vigente e com desenho logístico para atender o paciente como alvo prioritário das ações da Farmácia em conjunto com profissionais de saúde, e (ii) de natureza clínica visando dispensação de qualidade, atenção farmacêutica, trabalho de colaboração com médico, orientação de acadêmicos e membros da equipe de saúde sobre prescrição e uso racionais de medicamentos. Indicadores de estrutura e processo mostraram aprimoramento da AF e os indicadores de resultados definiram as metas alcançadas com as práticas. Verificou-se redução de gastos com medicamentos da ordem de 66%. Um total de 3.976 pacientes distintos foi atendido de 2002 a 2005, e a 63,25% foi prescrito ou dispensado medicamento em um único ano, enquanto 5,44% tiveram dados de utilização de medicamento nos quatro anos. Na ausência de farmacêutico, ocorria acesso total e irrestrito aos medicamentos prescritos nas Unidades de Saúde. O processo de prescrição e dispensação e conseqüente uso pelo paciente tornaram-se mais racionais devido à presença do farmacêutico (desde fevereiro de 2004) e médico contratado (desde maio de 2004), à lista padronizada e outros requisitos de racionalização. A variedade média do biênio 2004-2005, com farmacêutico, de medicamentos, de especialidades expressa em nome genérico e de número de grupos farmacológicos ou similares (códigos ATC) reduziram 71,68%, 63,4 % e 62,17% respectivamente. Ao longo dos anos verificou-se redução de 41,8% a 53,8% do total de especialidades farmacêuticas utilizadas e de 47,1 a 48,4% do número de códigos ATC para corte em 95%. Os 50 itens mais prescritos sem farmacêutico perfizeram uma média de 35,7% do total, enquanto que os 10 itens mais freqüentes representavam somente 14,83. Com farmacêutico os 10 itens perfizeram uma média de 49,08% do total. A variação de medicamentos pertencentes à lista padronizada foi de 58,2 % sem e 89,6% com farmacêutico, concluindo-se que o profissional do medicamento pode, dentro de suas atividades clínicas, atuando em conjunto com o prescritor, promover a utilização racional de medicamentos e que as estratégias podem ser aplicadas a outros municípios.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica, Política de Medicamentos, Utilização Racional de Medicamentos.

ABSTRACT

SILVA JUNIOR, D.B. Pharmaceutical Assistance in a municipality of Sao Paulo state: analysis and perspective. 2006. 154 f. Dissertation (Master's degree) – School of Pharmaceutical Sciences of Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2006.

Pharmacists as a multi-professional team member have positive impact on medication safety and on promotion of the rational drug use. Their inclusion in primary care team to assure quality of Pharmaceutical Assistance (PA) in Brazil is a municipal managers' responsibility. In Cassia dos Coqueiros- SP, with 3000 inhabitants, previous diagnosis indicated that 25% of healthcare expenditures were related to medicines, suggesting irrational and inappropriate drug utilization. The aim of this interventional study was to apply concepts, principles, and regulations of pharmaceutical practices to improve rational use of medicines and establishing a high-quality PA in the district, through recruiting a pharmacist with clinical abilities. PA characteristics were compared prior and after the pharmacist interventions, using structure, process and outcome quality indicators as described in the literature. The interventions for PA management organization were (a) of administrative and operational nature, according to legal and logical principles to assist the patient as the primary target of Pharmacy actions together with other health care providers; and (b) of clinical nature, aiming qualified dispensing, pharmaceutical care, collaboration team drug management, and students and healthcare team members supervision on prescription and use of medicines. Structure and process indicators showed improved PA and outcome indicators defined the purpose achieved with pharmaceutical practices. Reduction of 66% in medication expenses was verified. A total of 3,976 different patients were assisted from 2002 to 2005, and to 63.25% of them, it was prescribed or dispensed medicine in a single year, while 5.44% had been given medications for four years round. Prior to pharmacist recruitment, total and unrestricted access to medicines prescribed at healthcare settings was observed. More rational prescribing and dispensing process and consequent use of medicines were attained due to pharmacist's practice, after taking into service in February, 2004, to the hired physician since June 2004, to the essential medicine list, and to other rationalizing requirements. During the biennium 2004-2005, with pharmacist, the average variety of drugs, pharmaceutical specialties product and number of pharmacological groups or similar (ATC codes) reduced 71.68%, 63.4% and 62.17%, respectively. Along the studied years, reduction of 41.8% to 53.8% of total pharmaceutical specialty product number was verified and from 47,1 to 48,4% of the number of ATC codes for a 95% cut off. Without the pharmacist, the 50 more prescribed items has reached an average of 35.7% of the total, while the 10 most frequent items has only represented 14.83%. With pharmacist, the top 10 utilized items yielded an average of 49.08% of the total. The variation of medicines in agreement with the essential medicines list was of 58.2% without and of 89.6% with pharmacist. Thus, pharmacist when performing clinical pharmacy practice, together with prescribers, can promote rational use of medicines. These strategies may be applied to other municipal districts.

Key words: Drug Policies, Rational Medicine Utilization.

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
Figura 1. Estrutura para a garantia do acesso a medicamentos essenciais.	25
Figura 2. Ciclo da Assistência Farmacêutica.	29
Figura 3. Evolução dos principais gastos com medicamentos do Ministério da Saúde.	43
Figura 4. Mapa do Estado de São Paulo com ampliação da Região de Cássia dos Coqueiros.	55
Figura 5. Distribuição da população do município de Cássia dos Coqueiros/SP por faixa etária.	56
Figura 6. Gastos com medicamentos por fonte.	96
Figura 7. Gastos mensais com medicamento da Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros - SP, em 2004, por modalidade de compra.	97

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
Quadro 1. Rede de laboratórios oficiais por região.	34
Quadro 2. Tipos de prescrição inadequadas.	37
Quadro 3. Classificação dos problemas relacionados a medicamentos.	51
Quadro 4. Natureza dos dados utilizados divididos por ano.	66
Quadro 5. Dados excluídos e argumentos para a exclusão.	67
Quadro 6. Indicadores de avaliação da assistência farmacêutica – estrutura.	91
Quadro 7. Indicadores de avaliação da assistência farmacêutica – processo.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela		Página
Tabela 1.	Evolução do gasto nos programas estratégicos de assistência farmacêutica por categoria	44
Tabela 2.	Receita do município de cássia dos coqueiros – sp no ano de 2003	58
Tabela 3.	Número de itens selecionados classificados por ano	66
Tabela 4.	Distribuição do numero de medicamentos prescritos ou dispensados por ano e por mês constantes do banco de dados para análise	67
Tabela 5.	Gastos públicos com medicamentos no ano de 2003	95
Tabela 6.	Gastos públicos com medicamentos no ano de 2004	95
Tabela 7.	Distribuição dos pacientes de acordo com prescrição ou dispensação de medicamentos nos anos de 2002 a 2005.	100
Tabela 8.	Distribuição do número de especialidades farmacêuticas, nomes genéricos da especialidade e códigos atc, em função do ano.	102
Tabela 9.	Distribuição do número de nomes genéricos de medicamentos prescritos ou dispensados e os valores correspondentes para cortes que continham 80%, 90% ou 95% do total de cada ano	103
Tabela 10.	Distribuição do número de códigos atc (4 dígitos) de medicamentos prescritos ou dispensados e os valores correspondentes para cortes que continham 80%, 90% ou 95% do total de cada ano	103
Tabela 11.	Distribuição do percentual do número de medicamentos mais prescritos ou dispensados dos valores correspondentes do total de cada ano.	104
Tabela 12.	Número de itens de medicamentos prescritos ou dispensados e sua porcentagem correspondente de acordo com a padronização.	105
Tabela 13.	Indicadores de uso racional pela prescrição	106

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
Anexo 1. Indicadores de avaliação da assistência farmacêutica	122
Anexo 2. Folha de aprovação do comitê de ética	131
Anexo 3. Cartão de medicamentos – Cartão verde	133
Anexo 4. Planilha do programa Microsoft Excel utilizada no trabalho	135
Anexo 5. Lista de medicamentos fornecidos pelo HCFMRP-USP em 2003	138
Anexo 6. Lista de medicamentos fornecidos pelo HCFMRP-USP em 2005	141
Anexo 7. Lista de medicamentos padronizados de Cássia Dos Coqueiros – SP	143
Anexo 8. Medicamentos do Programa Dose Certa – Saúde Mental	150
Anexo 9. Medicamentos do Programa Dose Certa	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
ATC	Anatômico, Terapêutico e Químico (Sistema de classificação de medicamentos)
CEME	Central de Medicamentos
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CMSCPF	Centro Médico Social Comunitário "Pedreira de Freitas"
CMT	Comissão de Medicamentos e Terapêutica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DFC	Doses fixas combinadas (medicamentos com mais de um princípio)
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
Farmanet	Sistema de Gerenciamento dos Programas da Assistência Farmacêutica
FDA	Food and Drug Administration - Órgão regulador de medicamentos nos EUA.
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Furp	Fundação para o Remédio Popular
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OTC	Medicamentos de venda livre
PAF	Programa de Assistência Farmacêutica
PAFB	Programa de Assistência Farmacêutica Básica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problema Relacionado ao Medicamento
PSF	Programa de Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RME	Relação de Medicamentos Essenciais
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHA	World Health Assembly (Assembleia Mundial de Saúde)
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMARIO

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1. A Utilização de Medicamentos.....	20
2.2. Políticas de Medicamentos: estratégias para garantir acesso e uso racional	23
2.3. A Assistência Farmacêutica.....	26
2.3.1. O Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	28
2.3.2. O financiamento e abastecimento de medicamentos no SUS.....	39
2.3.3. Os programas de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	43
2.4. O papel do farmacêutico: evolução ao longo dos anos, revolução ou transformação da prática, missão e formação acadêmica.....	46
2.5. O papel do farmacêutico no serviço público de saúde.....	47
2.6. O desenvolvimento da Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica.....	49
2. OBJETIVOS	52
2.1. Objetivos Gerais.....	53
2.2. Objetivos Específicos.....	53
3. METODOLOGIA	54
3.1. Tipo de Estudo	55
3.2. Local de Estudo: Caracterização do Município e do Sistema de Saúde	55
3.3. O Sistema de Saúde.....	60
3.4. Coleta e organização dos dados sobre medicamentos.....	64
3.5. Avaliação da assistência farmacêutica	68
3.6. Intervenção do farmacêutico no desenvolvimento da prática farmacêutica.....	69
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.1. Os medicamentos no município em estudo	71
4.2. Descrição da Assistência Farmacêutica (sem farmacêutico).....	72
4.2.1. Estrutura.....	72
4.2.2. Processo	75
4.3. Intervenções do Farmacêutico e o Desenvolvimento de Práticas de Farmácia Clínica... 78	
4.3.1. Intervenções gerenciais e operacionais	79
4.3.2 Intervenções de natureza clínica	85
4.4. Comparação da Assistência Farmacêutica com Farmacêutico e sem Farmacêutico.	91
4.4.1. Indicadores de Estrutura	91
4.4.2. Indicadores de Processo.....	93
4.4.3. Indicadores de Resultado.....	94
4.5. Avaliação da qualidade da Assistência Farmacêutica em Cássia dos Coqueiros	107
5. CONCLUSÕES.....	109
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

1. INTRODUÇÃO

A partir do século XX, a farmacoterapia despontou como a ferramenta mais empregada no tratamento das doenças, de sintomas e para a recuperação da saúde. A grande disponibilidade de medicamentos industrializados e prontos para o uso tornou-se um suporte essencial à prática médica contemporânea. Antes de 1950, as possibilidades de uma efetiva utilização de medicamentos eram muito pequenas. A partir de então as pesquisas sobre fármacos e medicamentos e o conseqüente desenvolvimento tecnológico deram enormes contribuições à medicina, com grande aumento das opções terapêuticas.

Concomitantemente, criou-se na população uma expectativa cultural e social da existência de um remédio para todos os males. A prescrição de medicamentos tornou-se o produto final ou o ato final de uma consulta bem sucedida, portando-se como símbolo da habilidade profissional do prescritor e de sua atenção para com o paciente (LEFÈVRE, 1987).

A propaganda e marketing das grandes empresas farmacêuticas sobre os prescritores tornou a utilização excessiva do medicamento uma prática comum, gerando problemas, ao invés de combatê-los. Esta questão é ainda agravada pela prática da empurroterapia, ou seja, a indução à compra efetuada nas farmácias e drogarias trazendo vantagens materiais aos dispensadores, intensificando a prática inadequada da utilização de medicamentos.

Reconhece-se mundialmente que o uso irracional de medicamentos ocorre por excesso, por falta, por uso desnecessário ou impróprio. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), vários fatores contribuem para este problema, entre eles a falta de informações claras e objetivas sobre os medicamentos para os que prescrevem e para os que consomem. Isto influencia a escolha dos medicamentos e encoraja as pessoas a usarem medicamentos inadequadamente em situações que talvez nem fossem necessários (WHO, 1997a). O próprio perfil de consumo de medicamentos da população brasileira revela que entre os campeões de venda encontram-se vários de eficácia terapêutica duvidosa (ROSENFELD, 1989). Reconhece-se que os custos do uso irracional de medicamentos e dos erros de medicação são

imensos para a sociedade (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; MANASSE JR, 1989a, 1989b).

A má utilização de medicamentos é uma questão discutida há algumas décadas pela OMS, que desde a vigésima oitava Assembléia Mundial de Saúde, em 1975, está convencida da necessidade do desenvolvimento de políticas de medicamentos que ligassem a pesquisa de fármacos, produção e distribuição às reais necessidades de saúde (WHO, 1977).

Dessa forma, a elaboração de políticas de medicamentos constitui estratégia fundamental para garantir acesso da população aos medicamentos essenciais e promover o uso racional. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998), fruto de uma longa discussão que se iniciou em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), veio como uma proposta para reorganizar a Assistência Farmacêutica (AF) e adequá-la às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, no Brasil, desenvolvem-se programas de AF dentro de uma nova concepção de saúde, sendo esta mais um elemento importante da reforma sanitária que se passa no país.

Neste novo modelo de atenção à saúde, a descentralização da gestão e dos recursos buscou trazer as ações para mais próximo dos problemas. O gerenciamento dos serviços de saúde passa a ser atribuição dos estados e municípios. Municípios maiores, com organização administrativa dividida em vários setores que se completam e se fiscalizam tiveram de se estruturar para se adequarem ao novo modelo. No entanto, estruturas administrativas extremamente simples de alguns municípios de pequeno porte¹ podem não ser adequados para a nova responsabilidade, resultando em baixa qualidade do serviço e má aplicação dos recursos. A AF, dentro deste contexto, é um dos setores fundamentais e de crescente importância, tendo o medicamento como insumo essencial e requer farmacêuticos

¹ No estado de São Paulo, mais de 50% dos municípios possuem menos de 15.000 habitantes, com quase metade destes possuindo menos de 5.000 habitantes, de acordo com a previsão do IBGE (2006).

preparados para sua gestão. Contudo, atualmente muitos municípios ainda não possuem farmacêutico no gerenciamento da AF.

É cada vez mais evidente que a formação crítica de dispensadores, prescritores, gestores e a do público em geral é elemento importante na implantação de políticas que visam melhorar a utilização de medicamentos.

Neste trabalho analisou-se a AF em seus aspectos gerenciais e clínicos em Cássia dos Coqueiros, município de pequeno porte no interior de São Paulo. Observou-se também a qualidade do serviço na ausência e na presença de farmacêutico, considerando que este, o profissional do medicamento, é capaz de causar impacto na segurança da utilização de medicamentos e na promoção do uso racional (BOND et al, 2001, 2002).

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. A Utilização de Medicamentos

A utilização de medicamentos é um processo complexo definido pela OMS como “a comercialização, aquisição, distribuição, prescrição, dispensação e o uso pelo paciente, de medicamentos em uma sociedade, enfatizando especialmente suas consequências médicas, sociais e econômicas resultantes” (WHO, 1977).

Para que a utilização do medicamento se efetive é necessário que os indivíduos tenham acesso ao produto farmacêutico. No mundo todo, o cenário de desigualdade nos revela dados impressionantes. Em 1999, os 15% da população que vive nos países desenvolvidos compraram e consumiram 90% do total de medicamentos em valor, e em torno de 30% (entre 1,3 a 2,1 bilhões) da população mundial, concentrada principalmente na África e na Índia, não possui acesso a medicamentos essenciais¹. Somente nas Américas, estima-se que 14% da população não adquirem os medicamentos de que necessita (WHO, 2004).

O Brasil, como todos os países em desenvolvimento, também enfrenta problemas de acesso de sua população aos medicamentos. Na década de oitenta, a antiga Central de Medicamentos (CEME), órgão do governo federal extinto em 1997, relatou que somente 48% da população brasileira teve acesso aos medicamentos essenciais (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994). No mesmo ano, o Brasil dotava-se de um mercado farmacêutico em franco desenvolvimento, ocupando o oitavo lugar entre os dez principais do mundo, que ao final da década de 90, era estimado em 10,3 bilhões de dólares, considerando os setores público e privado (COHEN, 2000). Este aumento de comércio de medicamentos deve ser atribuído ao sucesso da Indústria Farmacêutica que, só na década de 70, cresceu cerca de 300% (SILVA; MENDES; FREITAS, 2002). No entanto, o aumento do mercado farmacêutico não minimizou seu caráter concentrador no Brasil, com apenas 15% da população consumindo quase a metade (48%) da produção nacional de medicamentos, enquanto 51% da população, com

¹Medicamentos que satisfazem às necessidades de atenção à saúde da maioria da população, selecionados com base em sua relevância na saúde pública, com evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade. Devem estar disponíveis em todo momento, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas, com qualidade assegurada e a preços acessíveis para a comunidade (WHO, 2002a).

renda até quatro salários mínimos, adquirindo somente 16% do que é produzido, segundo dados da PNM (BRASIL, 1998).

Mesmo para a parcela da população em que o acesso aos medicamentos é assegurado, a farmacoterapia muitas vezes não se traduz na resolução dos problemas de saúde, e algumas vezes, gera novas complicações, resultantes da utilização inadequada de medicamentos. No mundo todo, medicamentos são mal utilizados e este cenário se reproduz no Brasil.

Ao contrário do que a população pensa, a ocorrência de eventos adversas a medicamentos, bem como de intoxicações, são bastante comuns. Estima-se que eventos adversos a medicamentos (EAM) matam por ano no Estados Unidos cerca de 100.000 pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999), ocorrendo em 5 a 10% dos pacientes hospitalizados (LAZAROU; POMERANZ; COREY, 1998).

A utilização inadequada da medicação ocorre também com a auto-administração dos medicamentos ou *automedicação*, que aliada ao hábito cultural de consumir produtos farmacêuticos facilmente adquiridos sem a prescrição médica, tornam os problemas com os medicamentos fatos comuns nos países em desenvolvimento (BAPNA; TRIPATHI; TEKUR, 1996).

Outra questão cultural importante é a associação que os indivíduos fazem de que a qualidade do profissional médico está ligada a sua predisposição para prescrever medicamentos (COHEN, 2000). Isto contribui para o aumento da *medicalização*, entendida como a ampliação crescente da intervenção da medicina na vida das pessoas (BARROS, 1983), e contrapõe-se à prática da utilização racional.

Os altos índices de morbi-mortalidade decorrentes da prática dos profissionais de saúde no trato com os medicamentos e conseqüentes prejuízos financeiros, cada vez mais, chamam à atenção autoridades sanitárias, pesquisadores e profissionais de saúde. Vários estudos realizados, geralmente em ambiente hospitalar, permitiram caracterizar o uso inadequado de

medicamentos, os erros de medicação e os PRM. (CASSIANI; UETA, 2004; HEPLER; STRAND, 1990). Estes, na maioria dos casos, poderiam ser evitados, através de ações de promoção do uso correto e racional de medicamentos e atividades clínicas do farmacêutico atuando junto a equipes de saúde e aos pacientes (HEPLER; STRAND, 1990; JOHNSON; BOOTMAN, 1995,1997; MANASSE JR, 1989b; STRAND; CIPOLLE; MORLEY, 1990).

Estima-se que mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e que metade dos pacientes não tomam seus medicamentos corretamente (BRUNDTLAND, 1999). Além disso, o uso exagerado (*overuse*), insuficiente (*underuse*) ou incorreto (*misuse*) resulta em danos à saúde dos indivíduos e grande desperdício de recursos financeiros, que poderiam ser empregados diretamente na prevenção e no controle das doenças (WHO, 2006).

O uso irracional é, portanto, um grande problema mundial. Exemplos de uso irracional de medicamentos incluem o uso de muitos medicamentos por paciente (polifarmácia); uso inadequado de antibióticos, frequentemente na dose incorreta, para infecções não bacterianas; uso excessivo de injeções, quando formulações orais seriam mais apropriadas; prescrições discordantes de protocolos clínicos estabelecidos; automedicação irresponsável, geralmente de medicamentos sujeitos à prescrição e a não adesão à farmacoterapia. Para promover o uso mais racional de medicamentos, a OMS sugere doze intervenções (WHO, 2002b):

1. Criação de um grupo multidisciplinar nacional para coordenar políticas a cerca do uso de medicamentos.
2. Utilização de protocolos clínicos.
3. Confeção e utilização de uma relação nacional de medicamentos essenciais.
4. Criação de comissões de farmácia e terapêutica em distritos e hospitais.
5. Inserção do treinamento em farmacoterapia baseado em problemas nos currículos de graduação.
6. Educação médica permanente em serviço como requisito para registro profissional.

7. Supervisão, auditoria (avaliação) e resposta.
8. Aplicação de informações independentes sobre medicamentos.
9. Educação da população sobre medicamentos.
10. Evitar incentivos financeiros pervertidos.
11. Uso de um sistema de regulação apropriado e fortalecido.
12. Investimentos suficientes dos governos para assegurar a disponibilidade de medicamentos e de recursos humanos.

As intervenções sugeridas pela OMS, bem como outras estratégias descritas em diversos documentos da instituição, constituem elementos de importância indiscutível na definição de políticas de medicamentos que foram adotadas em alguns de seus países signatários, como no Brasil.

2.2. Políticas de Medicamentos: estratégias para garantir acesso e uso racional

Tanto no mundo industrializado como nos países em desenvolvimento, a criação de novos fármacos e produtos farmacêuticos, produção e venda de medicamentos estão sujeitas a um conjunto de leis, regulamentos administrativos e técnicos, que tratam basicamente da eficácia e segurança, garantia da qualidade, de boas práticas de produção, informação, dos requisitos de competência (farmacêutico e médico) e de aspectos de gastos e preços. Desta forma, o mercado de medicamentos, diferente do comércio de outros bens de consumo, não se autoregula, e requer a intervenção do Estado (JONCHEERE, 1997).

Uma política de medicamentos é fundamental para se coordenar as diferentes ações e interferências do Estado e do setor privado, assegurando que a população tenha acesso a um arsenal terapêutico eficaz, seguro, de qualidade e a preços justos.

Na vigésima oitava Assembléia Mundial de Saúde (WHA), em 1975, houve o consenso da necessidade do desenvolvimento de políticas de medicamentos focadas nas necessidades da

população e que direcionasse a produção e o mercado de produtos farmacêuticos (WHO, 1977). Tornou-se um marco para uma nova política. Subseqüentemente, houve o primeiro encontro da OMS sobre políticas de medicamentos (dezembro de 1976) que resultou na publicação de um instrumento fundamental, a primeira Lista Modelo de Medicamentos Essenciais, em 1977, como norteadora do acesso e da utilização de medicamentos mais seguros, eficazes e custos-efetivos (WHO, 1977).

Desde então a OMS vem coordenando ações, desenvolvendo programas e elaborando documentos que dão suporte aos países interessados na implantação de uma política nacional de medicamentos com desenvolvimento de uma assistência farmacêutica de qualidade.

Um conjunto volumoso de estudos de utilização de medicamentos e farmacoepidemiológicos deram apoio para, em 1984, a trigésima terceira Assembléia Mundial de Saúde tomar uma resolução, a WHA 37.33 (WHO, 1985), a respeito do uso racional de medicamentos que resultou na Conferência de Peritos sobre Uso Racional de Medicamentos.

O esforço contínuo da OMS por meio de estratégias revisadas de medicamentos e trabalhos de grupo dos especialistas culminou na elaboração do “WHO Guidelines for developing national drug policies” (1988), cuja versão atualizada incorpora a experiência de mais de 60 países com a coordenação estratégica do “Action Programme on Essential Medicines” da OMS (WHO, 1999).

Muitas das ações para assegurar acesso a medicamentos essenciais foram discutidas e definiu-se a estrutura de acesso como sendo dependente de quatro fatores fundamentais: **(i)** o uso racional, **(ii)** preços acessíveis, **(iii)** financiamento sustentável e **(iv)** sistemas de saúde e de abastecimento confiáveis. Estes quatro fatores devem estar muito bem interligados, conforme ilustrado na Figura 1 para que o medicamento esteja disponível nos locais onde são requeridos e no momento em que são necessários, na quantidade e qualidade adequadas (WHO, 2000).

Figura 1. Estrutura para a garantia do acesso a medicamentos essenciais.
Adaptado de WHO, 2000.

Apesar de o Brasil ser um dos principais mercados mundiais de medicamentos e apresentar um imenso perfil de desigualdade de acesso (COHEN, 2000), devido à hegemonia de interesses privados, as políticas de medicamentos adotadas antes de 1998, sob a influência das recomendações da OMS, não apresentaram resultados consistentes e duradouros, a não ser por pequenos períodos (BONFIM, 1997).

Os temas de medicamentos e correlatos não foram mencionados na sétima CNS em 1980, mas apresentaram-se gradativamente nas conferências de 1986 (oitava), 1992 (nona) e 1996 (décima). Desenhou-se nas discussões, uma política de medicamentos com compromisso para se atingir um objetivo como uma diretriz de ação, conforme requerido pelo caráter oficial do documento (BONFIM, 1997). O processo de elaboração e construção da primeira PNM para o Brasil com norteadores definidos pelos estudos da OMS, de modo a acompanhar a reforma do setor saúde culminou com a publicação da Portaria GM n.º 3916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998). Esta política, prevista na Lei n.º. 8.080/90 (BRASIL, 1990), ou Lei Orgânica da Saúde, que estabelece a formulação de uma política de medicamentos de interesse para a saúde, baseia-se nos princípios e diretrizes do SUS, integrando os esforços voltados à consolidação do mesmo, contribuindo ao desenvolvimento social do país, orientando a execução das ações e metas fixadas pelo Ministério da Saúde.

As diretrizes aprovadas na Política Nacional de Medicamentos são (BRASIL, 1998):

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais - RENAME
- 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

Essas diretrizes objetivam nortear as ações nas três esferas de governo que, atuando em estreita parceria, devem promover o acesso equânime e racional da população a medicamentos essenciais, com gestão eficiente de recursos (GOMES, 2003; SANTOS, 2001; WHO, 2004).

2.3. A Assistência Farmacêutica

A concepção de AF varia consideravelmente entre os países de primeiro mundo e os países em desenvolvimento, englobando princípios básicos que norteiam o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. É importante compreender que, para o Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como objeto de seu trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (MARIN et al., 2003).

A apropriação equivocada dos conceitos de “pharmaceutical care” e de “clinical pharmacy” (do inglês) e “atención farmacéutica” (do espanhol) para designar as ações de AF contribui para uma dificuldade de transposição de conhecimentos e práticas dos países de origem para nossa realidade, distinta daquela em inúmeros aspectos. A Atenção Farmacêutica

(“pharmaceutical care”) é entendida como o componente da AF no tocante à prática clínica que envolve a interação direta do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento daquelas necessidades relacionadas com os medicamentos (HEPLER; STRAND, 1999).

A PNM (BRASIL, 1998) define a AF como sendo:

"O 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."

Durante muitos anos, a AF no Brasil se confundia com a CEME. Criada pelo Decreto No. 68.806, de 25 de junho de 1971 (BRASIL, 1971), como órgão da Presidência da República, a CEME teve como função regular a produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios oficiais farmacêuticos.

Por 26 anos, até 1997, a CEME foi a responsável por todas as ações relacionadas à AF no país. Os laboratórios oficiais tiveram grande produção de medicamentos essenciais, bem como as empresas privadas de capital nacional. As atividades eram centralizadas, em que estados e municípios praticamente não participavam de nenhum processo decisório. Os recursos financeiros eram originários principalmente do convênio que a CEME celebrava anualmente com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, durando até o início dos anos 90, época em que houve a extinção do INAMPS e sua incorporação ao Ministério da Saúde (GOMES, 2003).

A CEME foi extinta em 1997 pelo Decreto n.º. 2283 de 24/07/97 (BRASIL, 1997), iniciando um processo de reorganização da assistência farmacêutica. O processo centralizado de aquisição e distribuição efetuadas pela CEME era muito deficiente. Havia escassez de

produtos, enquanto observavam-se perdas de medicamentos em sucessivas estocagens nos diversos níveis (GOMES, 2003).

Com a institucionalização do SUS, de acordo com o Art. 6º da Lei n.º 8080/90 (BRASIL, 1990), deve ser assegurada a assistência terapêutica integral aos cidadãos brasileiros, inclusive assistência farmacêutica. Estabeleceram-se a universalidade, a equidade e a integralidade como princípios éticos/doutrinários e a descentralização, a regionalização e a hierarquização, bem como a participação dos cidadãos. Portanto, o acesso universal e gratuito a serviços públicos e a medicamentos essenciais padronizados pelo SUS tem garantia constitucional (OPAS, 2005).

Prosseguindo neste processo de mudanças e pressionado pela divulgação, pelos meios de comunicação em massa, dos problemas gerados pelas falsificações e por medicamentos de baixa qualidade, em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, através da Lei 9782, de 26 de janeiro de 1999, visando promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços relacionados à saúde (BRASIL, 1999). Incluem-se os medicamentos e insumos, os quais apresentaram muitas queixas por falsificação e adulteração ao longo da década de 90.

Ações de AF integral representam uma condição estratégica fundamental para a efetiva implantação do SUS. Dessa forma, o suporte legal para a Assistência Farmacêutica no Brasil deve ser conhecido pelos gestores, gerentes e executores das ações da referida área, servindo de embasamento para seu efetivo desenvolvimento (MARIN et al, 2003).

2.3.1. O Ciclo da Assistência Farmacêutica

A adoção de um enfoque sistêmico para a organização da AF é uma estratégia para superar a fragmentação inerente a ela, valorizando a articulação entre as diferentes partes que compõe o todo (MARIN et al., 2003). O ciclo da AF (Figura 2) representa o fluxo de

atividades, sistematizadas através de etapas distintas e interligadas, que devem ser articuladas para assegurar que o medicamento certo e de qualidade esteja disponível quando necessário (CEBRIM, 2002).

Figura 2. Ciclo da Assistência Farmacêutica – adaptado de Marin et al, 2003 e do material do Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR).

Cada etapa representa um ponto de gerenciamento que reflete no outro. O objetivo central das diferentes etapas do ciclo é garantir o acesso e a utilização racional de medicamentos através de componentes de natureza técnica, científica e operacional que se integram diferentemente dependendo da complexidade do serviço, das necessidades e finalidades (MARIN et al., 2003).

Seleção

A seleção de medicamento é considerada o eixo do ciclo da Assistência Farmacêutica, uma vez que as demais etapas do mesmo se desenvolvem com base no elenco de medicamentos selecionados para os diferentes níveis de atenção (ambulatorial ou hospitalar). Compreende o primeiro passo para a efetiva implantação de uma política de medicamentos, juntamente com o desenvolvimento de um Formulário Terapêutico (MARIN et al., 2003; WHO, 1997a).

A importância da seleção adequada de medicamentos se evidencia ao se confrontar com um vasto mercado farmacêutico, como o brasileiro, que em 2002, dispunha de 15.831 medicamentos, compreendendo as formas farmacêuticas e apresentações comerciais (OPAS, 2005). A maior parte destes medicamentos constitui derivados por pequenas alterações moleculares que não proporcionam grandes melhorias sob o ponto de vista terapêutico. Estes medicamentos, denominados “*me too*”, são promovidos através de um marketing pesado das grandes companhias farmacêuticas que os comercializam como inovadores, gerando confusões principalmente para os usuários e estimulando a prescrição e o uso irracional de fármacos. Só em 2005, o gasto total estimado da indústria farmacêutica com marketing, especialmente sobre os médicos, foi de 60 bilhões de dólares, mais que o dobro investido em pesquisa e desenvolvimento (CONSUMERS INTERNATIONAL, 2006).

O objetivo da seleção, portanto, é proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos, escolhendo-se medicamentos com eficácia e segurança comprovadas, ao melhor custo possível, considerando as principais doenças prevalentes da população que abrange um determinado nível de gestão (municipal, microrregional, estadual ou nacional). A seleção de medicamentos deve-se fazer centrada no paciente e não na estrutura administrativa, garantindo ao indivíduo o melhor cuidado possível (MARIN et al., 2003; WHO, 1997a).

O processo de seleção é complexo e passa por vários estágios. Inicialmente constitui-se uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou Comissão de Medicamentos e Terapêutica (CMT) – conforme tradução do documento da OMS (HOLLOWAY; GREEN, 2003), sendo constituída por um corpo técnico que dá suporte ao gestor e ao sistema de saúde nas questões relacionadas ao medicamento, sendo responsável pela elaboração e atualizações da Relação de Medicamentos Essenciais (RME) da região e pela confecção do Formulário Terapêutico, o qual permite orientar as condutas dos profissionais de saúde na prescrição e na dispensação (MARIN et al., 2003).

A criação de uma RME é vista como ponto chave no processo de racionalização da utilização de medicamento, sendo que a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS deveria nortear os países signatários na confecção de suas próprias listas. Antes da 1ª lista da OMS, a primeira lista de medicamentos essenciais do Brasil, denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário, segundo dados de Bermudez (1995), já havia sido definida pelo Decreto 53.612 de 26 de fevereiro de 1964 (BRASIL, 1964), sinais de que o país já trilhava caminhos para a racionalização. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), assim definida, foi publicada em 1975 e sua última atualização é de 2002, contendo 327 fármacos, em 520 apresentações farmacêuticas, além de correlatos e imunoterápicos (45). A RENAME não contém medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2002).

Programação

A programação compreende a atividade do ciclo da Assistência Farmacêutica que deve assegurar a disponibilidade a cada um dos medicamentos selecionados, na quantidade certa e

no tempo oportuno para atender a população-alvo, garantindo o acesso aos medicamentos (MARIN et al., 2003).

O desenvolvimento desta etapa se dá através da obtenção cuidadosa de dados sobre a utilização de medicamentos (perfil epidemiológico, oferta e demanda dos serviços de saúde), assim como os de recursos humanos e financeiros disponíveis.

Existem vários métodos para programar medicamentos, que devem ser escolhidos de acordo com os recursos e informações disponíveis (MARIN et al., 2003). São eles:

- I. *Epidemiológico* – baseia-se em dados de morbi-mortalidade, empregado nos casos de inexistência de dados de consumo é útil para estimativas de programas novos e situações emergenciais, podendo ser empregado para avaliar consumo histórico. Tem caráter preditivo.
- II. *Oferta de serviço* – baseia-se em informações sobre a produção de serviços (capacidade instalada, produção de serviços, esquemas terapêuticos). Pode ser empregado na inexistência ou precariedade de dados de consumo. Fundamenta melhor necessidade de recursos.
- III. *Consumo histórico* – baseia-se em informações sobre o consumo de medicamentos, considerando demanda real e estoque existente. Não reflete prioridades de saúde pública e pode perpetuar o uso irracional. É confiável para estimar o consumo futuro.
- IV. *Consumo ajustado* – usado na indisponibilidade de outros métodos. Baseia-se em informações sobre capacidade instalada dos serviços, fazendo estimativas em extrapolação de taxas de consumo. Requer dados confiáveis em aspectos demográficos, morbi-mortalidade, oferta de serviço e cobertura e consumo de medicamento *per capita*.

Cada método apresenta vantagens e desvantagens. Independente do método a ser utilizado, quanto maior a quantidade de informações e melhor a qualidade das mesmas, maior a probabilidade de uma programação bem sucedida que proverá um acesso de qualidade.

Aquisição

A aquisição compreende a etapa responsável pela definição da forma com que o medicamento será comprado, envolvendo grande componente gerencial, e tendo implicações importantes no acesso aos medicamentos.

No setor público, a aquisição de medicamentos não é uma atividade simples, uma vez que os administradores públicos, devido a excessos burocráticos e jurídicos, inflam o processo e não permitem uma maior eficiência. Sendo assim, é extremamente importante que o gerente da Assistência Farmacêutica possua conhecimentos técnicos, administrativos, legais, econômicos e políticos adequados acerca dos limites e possibilidades, e atue juntamente com os responsáveis pela compra e com o departamento jurídico (MARIN et al., 2003).

Processos de aquisição não adequados levam a aumento de gastos com medicamentos, desperdício de recursos financeiros, e redução na qualidade de produtos e serviços. Diversos fatores contribuem para aquisições inadequadas, dentre eles, podemos destacar a falta de organização e estruturação de serviços farmacêuticos, a demora no processo de aquisição, a falta constante de medicamentos, as compras fragmentadas ou em regime de urgência, a falta de um sistema de informação e controle e a falta de planejamento (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2006).

As compras de bens e serviços no setor público são disciplinadas pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que institui normas para licitação e contratos da administração pública (BRASIL, 1993). Processos de licitação, algumas vezes, exigem um tempo importante e este deve ser considerado na etapa de programação. Além disso, devem-se levar em conta os prazos de entrega dos fornecedores, a quantidade a ser adquirida para um abastecimento controlado visto que muitas vezes os medicamentos terão ainda que ser produzidos.

Em âmbito governamental, dá-se preferência a aquisição de medicamentos dos laboratórios oficiais, ou seja, laboratórios de produção de medicamentos das entidades

públicas. A rede de laboratórios oficiais atualmente compreende 20 fábricas espalhadas por vários estados brasileiros (Quadro 1) sendo capaz de fornecer 75% das necessidades de medicamentos dos programas públicos para a Assistência Farmacêutica (OPAS, 2005).

Quadro 1. REDE DE LABORATORIOS OFICIAIS POR REGIÃO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a)

REGIÃO NORDESTE	ESTADO
LAFEPE - Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco S/A	Pernambuco
LIFAL - Laboratório Industrial Farmacêutico de Alagoas S/A	Alagoas
NUPLAM – Núcleo de Pesquisa em Alimentos e Medicamentos	Rio Gde do Norte
LIFESA - Laboratório Industrial Farmacêutico do Estado da Paraíba S/A	Paraíba
LTF - Laboratório de Tecnologia Farmacêutica (UFPB)	Paraíba
FFOE - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Farmácia Escola	Ceará
NTF - Núcleo de Tecnologia Farmacêutica do Estado do Piauí	Piauí
REGIÃO CENTRO-OESTE	
Iquego - Indústria Química do Estado de Goiás S/A	Goiás
REGIÃO SUDESTE	
Funed - Fundação Ezequiel Dias	Minas Gerais
Furp - Fundação para o Remédio Popular	São Paulo
IVB - Instituto Vital Brazil S/A	Rio de Janeiro
LAQFA - Laboratório Químico Farmacêutico da Aeronáutica	Rio de Janeiro
LQFEx - Laboratório Químico Farmacêutico do Exército	Rio de Janeiro
LFM - Laboratório Farmacêutico da Marinha	Rio de Janeiro
Far - Manguinhos - Instituto de Tecnologia em Fármacos	Rio de Janeiro
Bio Manguinhos	Rio de Janeiro
REGIÃO SUL	
Lafergs - Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul	Rio Gde do Sul
LPM - Laboratório de Produção de Medicamentos	Paraná
Lepemc - Laboratório de Ensino, Pesquisa e Extensão em Medicamentos e Cosméticos	Paraná
Lafesc - Laboratório Farmacêutico de Santa Catarina	Santa Catarina

A produção pelo Estado é uma estratégia dentro da Política Nacional de Medicamentos. Esses laboratórios também exercem importante papel no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse para a saúde pública, além de exercer um importante papel no controle de preços (OPAS, 2005).

A Portaria n.º 2438 de 7 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005) promove incentivos a produção nacional de medicamentos, tendo como principais objetivos o desenvolvimento de ações que visem à reorganização do sistema oficial de produção de medicamentos, de matérias-primas e de insumos, visando ao suprimento regular e adequado de medicamentos demandados pelo Sistema Único de Saúde, dentre eles, os dos programas públicos considerados estratégicos, principalmente aqueles de produção exclusiva do parque fabril oficial. O Ministério da Saúde, através do DECIT/DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica, investiu no aprimoramento dos laboratórios oficiais para aumentar a capacidade produtiva das Unidades dando suporte à implementação da Assistência Farmacêutica (MINISTERIO DA SAUDE, 2006a).

Apesar do crescimento da atuação dos laboratórios oficiais, uma parcela significativa de medicamentos é adquirida de fontes privadas (laboratórios, distribuidoras ou drogarias). Neste ponto, a etapa da aquisição é um ponto crítico para práticas de corrupção. Desvios nos processos legais de aquisição ou compras sem economia, obtendo medicamentos mais caros para beneficiar fornecedores (MICHAEL, 2004), contribuem negativamente para o acesso da população aos medicamentos necessários.

Armazenamento

O armazenamento tem por finalidade assegurar a qualidade dos medicamentos, cumprindo as boas práticas de estocagem. Constitui um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolve diversas atividades (MARIN et al, 2003, apud VECINA NETO & REINHARDT FILHO, 1998):

- Recebimento de medicamentos: conferência e observação do material quanto a quantidade, qualidade e documentação.
- Estocagem ou guarda: organização do material em certa área definida, para maior aproveitamento do espaço, permitindo segurança e rapidez.

- Segurança: capacidade de manter os medicamentos sob cuidados contra danos físicos, furtos e roubos.
- Conservação: capacidade de manter as características dos produtos durante a estocagem.
- Controle de estoque: monitoramento da movimentação física dos produtos (entrada, saída e estoque).

Distribuição

Esta etapa visa garantir a disponibilidade de medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário (unidades de saúde, municípios) (COSENDEY, 2000). Deve efetuar a entrega do medicamento de acordo com a necessidade do solicitante, garantindo adequadas condições de transporte, identificação e rastreabilidade do produto.

Diferentes sistemas de distribuição atendem adequadamente as necessidades dos serviços farmacêuticos. O desenho destes sistemas deve utilizar logística que minimize custo e proporcione um bom serviço. Vários níveis de organização são possíveis e estes são arranjados em um esquema hierárquico. Um maior número de níveis representa aumento de custos administrativos e necessidade de maior capacidade de armazenamento (MSH, 1983b).

Prescrição

A prescrição de produtos farmacêuticos, incluída no contexto da utilização de medicamentos, representa uma etapa marginal ao ciclo da AF, porém com influências substanciais no processo como um todo. Práticas inadequadas de prescrição são responsáveis, no mundo todo, por aumento na incidência de eventos adversos a medicamentos (EAM), inclusive com mortes, e a enormes desperdícios de recursos financeiros, na maioria das vezes escassos, dos setores da saúde (CZUBAK, 2004; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Exemplos de prescrição inadequadas estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. TIPOS DE PRESCRIÇÃO INADEQUADAS (MSH, 1983a)	
Prescrição extravagante	Prescrição de medicamentos mais caros, quando da existência de produtos mais baratos com eficácia e segurança comparáveis. Utilização de medicamentos de marca, quando equivalentes mais baratos estão disponíveis. Tratamento sintomático de condições leves, pois desvia recursos de doenças sérias.
Prescrição excessiva	Prescrição de medicamentos não necessários Dose maior do que a suficiente para tratar Período de tratamento maior
Prescrição incorreta	Prescrição de medicamento para um diagnóstico incorreto Seleção equivocada do medicamento para uma condição Prescrição confeccionada fora dos padrões de escrita Ausência de ajustes para fatores do paciente (genéticos, médicos, ambientais, socioeconômicos).
Múltipla prescrição	Prescrição de dois medicamentos quando somente um teria o mesmo efeito Prescrição para várias condições relacionadas quando a cura da condição primária melhoraria as demais.
Prescrição insuficiente	Não se prescrevem medicamentos necessários Dose insuficiente Duração do tratamento muito curta

As razões para que existam prescrições inadequadas são múltiplas e complexas. Podemos citar resumidamente as suas principais causas, relatadas no início da década de 80 e ainda persistentes (MSH,1983a):

- falta de formação adequada em farmacologia clínica e terapêutica dos profissionais de saúde, como os prescritores;
- ausência de programas de supervisão e educação permanente;
- desejo de prestígio por parte do profissional médico, satisfazendo a vontade ao invés da necessidade do paciente com relação à prescrição;
- atividades promocionais de representantes da indústria farmacêutica;
- falta de tempo adequado para as consultas médicas, devido à sobrecarga de atendimentos, especialmente nos serviços públicos;
- pressão por parte dos pacientes;

- prescrição induzida por medo ou insegurança, por falta de diagnóstico preciso da condição clínica, levando à prescrição extravagante, excessiva ou múltipla (tratar mais de uma condição para aumentar a chance de acertar o tratamento);
- generalização incorreta a respeito de um medicamento baseada em experiências limitadas, como o uso de um medicamento em razão de seus efeitos secundários.

Estratégias para a prescrição racional estão compreendidas nas intervenções chaves sugeridas pela OMS para promoção de uso mais racional de medicamentos, e incluem o treinamento de alunos de graduação de medicina e de médicos em serviço (WHO, 2002b). O “Action Programme on Essential Medicine” da OMS, em colaboração com a Universidade de Gronigen, Holanda, desenvolveu um manual para alunos de graduação com os princípios da prescrição racional (DE VRIE et al., 1994) que serviria como base para treinamento de curta duração em farmacoterapia de estudantes de medicina. Estes cursos aplicados em diferentes países provaram exercer impactos positivos nas práticas de prescrição (DE VRIE et al., 1995). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com a ANVISA, divulgou e promoveu esta ação no Brasil e alguns grupos multiplicaram esta iniciativa, como relatado por Wannmacher (2005).

Dispensação

Segundo a PNM (BRASIL, 1998), dispensação de medicamentos...

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

Portanto, dispensar envolve a avaliação da terapia medicamentosa, entrega de medicamento, e orientação para uso correto. O farmacêutico é o profissional que deve possuir

o conhecimento técnico suficiente para orientar o uso correto do medicamento, dessa forma, a dispensação deve ser uma atividade exercida ou supervisionada por este profissional, especialmente quando se tratar de medicamentos não prescritos, ou de venda livre (OTC). O farmacêutico é responsável pela seleção de medicamentos OTC aos pacientes (ANVISA, 2006).

A dispensação é o componente da utilização de medicamentos em que os profissionais da farmácia interagem diretamente com o paciente (cliente). Deve garantir que o medicamento certo de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose correta, na quantidade adequada; que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto (MARIN et al., 2003).

Representa também um momento importante para identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica antes que eles alcancem efetivamente o paciente. As responsabilidades do farmacêutico durante a dispensação são múltiplas, envolvendo questões de natureza legal, técnica e clínica. A compreensão de todas as constantes na prescrição é fundamental (PEPE; OSORIO DE CASTRO, 2000).

2.3.2. O financiamento e abastecimento de medicamentos no SUS

O abastecimento de medicamentos sofreu com problemas de falta ou escassez com a CEME, apesar da pactuação de responsabilidade entre as esferas do governo que vinculada a uma RENAME, não atendia adequadamente às necessidades da população pela quantidade de medicamentos padronizados, transformando-se, na época, em instrumento de racionalização de recursos financeiros federais da saúde (BERMUDEZ, 1995).

O SUS trouxe uma nova realidade, com as três esferas de governo – união, estados e municípios – co-responsáveis pelo abastecimento de medicamentos no SUS, com pactuação

dos gastos entre elas. No Brasil, atualmente, há quatro formas possíveis de pactuação (SANTA CATARINA, 200?):

a) Totalmente centralizada no estado

Os recursos financeiros dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no fundo estadual de saúde e o processo de aquisição de medicamentos é realizado pelo estado.

b) Parcialmente centralizada no estado

Os recursos financeiros dos níveis federal e estadual são depositados no fundo estadual de saúde, cabendo ao estado a aquisição e distribuição aos municípios dos medicamentos pactuados, nos prazos previamente definidos e nos valores correspondentes a esses recursos. Caberá aos municípios a aquisição de medicamentos em valores equivalentes às suas respectivas contrapartidas.

c) Totalmente descentralizada no município

Os recursos financeiros dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, e todos os medicamentos da pactuação são adquiridos pelo município.

d) Parcialmente descentralizada no município

Os recursos financeiros dos níveis federal e municipal são depositados no fundo municipal de saúde e o estado faz a aquisição dos medicamentos pactuados, em valores equivalentes à sua contrapartida, e os repassa aos municípios nos prazos previamente definidos.

Em um mesmo estado, pode haver mais de uma forma de pactuação, como por exemplo: parcialmente centralizada no estado e parcialmente descentralizada nos municípios.

Diferentes modalidades de gestão e financiamento, representadas em parte pelos Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios,

são aplicadas no Brasil atualmente, impossibilitando saber qual a proporção de responsabilidade de cada esfera de gestão (OPAS, 2005).

A aquisição e a distribuição de medicamentos no âmbito governamental, sob a responsabilidade das três esferas gestoras, estão implantadas em cooperação técnica e financeira intergestores (BRASIL, 1998). Não se restringe aos medicamentos constantes na RENAME, compondo-se de outras listas, como a de medicamentos excepcionais ou alto custo² (SILVA, 2000).

Todos os estados da Federação e o Distrito Federal possuem uma Relação Estadual de Medicamentos Essenciais Básicos (RESME), destinada a apoiar as ações de atenção básica de saúde (BRASIL. MS, 1999). A definição do elenco é responsabilidade do estado e pelo menos o grupo mínimo de medicamentos é definido pela esfera federal (BRASIL. MS, 2000). Nas RESME das 27 Unidades da União, o número total de medicamentos das listas varia de 39 a 135, sendo a moda de 40 medicamentos (OPAS, 2005).

O setor privado (especialmente seguros de saúde) pode arcar com os custos para o acesso a alguns medicamentos, variando os tipos de medicamentos disponibilizados e o tipo de cobertura. A cobertura dos medicamentos não é obrigatória (OPAS, 2005).

Caso o usuário não consiga obter o medicamento prescrito no próprio SUS, a sua aquisição em farmácias privadas é custeada pelo usuário e não existindo no país mecanismo de reembolso ou ressarcimento (OPAS, 2005) como existente em outros países como na Espanha ou Austrália.

Uma outra forma de aquisição de medicamentos é a prática do mandado judicial que tem

²Medicamentos denominados excepcionais, de dispensação em caráter excepcional ou de alto custo, são aqueles medicamentos cuja aquisição, governamental, é feita em caráter excepcional, individual, e com recursos financeiros independentes daqueles destinados aos medicamentos da RENAME, utilizando critério especial para dispensação (SILVA, 2000).

crescido exageradamente no país. Dados veiculados pela Agencia Estadual e Noticias do Paraná refere um aumento de 10 vezes no volume de ações judiciais para a obtenção de

medicamentos. Uma vez que a assistência à saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica é um direito constitucional (Lei Federal n.º 8080), pessoas que não conseguem adquirir seus medicamentos no SUS e não podem comprá-los buscam na Justiça a forma de se beneficiarem da terapia medicamentosa. Os processos judiciais geram transtornos no gerenciamento da Assistência Farmacêutica, espoliando quantidades importantes de recursos muitas vezes escassos nas compras de emergência, sem programação. Além disso, cria-se a possibilidade de ação por parte dos representantes da indústria farmacêutica sobre os prescritores, sugerindo a eles orientar seus pacientes para o processo judicial.

Em muitas localidades, muitos dos medicamentos compreendidos nas solicitações dos processos judiciais constam das listas de medicamentos dos programas públicos de assistência farmacêutica, incluindo, algumas vezes, medicamentos da atenção básica, como aqueles para o sistema nervoso e cardiovascular de uso contínuo, e que não chegam ao paciente, indicando problemas de gerenciamento ou omissão dos gestores. Pleitos desta natureza podem indicar falta de acesso aos medicamentos essenciais nos municípios dos reclamantes (MESSENDER; CASTRO; LUIZA, 2005).

Análise realizada por Marques (2005) sobre os processos judiciais para aquisição de medicamentos contra o estado de São Paulo mostra que em 96,4% dos casos, os discursos dos juízes subsidiavam a condenação do estado; em 77,4%, o paciente requeria o fornecimento de medicamento específico, de determinado laboratório farmacêutico; 9,6% dos casos continham medicamentos que não possuíam registro na ANVISA e que em 93,5% dos casos os medicamentos eram concedidos em caráter de urgência, mediante liminar.

As decisões do judiciário não são baseadas nos elementos que constam das políticas públicas de medicamentos e, assim, prejudicam a tomada de decisões pelo sistema político, sobrepondo as necessidades individuais dos autores dos processos às necessidades coletivas (MARQUES, 2005).

2.3.3. Os programas de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

Diversos programas de Assistência Farmacêutica (PAF) foram implantados nas três esferas do governo como parte do desenvolvimento de políticas para aumentar o acesso da população aos medicamentos. A consistência e a eficiência dos programas variam nos estados e nos municípios em função dos diferentes modelos de gestão.

A maior parte dos programas é financiada pelo Ministério da Saúde que investiu, em 2005, o equivalente a R\$ 3,26 bilhões, com previsão de R\$ 4,14 bilhões para 2006, nos programas estratégicos (Figura 3)(Tabela 1). Em alguns programas, o recurso é enviado em medicamentos (programação e aquisição centralizadas), enquanto para outros o quantitativo financeiro é repassado para as contas estaduais ou municipais, ficando os gestores locais responsáveis pela programação e aquisição. Programas estaduais e municipais, de financiamentos pactuados ou não, contribuem para o desenvolvimento da AF.

Figura 3. Evolução dos principais gastos com medicamentos do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Tabela 1. EVOLUÇÃO DO GASTO NOS PROGRAMAS ESTRATÉGICOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA POR CATEGORIA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

CATEGORIAS	Valores por ano em Reais				
	2002	2003	2004	2005	2006
Medicamentos para atender os Programas Estratégicos, incluindo medicamentos para DST/AIDS e imunobiológicos.	997.179.000	1.379.077.507	1.538.130.000	1.792.320.000	2.400.000.000
Incentivo financeiro a municípios habilitados à parte variável do piso de atenção básica (PAB) para assistência farmacêutica básica. Medicamentos para o programa de assistência farmacêutica básica, correspondentes a R\$ 1,00/habitante/ano.	166.399.000	173.920.923	192.971.930	281.000.000	290.000.000
Medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo), mediante repasse de teto financeiro aos Estados.	489.533.000	519.789.868	763.000.000	961.000.000	1.210.000.000
Atenção aos pacientes portadores de coagulopatias.	273.140.000	112.445.058	208.000.000	223.000.000	244.000.000
TOTAL ANUAL	1.926.251.000	2.185.233.356	2.702.101.000	3.257.320.000	4.144.000.000

Os PAF devem contemplar adequadamente todas as etapas do ciclo da AF para que seu objetivo nuclear seja alcançado (MARIN et al., 2003).

A centralização da programação e aquisição de alguns medicamentos, como os da atenção básica causaram polêmicas e geraram discussões por parte dos gestores da AF, visto que os produtos não eram enviados na quantidade necessária (sobras ou faltas) e sem regularidade nas entregas, repetindo a situação vivenciada nos anos de gerência da CEME. A portaria GM n.º 2084 de 26 de outubro de 2005 estabeleceu as pactuações dos recursos destinados aos programas de assistência farmacêutica básica (PAFB) e também descentraliza melhor o processo (BRASIL, 2005). Como elementos desta portaria só passaram a ser executados muito recentemente desconhecendo-se seus efeitos, mas há expectativas de melhoria na qualidade da assistência farmacêutica.

No estado de São Paulo, o principal PAF na área básica é o Dose Certa, que teve início em 1995, passando por um processo de planejamento que durou cerca de 8 meses. Atualmente garante o fornecimento regular e gratuito de 41 medicamentos básicos a todos os 645 municípios do Estado, cobrindo de 70 a 80% das principais doenças registradas nas unidades básicas de saúde municipais (OHASHI, apud COSENDEY et al., 2000).

Até março de 1999, o Programa foi mantido exclusivamente com recursos estaduais e desde então, o Ministério da Saúde participa do financiamento com o incentivo de R\$ 1,00 por habitante/ano, mantendo-se, entretanto, a maior proporção de recursos do Governo do Estado.

Um programa de assistência farmacêutica com esta abrangência, nunca existiu no setor público anteriormente e só foi possível graças à ampliação e modernização da Fundação para o Remédio Popular - Furp, o laboratório oficial do estado de São Paulo cuja área construída foi duplicada em oito anos, permitindo o aumento da produção dos medicamentos, necessários para a expansão do programa Dose Certa. Este oferece um teto de R\$ 4,24 por habitante/ano para municípios até 250.000 habitantes e de R\$ 2,00 por habitante/ano para municípios maiores. Este recurso compreende o repasse de R\$ 1,00 por habitante ano do Ministério da Saúde para o PAFB, pactuado até 2005, mais recursos estaduais (SÃO PAULO, 2002a).

A distribuição é realizada pela Furp com regularidade trimestral ou bimestral diretamente nas unidades de saúde. Toda a movimentação de programação, aquisição e controle é facilitada pelo fluxo de informações através do Sistema de Gerenciamento dos Programas da Assistência Farmacêutica – Farmanet.

Além do Programa Dose Certa, o estado de São Paulo distribui 25 medicamentos essenciais para saúde mental, constituindo-se no Programa Dose Certa - Saúde Mental, que se iniciou em 1999, passando por um processo de aperfeiçoamento em 2002. Este programa assegura o tratamento integral em nível ambulatorial de grande parte dos pacientes com distúrbios mentais, sendo essencial para a política de redução das internações psiquiátricas e conta com recursos majoritários do Governo do Estado e auxílio financeiro do Ministério da Saúde. Para o credenciamento neste programa, os municípios necessitam possuir equipe mínima de saúde mental (inclusive farmacêutico) e projeto terapêutico estabelecido (SÃO PAULO, 2002b).

2.4. O papel do farmacêutico: evolução ao longo dos anos, revolução ou transformação da prática, missão e formação acadêmica.

A profissão farmacêutica é uma das mais antigas atividades profissionais e desenvolveu-se como parte integrante da sociedade, prestando serviços importantes à humanidade. Como todas as outras, a profissão farmacêutica sofreu significativas transformações ao longo do tempo. O desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica, aliado à padronização de formulações para a produção de medicamentos em larga escala, à descoberta de novos fármacos e à evolução das formas farmacêuticas tiveram um impacto muito grande neste processo. Diante de uma condição tecnologicamente mais avançada, o farmacêutico viu-se obrigado a se adaptar e, como estratégia, criaram-se as modalidades ou habilitações do farmacêutico, enfatizando uma formação essencialmente tecnicista na área da produção de medicamentos e insumos, nas análises clínico-laboratoriais ou nos alimentos (FREITAS et al., 2002).

No Brasil e na América Latina, observou-se intensa migração de profissionais para a área das Análises Clínicas. Nas décadas de 60 e 70, o movimento de abandono da farmácia, como eixo profissional, tornou-se mais intenso, convertendo o exercício da farmácia em uma atividade marginal.

Nos Estados Unidos, concomitante à crise de identidade, surge a Farmácia Clínica, na tentativa de contornar a desprofissionalização da farmácia. O paradigma da Farmácia Clínica caracteriza-se por colocar o farmacêutico como membro da equipe de saúde, cumprindo não mais a função de preparador de medicamentos, mas sim o papel de especialista em medicamentos e em farmacoterapia, cuja atuação se orienta para o paciente, usuário de medicamentos, a quem possa ser fornecidas entidades farmacêuticas menos danosas e mais efetivas (MARIN et al., 2003; UETA et al, 1999).

No início do século XX, a farmácia era vista como um estabelecimento de atendimento primário à saúde, onde orientações sobre cuidados e saúde eram dispensadas juntamente com medicamentos. No final do mesmo século passa a ser conhecida como entidade comercial. Neste contexto, o farmacêutico deixou de ser um integrante ativo da assistência em saúde, exaltando seu papel técnico-científico.

No entanto, com as novas práticas e políticas de saúde instituídas a partir da década de 80, de marginal na equipe de saúde, o farmacêutico readquire funções na mesma, prevenindo erros e evitando problemas com uso dos medicamentos. Nos anos 90, o paradigma da Farmácia Clínica começa a ser questionado, seja por seus desafios operacionais fora do âmbito hospitalar, os elevados índices de morbi-mortalidade causados pelos medicamentos, respondendo pela quarta causa de morte nos Estados Unidos, seja pelas necessidades surgidas das novas concepções de modelos assistenciais em implantação. Identifica-se a concepção da farmácia comunitária como espaço operacional de Atenção Farmacêutica no âmbito dos serviços ambulatoriais. O profissional farmacêutico, diante de novos desafios deve desenvolver competências e habilidades técnicas, clínicas, gerenciais, políticas e cognitivas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999; WHO, 1997b) contempladas pelas novas diretrizes curriculares recém implantadas nas escolas de farmácia.

2.5. O papel do farmacêutico no serviço público de saúde.

A atuação do farmacêutico no setor público de saúde é muito recente. Na década de 80, era possível encontrar farmacêuticos nas farmácias centralizadas do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e em ambulatórios de saúde mental, que respondiam pelos medicamentos controlados. Na Secretaria Estadual de Saúde havia farmacêuticos ligados à Vigilância Sanitária e quase nunca relacionados à Assistência Farmacêutica. A inserção do profissional farmacêutico nessa área tem sido gradativa e

heterogênea. Apesar dos avanços, atualmente a integração do farmacêutico nos sistemas de saúde ainda está quantitativa e qualitativamente muito longe das necessidades reais (MESTRINER, 2002).

A área de saúde pública não era muito explorada dentro do âmbito das Ciências Farmacêuticas dentre as várias possibilidades de atuação (FREITAS et al., 2002) e ainda há muitas dificuldades com relação à formação profissional, principalmente no que diz respeito à capacitação técnica de atuação em Farmácia Clínica, ao desenvolvimento das ações e à integração em equipes multi e interprofissionais (FREITAS et al, 2002; SANTOS, 1993, 1999).

O farmacêutico no serviço público pode representar o elo com todos os profissionais envolvidos no processo de saúde e doença. As questões culturais da população e dos profissionais de saúde ligam o papel do farmacêutico diretamente às questões de acesso e consumo de medicamentos. No entanto, a crise do setor de saúde, motivada pelos constantes aumentos de preços, falta de qualidade, a escassez de recursos, as prescrições excessivas e o aumento da demanda dos serviços públicos de saúde têm chamado a atenção para outros aspectos da Assistência Farmacêutica. A prática farmacêutica voltada ao paciente, em muitos países, tem mostrado resultados positivos no aumento da qualidade de assistência em saúde (STRAND et al., 2004).

Com a criação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família vê-se uma nova realidade voltada à atenção primária em que o farmacêutico pode se tornar um elemento clínico integrante da equipe mínima composta por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Justifica-se pelo elevado consumo de medicamentos nas redes públicas, à falta de racionalização dos processos de prescrição e de distribuição de medicamentos e ao baixo índice de adesão e elevados índices de uso incorreto das terapias prescritas, aproximando-se da assistência integral proposta nas diretrizes do SUS.

A inclusão do farmacêutico clínico no PSF, responsabilidade dos gestores municipais, pode assegurar Assistência Farmacêutica de qualidade ao desempenhar seu papel profissional.

2.6. O desenvolvimento da Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica

De acordo com a Sociedade Americana de Farmácia Clínica (ACCP, 2006), a farmácia clínica é a área da farmácia relacionada com a ciência e a prática do uso racional de medicamentos. É uma disciplina das ciências da saúde na qual farmacêuticos fornecem cuidados aos pacientes otimizando a terapia medicamentosa, promovendo a saúde, o bem estar e prevenindo doenças. A prática da Farmácia Clínica incorpora a filosofia da Atenção Farmacêutica mesclando orientações de cuidado do paciente com conhecimento terapêutico especializado, experiências, e julgamentos, visando assegurar os melhores resultados para os pacientes. Como uma disciplina, a Farmácia Clínica tem a missão de contribuir para a geração de novos conhecimentos que melhoram a saúde e a qualidade de vida.

Dentro dos sistemas de saúde, os farmacêuticos clínicos são especialistas no uso terapêutico de medicamentos. Rotineiramente fornecem avaliações da terapia medicamentosa e recomendações para pacientes e profissionais de saúde. Farmacêuticos clínicos são uma fonte primária de informação validada cientificamente e de aconselhamento relacionado à utilização segura, adequada e custo-efetiva de medicamentos.

Com foco essencialmente no uso racional de medicamentos, o paciente deve ser o beneficiário das ações da Farmácia Clínica, juntamente com as ações de outros profissionais. Portanto a prática não existe isolada de outros profissionais e serviços.

Como relatado anteriormente, o movimento da Farmácia Clínica começou no início da década de 60 como uma disciplina profissional que combinava a farmacologia básica e a medicina clínica, em resposta a uma insatisfação com relação às práticas antigas e à

necessidade de um profissional com conhecimentos amplos em farmacoterapia. A nova geração de farmacêuticos que advieram deste novo conceito, exercia uma prática orientada no paciente em detrimento à prática antiga, orientada no produto (MILLER, 1981).

O desenvolvimento da Farmácia Clínica gerou o cenário para o surgimento da prática da Atenção Farmacêutica que tem sido ampliada, implementada e avaliada há mais de duas décadas e avaliada com impactos positivos para os pacientes e os serviços de saúde (STRAND et al. 2004).

A Atenção Farmacêutica, no Brasil, é a atividade farmacêutica inserida no contexto da Assistência Farmacêutica, voltada ao cuidado do paciente e que tem por objetivo, entre outros, identificar, avaliar e solucionar os problemas relacionados com os medicamentos (PRMs). Os componentes da prática profissional, denominados macro-componentes do exercício da Atenção Farmacêutica no Brasil, conforme apresentado por Ivama e colaboradores (2002) são os seguintes:

1. Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos);
2. Orientação farmacêutica;
3. Dispensação;
4. Atendimento farmacêutico;
5. Acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico;
6. Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

A Atenção Farmacêutica, portanto, difere da mera dispensação que fornece o medicamento com orientação, pois envolve o seguimento farmacoterapêutico, a intervenção farmacêutica e o registro das ações.

Para facilitar a compreensão, o desenvolvimento e a pesquisa em Atenção Farmacêutica, algumas formas de classificação de PRMs foram elaboradas e publicadas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999; COMITÉ DE CONSENSO, 2002) . Um exemplo de

classificação de PRM, do grupo de Minnesota, nos Estados Unidos, encontra-se apresentado no Quadro 3.

Quadro 3: CLASSIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1999).

Indicação	PRM 1	O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar um medicamento que necessita.
	PRM 2	O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.
Eficácia	PRM 3	O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento incorreto para sua situação clínica.
	PRM 4	O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar seu medicamento em uma dose inferior para seu problema de saúde.
Segurança	PRM 5	O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar seu medicamento em uma dose superior para seu problema de saúde.
	PRM 6	O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança quantitativa do medicamento.
Adesão	PRM 7	O paciente apresenta um problema de saúde por não cumprir os tratamentos propostos.

Em mais de 20 anos de prática, a Atenção Farmacêutica procurou alcançar os melhores resultados terapêuticos, com incremento na qualidade de vida dos pacientes (STRAND et al., 2004).

2. OBJETIVOS

2.1.Objetivos Gerais

Analisar o processo de utilização de medicamentos no município de Cássia dos Coqueiros – SP, visando o aprimoramento da Assistência Farmacêutica e a implementação da Atenção Farmacêutica.

2.2.Objetivos Específicos

Descrever e avaliar o processo de aquisição, armazenamento, distribuição/dispensação e prescrição de medicamentos no município de Cássia dos Coqueiros – SP na ausência de farmacêutico na SMS.

Elaborar propostas para aprimorar o processo da Assistência Farmacêutica do município.

Determinar o impacto da contratação de um farmacêutico pela SMS na qualidade da Assistência Farmacêutica.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Estudo do tipo descritivo, longitudinal, analítico com intervenção.

3.2. Local de Estudo: Caracterização do Município e do Sistema de Saúde

O Município de Cássia dos Coqueiros

Localizada na região nordeste do Estado de São Paulo, na latitude $21^{\circ}16' 60''$ S e longitude $47^{\circ}10' 0''$ W, Cássia dos Coqueiros dista 350 Km da capital e 80 Km de Ribeirão Preto, principal cidade da região. Possui área territorial de 190,92 Km² e tem como limites: a norte e a oeste, o município de Cajuru; a leste, o município de Monte Santo de Minas (MG); a nordeste, Santo Antônio da Alegria e a sudoeste, Mococa. Detalhes podem ser vistos nos mapas da Figura 4. O município está inserido na Bacia Hidrográfica do Rio Pardo (CÁSSIA DOS COQUEIROS, 2003a).

Figura 4. Mapa do Estado de São Paulo com ampliação da Região de Cássia dos Coqueiros (ponta da seta).

Localizado a uma altitude de aproximadamente 1.000 metros acima do nível do mar, há predomínio de clima seco e temperaturas amenas. Possui matas nativas em toda a extensão rural, além de vários espetáculos naturais como cachoeiras e o Pico do Mirante, ponto turístico com altitude de 1.200 metros, de onde se pode avistar várias cidades mineiras e paulistas e a paisagem rural do município.

O município contava em 2003 com 2.905 habitantes sendo que 1613 (55,52%) moram na zona urbana e 1292 (44,48%), na zona rural (SIAB, 2003). A densidade demográfica era de 15,21 habitantes/Km². Além da população fixa, há migrantes temporários da Paraíba e Minas Gerais no período da colheita (de março a setembro). A distribuição da população por faixa etária encontra-se detalhada na Figura 5.

Figura 5. Distribuição da população do município de Cássia dos Coqueiros/SP por faixa etária.
Fonte: SIAB(2003).

Havia no município 831 habitações, sendo 471 (56,7%) na zona urbana e 360 (43,3%) na zona rural. Dessas, em 58,12% o abastecimento de água era feito pela rede pública, 40,79%

utilizavam água de poço ou de nascente e 1,08% por outras formas. Quanto ao tipo de casa, 99,88% das casas eram de tijolo e 0,12% de outros materiais. A coleta pública do lixo beneficiava 63,42% das residências. Em 33,69% das casas o lixo era queimado ou enterrado e em 2,89% mantido a céu aberto. O destino de fezes/urina em 58,00% dos domicílios era através de sistema de esgoto, em 40,55% fossa e em 1,44% os dejetos eram jogados a céu aberto. Quanto ao fornecimento de energia elétrica, 97,59% das residências possuíam eletricidade. Com relação ao tratamento da água no domicílio, 80,63% possuíam filtro, 0,36% utilizavam a fervura, 2,53% usavam cloro e 16,49% utilizavam água sem nenhum tratamento (SIAB, 2003).

Cássia dos Coqueiros é um município predominantemente agrícola, mas possui também rebanho leiteiro e de corte. O café (1000 hectares) e a laranja (154 hectares) se destacavam como os produtos mais importantes da lavoura permanente, segundo dados do IBGE (2000). Da lavoura temporária, o produto de maior rentabilidade era a semente do capim braquiária, produção esta que atendia à demanda de mercados nacionais e internacionais. Dados sobre este produto agrícola não estão disponíveis.

No comércio, havia pequenos mercados e lojas que atendiam à população local. O turismo permite uma maior movimentação no comércio, principalmente nos períodos de férias, festas ou feriados prolongados (CÁSSIA DOS COQUEIROS, 2003a).

Embora algumas atividades econômicas do município alcançassem proporções de grande relevância, comercializavam-se muitos produtos fora do município restringindo a receita municipal. Isto contribuía ainda mais para a baixa arrecadação do município. Para o ano de 2003, o orçamento do município foi de R\$ 3.165.254,06, sendo R\$ 2.030.579,96 (64,15%) transferências da União e R\$ 900.094,44 (28,44%) transferências do Estado (Tabela 2).

Tabela 2: RECEITA DO MUNICÍPIO DE CÁSSIA DOS COQUEIROS – SP NO ANO DE 2003 (SIOPS, 2003).

	Valores (Reais)	Proporção
Transferências da União	2.030.579,96	64,15%
Transferências do Estado	900.094,44	28,44%
Arrecadação Municipal	234.579,66	7,41%
Total	3.165.254,06	100,00%

Na área da educação, existiam as escolas Municipal de Ensino Fundamental e a Estadual de Ensino Médio e a creche. A Educação Infantil contava com 209 alunos na faixa etária de 6 meses a 6 anos; o Ensino Fundamental atendia a 722 alunos, o Ensino Médio contava com 185 alunos, o Ensino Pós Médio com 50 alunos e a Educação de Jovens e Adultos, com 33 alunos. Os portadores de deficiência, num total de 10 alunos, eram encaminhados para a APAE do município de Cajuru, pois a cidade não tinha Educação Especial. Havia um número significativo de alunos que cursavam o ensino profissionalizante e superior nos municípios vizinhos e o poder público local oferecia transporte gratuito para a locomoção destes estudantes. Em termos de evasão escolar, a estatística de 2000 apresentou 3,96 % no 1º grau e 4,26 % no 2º grau, devido ao desgaste do trabalho rural e também pela falta de recursos financeiros para prosseguimento de estudos técnicos e de nível superior. Com isso, havia o predomínio de mão de obra não qualificada que desempenhava serviços na lavoura e na pecuária. O analfabetismo atingia 8,4% dos maiores de 15 anos e 2,62% das crianças de 7-14 anos não freqüentavam a escola (CASSIA DOS COQUEIROS, 2003a; IBGE, 2000).

O nível sócio-econômico da população, de forma geral, era baixo, sendo a renda per capita do município em torno de R\$ 6.500/ano (SEADE, 2003), requerendo investimentos em programas sociais. Dentre os programas sociais de maior relevância destacavam-se:

- Programa Migrante – atende famílias migrantes oriundos do norte de Minas, com alimentação, medicamentos e bilhetes para locomoção rodoviária.

- Projeto Viva Leite – atende 80 crianças de 06 meses a 02 anos de famílias carentes. Neste programa as mães participam de reunião mensal onde recebem orientações e assistem a palestras sócio-educativas.
- Programa Cesta Básica – são doadas cerca de 500 cestas com alimentos primordiais ao sustento das famílias.
- Campanhas de Natal e do Agasalho.
- Programa Renda Cidadã e Fortalecendo a Família: atende a 30 famílias.
- Programa Bolsa Escola – atualmente 89 famílias são beneficiadas com este programa.

Além destes benefícios, havia intensa procura da população por auxílio financeiro para o pagamento das contas de energia elétrica, de água, funeral, vestuário, óculos e, em especial, de medicamentos que, mesmo com um estoque próprio na unidade de saúde, oneravam significativamente os cofres públicos municipais.

A assistência ao idoso foi assunto relevante no município. A Entidade Beneficente Coqueirense, de característica asilar abrigava, em 2004, 15 idosos desprovidos de seus familiares. Havia também no município o Grupo da Terceira Idade que se reunia semanalmente para trocar conversas informais e propor atividades (CÁSSIA DOS COQUEIROS, 2003a).

A população dispunha de um Centro Comunitário para o lazer, onde foi construído um campo para jogos diversos (como bocha e outros), uma quadra esportiva na escola, um campo de futebol. No recinto da cachoeira, estava sendo construído um parque aquático e um Ginásio Poliesportivo. Os pontos turísticos são fontes de lazer para os apreciadores da natação, alpinismo, trilhas ecológicas e camping e no pátio da cachoeira central acontecia o carnaval.

O sistema de comunicação do município contava com uma rede de telefonia CTBC com os sistemas DDD e DDI, telefonia celular, com 450 telefones residenciais e dez telefones públicos instalados. Embora não houvesse a imprensa da cidade, a comunidade recebia

informações através de rádio e televisão, ou jornal local com tiragem mensal de mil unidades ou jornais e revistas do Estado de São Paulo. Um carro alto-falante era locado pela Prefeitura Municipal para anunciar campanhas de vacinações, avisos de falecimento e outras informações de maior urgência.

3.3. O Sistema de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

A organização política da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) era extremamente simples, não havendo um organograma específico. Era diretamente subordinada à Prefeitura Municipal e todos os serviços de saúde (assistência médica, farmacêutica, enfermagem, etc.) estavam subordinados a ela. A SMS atuava em colaboração com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) em alguns serviços de saúde.

Estrutura Física

O município conta com uma Unidade Básica de Saúde, o Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas (CMSCPF), que funciona 24 horas por dia, pertencente à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que assiste à população do município através de um convênio em vigência com a Prefeitura Municipal.

Além do CMSCPF, havia uma Unidade de Saúde da Família, uma Unidade de Fisioterapia, e um consultório odontológico na Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) Abel dos Reis.

Recursos Humanos

O CMSCPF contava com seis auxiliares de enfermagem, uma recepcionista, uma cozinheira, três auxiliares de serviços, uma enfermeira, médicos plantonistas 24 horas, dois motoristas, um médico psiquiatra e três vigias noturnos lotados na Prefeitura Municipal. Incorporaram-se a esta equipe um auxiliar de serviços, um técnico de laboratório e um técnico de enfermagem, do quadro funcional da FMRP-USP.

A Unidade de Saúde da Família era composta pela equipe mínima do Programa de Saúde da Família (PSF) – um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Além desses, completavam a equipe outro dentista, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta e um auxiliar de fisioterapia (unidade de fisioterapia).

O setor administrativo da SMS era composto por um auxiliar administrativo, um técnico de informática, um visitador sanitário e um médico sanitarista.

A equipe de saúde se completava com quatro cirurgiões-dentistas e mais três ACD que atendiam na escola municipal.

Atendimento Médico

O atendimento médico era realizado principalmente no CMSCPF. Os pacientes de rotina eram agendados de segunda até sexta-feira das 8 às 17 horas. atendimentos especializados, quando necessários, eram referenciados para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP).

A maioria dos casos de oftalmologia era atendida no município de Cajuru por médico oftalmologista pago pela Prefeitura Municipal, com uma cota máxima de 32 pacientes mensais.

Atendimentos de urgência e emergência eram contínuos e ininterruptos e os casos não solucionados no serviço ou de maior complexidade, eram encaminhados para Ribeirão Preto via Central de Regulação Médica.

Atendimentos de psiquiatria (exceto urgências) eram realizados por psiquiatra contratado pelo município que presta serviço por quatro horas semanais.

Algumas consultas médicas eram realizadas no ambiente da Unidade de Saúde da Família e o médico de família também realizava visitas domiciliares se requisitadas.

Como parte do convênio assinado entre a Prefeitura Municipal e a FMRP-USP, internos do curso de medicina incorporavam-se à equipe médica do município durante estágio optativo (5º ano) e curricular obrigatório da disciplina de Medicina Comunitária II (6º ano).

Apoio Diagnóstico

No laboratório do CMSCPF eram realizados exames de urina rotina, parasitológico de fezes, teste de gravidez, glicemia capilar, glicosúria e cetonúria. Enviavam-se os exames hematológicos, de bioquímica de sangue, etc. para o Laboratório Microrregional em Cajuru. A colheita de sangue era geralmente realizada às terças e às quintas-feiras.

Exames não realizados nessa unidade eram enviados ao HCFMRP-USP após solicitar cota na câmara de compensação na DIR XVIII. Os exames radiológicos e ultrassonográficos eram feitos no Sistema Público em Ribeirão Preto através de um convênio de cotas que a SMS tem com o Hospital Santa Casa ou encaminhados via Central de Regulação, nos casos de urgência.

Aspectos Gerenciais da Saúde

Cássia dos Coqueiros pertence à Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DIR XVIII). O município está habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada desde 27/11/2002, conforme Portaria n.º 2428 de 30/12/2002 (BRASIL, 2003).

O gerenciamento era realizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Estavam subordinadas à SMS, as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, a Unidade de Saúde da Família, a Unidade de Fisioterapia e a Saúde Bucal, de responsabilidade do supervisor da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica, da enfermeira do PSF, da fisioterapeuta e da coordenadora de saúde bucal, respectivamente. O CMSCPF, após a assinatura do convênio entre Prefeitura Municipal e a FMRP-USP, em fevereiro de 2003, deveria passar a ser gerenciado através de um Conselho Diretor.

A FMRP-USP tem exercido um papel importante no serviço de saúde de Cássia dos Coqueiros desde 1962. Esta parceria com a Universidade fez de Cássia dos Coqueiros um local para o desenvolvimento de diversos estudos científicos, especialmente em saúde, retratados em alguns trabalhos científicos como o de Passos (1991) e o de Bragazza e colaboradores (2002).

O atendimento médico é público e gratuito, não havendo serviço médico privado ou de nenhuma especialidade. No entanto, havia três consultórios odontológicos privados que complementavam a assistência odontológica do município.

O serviço público não possuía farmacêutico e na cidade havia uma única drogaria privada, sem profissional farmacêutico, que contribuía significativamente para a Assistência Farmacêutica local.

O PSF foi implantado em 2001 e desenvolvia os programas de hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, controle da tuberculose e hanseníase, etc. Desde 2003, contava com equipe de saúde bucal. O Programa de Saúde Mental com um psiquiatra, um

psicólogo recebe colaboração de uma enfermeira e de uma assistente social, não exclusivas do programa.

O Controle Social continua sendo exercido pelo Conselho Municipal de Saúde com 14 membros através de reunião mensal que discute e delibera para a promoção da assistência em saúde de qualidade.

Com relação ao financiamento, segundo dados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS (2003), do total das despesas com saúde em 2003, 86,4% foram aplicações de recursos próprios e somente 14,6% foram recursos transferidos de outras esferas do governo (transferência de recursos do SUS), sendo 91,4% dessas transferências da União. A despesa com saúde, em 2003, representou 28,48% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais. No mesmo ano, as despesas com saúde representaram um gasto de R\$ 361,07 por habitante sendo 59,8% com pessoal ativo, 26,5% com medicamentos, 2,1% com serviços de terceiros – Pessoa Jurídica, 0,9% com investimentos e 10,7% com outras despesas.

3.4. Coleta e organização dos dados sobre medicamentos

Dados utilizados para avaliação de estrutura e processo

Os dados sobre os medicamentos foram coletados na SMS, na Prefeitura Municipal, a partir de documentação escrita de observações das atividades cotidianas que envolviam os medicamentos, de registros informatizados da SMS e da Prefeitura e de registros fotográficos e informações verbais.

Tipos de dados:

- Fontes de Medicamentos: provenientes de programas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do estado de São Paulo e do orçamento do município.

- Armazenamento: locais e condições de estocagem, organização.
- Dispensação: organização do serviço de dispensação de medicamentos para a população atendida pela rede pública.

Dados sobre medicamentos prescritos e dispensados

As informações sobre prescrição e dispensação de medicamentos estavam disponíveis manuscritas em papel (receituários), impressas ou inseridas no Sistema Informatizado da do setor administrativo da Prefeitura Municipal como despesas com medicamentos para pagamento à drogaria do município, ou seja, ao serviço prestado pela iniciativa privada. Dados de dispensação pela Unidade de Saúde no ano de 2005 foram registrados em caderno de anotações e diariamente transcritos para planilha do Programa Microsoft Excel®, com cópias (*back-up*) atualizadas semanalmente. Os dados disponíveis em papel como as prescrições em receituários e o impresso da venda de medicamentos pela drogaria de 2003 e 2004 foram organizados por ano e parcialmente digitados em planilhas do programa Microsoft Excel®. Cinco indivíduos participaram do processo de digitação dos dados.

Os dados disponíveis no sistema informatizado da Prefeitura do Município foram disponibilizados em tabelas do programa Microsoft Word® e convertidos para planilhas do programa Microsoft Excel® de forma a permitir sua classificação. Eles correspondem aos medicamentos adquiridos via drogaria no ano de 2002.

As planilhas foram organizadas com os seguintes campos de dados: data, nome do medicamento conforme prescrito ou dispensado (exceto para o ano de 2005); esquema terapêutico, custo, prescritor, item dispensado na Unidade de Saúde. A natureza dos dados está descrita no Quadro 4 e os campos foram mantidos vazios para dados inexistentes.

Quadro 4. NATUREZA DOS DADOS UTILIZADOS DIVIDIDOS POR ANO

ANO	PRESC ¹	DISP ²	CUSTO	Natureza dos dados
2002		X	X	Dados sobre medicamentos dispensados em nome comercial, quantidade, custo, nome do usuário, digitado por funcionário da Prefeitura para pagamento e controle de gastos com medicamentos e com a farmácia comercial da cidade
2003	X	X	X	Dados parciais de medicamentos, registrados em papel (receitas) prescritos em nome comercial ou genérico e dispensados pela Unidade de Saúde (carimbo de entrega da especialidade) e pela farmácia comercial com data e nome do usuário, com anexo de recibo de venda da especialidade farmacêutica pelo comércio.
2004	X			Dados sobre medicamentos prescritos em 2ª. via de receitas a partir de julho com informações de posologia.
2005*		X	X	Dados sobre medicamentos dispensados, armazenados em planilhas de Excel, contendo medicamento dispensado, posologia prescrita, quantidade dispensada e nome e número do cartão do usuário.

Legenda: 1. dados de prescrição; 2. dados de dispensação; *as 2ª. via das prescrições estão disponíveis, mas não foram empregadas neste trabalho.

Amostra

Foram empregados neste trabalho dados parciais sobre os medicamentos prescritos e/ou dispensados, limitados pela ausência dos dados. Parte dos receituários de prescrição dos anos de 2003 e de 2004 não estava disponível e os dados de prescrição do ano de 2005 não foram informatizados para análise devido à indisponibilidade de tempo para digitação. Do total de itens inseridos nas planilhas anuais (Tabela 3), foram excluídos 526 itens considerados incompletos para análise e os não pertinentes à pesquisa, conforme descritos no Quadro 5.

Tabela 3. NÚMERO DE ITENS SELECIONADOS CLASSIFICADOS POR ANO

Ano	Itens totais	Excluídos	Analizados
2002	7318	389	6929
2003	4759	114	4645
2004	3191	7	3184
2005	12416	16	12400
Total	27684	526	27158

Quadro 5. DADOS EXCLUÍDOS E ARGUMENTOS PARA A EXCLUSÃO

EXCLUSÃO	MOTIVO
Item não medicamentoso como bandagem, fraldas, materiais médico-hospitalares.	Seriam necessários se interferissem nos cálculos de gastos com medicamentos ou nas compras da farmácia comercial.
Itens de toucador ou cosméticos como pasta de dentes, creme hidratante.	Difícil identificação se itens cosméticos foram usados com fins terapêuticos.
Pacientes não identificados.	Embora em pequeno número, ausência da identificação do usuário pode comprometer a análise dos dados.
Itens sem data de prescrição ou dispensação.	Dados necessários para análise de acordo com o ano de prescrição ou dispensação.
Itens com ausência dos campos “nome do medicamento” ou “paciente” não registrados por ilegibilidade.	Nomes de medicamentos e o paciente eram necessários nas análises.
Nome do medicamento designado como “Fórmula” por ter sido fornecido via farmácia de manipulação.	Ausência da composição da fórmula. Sem dados sobre o medicamento.

A amostra final analisada continha um total de 27.158 tratamentos com medicamento prescrito e/ou dispensado pelo nome comercial ou genérico, conforme documento, para um determinado paciente, em uma determinada data, distribuído ao longo dos meses, conforme apresentados na Tabela 4.

Tabela 4. DISTRIBUIÇÃO DO NUMERO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS OU DISPENSADOS POR ANO E POR MÊS CONSTANTES DO BANCO DE DADOS PARA ANÁLISE.

ANO/MES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2002	483	493	568	699	856	0	0	866	882	873	765	444
2003	27	1110	46	72	870	705	818	780	216	1	0	0
2004	0	1	0	0	1	1	74	1112	102	1293	0	600
2005	729	738	859	940	989	1135	1115	1394	1423	1085	1040	953

Correção da digitação dos dados

Apesar de padronização no processo de digitação das informações existentes, a legibilidade limitada dos manuscritos das receitas, a maioria absoluta com nomes comerciais

sem formas de apresentação adequadamente descritas e com nomes dos usuários do serviço ora completos, ora abreviados, ou espaçamento variado entre caracteres, gerou planilhas que exigiram intenso trabalho para a uniformidade e precisão necessárias à análise dos dados no programa Microsoft Excel[®].

Organização dos dados em planilha para análise

A planilha de cada ano foi reorganizada para a apresentação dos dados em colunas uniformes. Foram acrescentadas colunas para análise dos dados de acordo com as necessidades do trabalho (Anexo 4).

3.5. Avaliação da assistência farmacêutica

A partir da análise dos dados, obtiveram-se subsídios para realizar uma avaliação da AF baseada em alguns indicadores sugeridos por Cosendey (2000) e adaptados à situação do município em estudo e à disponibilidade de dados (Anexo 1). Os indicadores são divididos em: indicadores de estrutura (características do serviço, do local, dos servidores, dos recursos humanos e financeiros, etc.); indicadores de processo (fontes de aquisição, controle de estoque, adequação de estocagem, atendimento à demanda do município, etc) e indicadores de resultados (população atendida – disponibilidade e acesso, perdas, racionalidade dos medicamentos utilizados, etc.). Estes incorporam aspectos do processo de utilização de medicamentos e fornecem o nível de qualidade da Assistência Farmacêutica.

3.6. Intervenção do farmacêutico no desenvolvimento da prática farmacêutica

A partir dos dados que permitiram um diagnóstico da AF, foram definidas e sistematizadas as atividades que poderiam ser desenvolvidas pelo serviço com base nas atribuições profissionais de natureza gerencial (assistência) e clínica (atenção) do farmacêutico, e as características do Sistema de Saúde do município para o aprimoramento da Assistência Farmacêutica. Ênfase foi dada às atividades do farmacêutico como parte da equipe multiprofissional do Programa Saúde de Família que surgiu, em 1994, como um novo modelo de assistência à saúde centrado no indivíduo e a família, distinguindo-se do modelo tradicional centrado na doença.

Após a organização do serviço pelo farmacêutico, foram coletados dados para uma avaliação da Assistência Farmacêutica com farmacêutico, comparando-a com o estágio anterior principalmente no que diz respeito à aquisição, à estocagem, à prescrição e à dispensação de medicamentos.

3.7. Aspectos Éticos

O trabalho foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP e aprovado na 46ª Reunião deste comitê no dia 11 de novembro de 2005 (Anexo 2).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Os medicamentos no município em estudo

Municípios de pequeno porte no Estado de São Paulo representam a maioria absoluta (54,26% de municípios até 15 mil e 23,10% com menos de 5.000 habitantes – IBGE, 2006) e, em virtude do modelo de gestão da saúde adotado, os programas de assistência farmacêutica nacional e estadual os contemplam com medicamentos para várias finalidades terapêuticas ou profiláticas. Os medicamentos alcançam os municípios através de entregas nem sempre regulares e em períodos estabelecidos muitas vezes não cumpridos, quer o município tenha ou não farmacêutico contratado. Os excessos decorrentes do suprimento inadequado ou prescrições fora do ofertado são geralmente desperdiçados, devido à perda por vencimento do prazo de validade, e as faltas são providas, em muitos destes municípios, através de compras diretas em farmácias ou drogarias, geralmente a preços mais elevados, onerando o orçamento municipal da saúde. O município em estudo não era exceção até a contratação do farmacêutico.

Os resultados apresentados a seguir mostram o cenário da AF sem o profissional específico da área para realizar a gestão do processo e os impactos que este pôde provocar ao desenvolver atividades farmacêuticas, de gerenciamento e de clínica sugeridas por vários estudos e divulgadas por órgãos como a OMS, para a promoção da utilização racional e do acesso da população aos medicamentos essenciais. Os indicadores de estrutura, processo e resultados irão nortear a avaliação da qualidade da AF no município e o impacto da presença de farmacêutico no sistema de saúde municipal.

4.2. Descrição da Assistência Farmacêutica (sem farmacêutico)

4.2.1. Estrutura

Organização do Setor de Saúde

Em 2003 não existia “Assistência Farmacêutica” no organograma da SMS e continua não havendo devido à simplicidade da organização administrativa do município.

O serviço era composto de uma unidade básica de saúde – Centro Médico Social Comunitário Pedreira de Freitas, sem estrutura hospitalar aparente. Havia uma sala de observação, onde algumas vezes pacientes que requeriam tratamentos médicos de menor complexidade podiam ser internados ou ficavam em regime de semi-internação.

Apesar da participação direta da Universidade, o sistema de saúde caracterizava-se por ter uma assistência farmacêutica com ausência de profissional farmacêutico gerenciando o processo.

Qualificação de Recursos Humanos da Assistência Farmacêutica

Pessoas que dispensavam medicamentos: auxiliares e técnico de enfermagem que trabalham no CMSCPF, enfermeiros (CMSCPF e PSF), auxiliar administrativo da SMS, médicos e alunos de medicina.

Não existiam programas para cursos de reciclagem para distribuidores de medicamentos.

Organização do local de dispensação de medicamentos

Dois locais se destinavam à distribuição e armazenamento de medicamentos: um localizado no CMSCPF e outro no prédio em frente, onde se estabeleceu a Secretaria Municipal de Saúde.

Sala do CMSCPF: contava com duas estantes de madeira nas quais se acondicionavam medicamentos em pequenas caixas dispostas por ordem alfabética de nomes genéricos (em algumas caixas) ou nomes comerciais (em outras caixas). Observaram-se riscos de erros de dispensação eminentes devido a similaridades de embalagens ou de nomes. Poucos medicamentos psicotrópicos estavam armazenados em armário tipo vitrine, com vidro em três faces que se mantinha trancado, mas com a chave disponível na fechadura, sob responsabilidade da equipe de enfermagem.

No CMSCPF ainda havia medicamentos na sala de urgência e na sala de curativos, também sob controle da equipe de enfermagem.

Sala na SMS: em geral armazenava-se o estoque de medicamentos na sala da SMS. Armários com prateleiras de metal para a armazenagem eram adequados.

Seleção

Segundo Cosendey (2000), os indicadores de estrutura da seleção estão relacionados à Relação de Medicamentos Essenciais. Eram considerados medicamentos essenciais padronizados aqueles dos PAFB do Estado de São Paulo (Dose Certa) e do Ministério da Saúde (MS) (Hipertensão, Saúde da Mulher, Saúde da Família), incluindo outros programas estratégicos como diabetes (insulina NPH), Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Malária, Cólera, etc.

As prescrições médicas, na sua maioria, não se baseavam numa lista de medicamentos disponíveis na unidade de saúde, nem seguiam critérios previamente estabelecidos em diretrizes, protocolos ou formulários, orientados pelo médico responsável pela unidade.

Verificava-se uma diversidade de nomes genéricos, formas de apresentação e de medicamentos com vários princípios ativos obtida de dados de dispensação e prescrição dos

anos de 2002 e 2003 (a ser discutida posteriormente) que não estavam em concordância com uma RME.

Fontes de aquisição

Medicamentos provenientes dos PAFB do Estado (Dose Certa) e da União eram recebidos e distribuídos pela SMS.

Em sua maioria os medicamentos fornecidos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) eram utilizados na unidade, sendo constituídos principalmente de medicações parenterais como parte do convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e a FMRP-USP. A relação dos medicamentos fornecidos mensalmente pelo HCFMRP-USP encontra-se no Anexo 5. Em 2003, esta lista era composta por 63 itens diferentes, representando um repasse de recursos mensais da ordem de R\$ 339,71, valores relativos a agosto de 2004.

Não havia correspondência entre o quantitativo e o qualitativo programado e a demanda real de medicamentos para uso na unidade. Os medicamentos faltantes eram adquiridos pela Prefeitura Municipal e parte dos excessos era trocado com o Hospital de Cajuru por cotas de exames de radiografia (15 cotas mensais).

Medicamentos complementares, pactuados ou faltantes dos programas estaduais ou federais eram eventualmente adquiridos pela prefeitura de distribuidora e, em maior escala, irrestritamente na única drogaria do município.

As categorias profissionais responsáveis pela definição das especificações técnicas das compras eram o médico (Secretário Municipal de Saúde), auxiliar administrativo, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.

Os medicamentos adquiridos pelo município foram de três categorias: (i) medicamentos para uso no CMSCPF, em geral, medicamentos utilizados em urgência e emergência,

injetáveis de uso ambulatorial e medicamentos para curativos entre outros adquiridos pela prefeitura por compra direta em distribuidora; **(ii)** medicamentos adquiridos para distribuição no Serviço de Saúde como contrapartida dos programas de Assistência Farmacêutica do Estado e do Ministério da Saúde e **(iii)** medicamentos contabilizados como materiais de distribuição gratuita, atendendo às prescrições de medicamentos não constantes na rede pública por falta ou por não fazerem parte do elenco disponibilizado dos PAF das outras esferas governamentais, sendo estes, os maiores responsáveis por onerar as contas municipais, representando 26,54 % dos gastos totais em saúde no ano de 2003 (CÁSSIA DOS COQUEIROS, 2003a). Os medicamentos desta última categoria foram adquiridos na única drogaria do município, diretamente pela população por meio da prescrição, e a solicitação de pagamentos encaminhados à prefeitura e com o custo anexado. O prefeito definia a autorização do pagamento dos medicamentos. Não havia julgamento técnico no processo de doação de medicamentos.

Por não contar com farmacêutico até o início de 2004 para compor a equipe mínima de saúde mental, o município não era cadastrado no *Programa Dose Certa – Saúde Mental* da Secretaria de Estado da Saúde, deixando de receber um importante recurso em medicamentos deste programa.

4.2.2. Processo

Programação e Aquisição

A programação dos PAF das outras esferas governamentais (federais e estaduais) era efetuada pelo atendente do dispensário da unidade de saúde, que tinha acesso ao sistema Farmanet. As compras de medicamentos da prefeitura para serem dispensados no CMSCPF eram geralmente baseadas nos medicamentos mais prescritos (programação baseada em

consumo), não se utilizando critérios epidemiológicos, evidências clínicas, ou de uma lista padronizada de medicamentos.

Em âmbito federal (MS), não se possibilitava a realização de programação direta, exceto nos casos dos programas estratégicos como diabetes (insulina), Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDs, Malária, Cólera, que são recursos federais, mas são administrados pelo Estado.

A qualidade da programação era baixa, havendo sempre falta de alguns produtos e excesso de outros. Em entrevista, o Secretário da Saúde da época informou que procurava discutir com a equipe as possíveis necessidades para as compras com base em histórico prévio, mas as prescrições médicas não correspondiam à estratégia de compra definida, uma vez que a maior parte do atendimento médico no CMSPF era exercido por médicos plantonistas ou estudantes de medicina, de alta rotatividade, sem estabelecer vínculo ou compromisso com o serviço. Variações sensíveis no padrão de prescrição ocorriam sempre que o médico era substituído.

Conseqüentemente, ocorriam muitas perdas dos medicamentos por vencimento do prazo de validade e a maior parte dos medicamentos adquiridos pelo município voltava a ser via drogaria.

Armazenamento

Os medicamentos eram armazenados adequadamente em prateleiras longe da umidade e da luz solar. A falta de climatização do ambiente, não deve ser considerado um problema, a princípio, uma vez que as temperaturas são amenas durante todo o ano no município. Não havia, no entanto, controle da temperatura do ambiente e do refrigerador que armazenava medicamentos.

O controle de estoque era realizado através de fichas papel preenchidas de dois modos, gerando um controle real e outro fictício. O controle fictício era necessário para ajustar

quantidades a serem solicitadas pelo “Farmanet” para o recebimento de medicamentos do Programa Dose Certa. Na época, o *software* gerava um fator, baseado em médias de consumo, que não permitia a solicitação de medicamentos cujo estoque informado fosse suficiente para atender o período, o que poderia levar a faltas decorrente das variações sazonais, ou mesmo das mudanças no padrão de prescrição.

Dispensação

A dispensação era realizada, em boa parte, mediante apresentação da prescrição e do cartão de medicamentos (cartão verde – Anexo 3). Ao aviar uma prescrição, carimbava-se “entregue” sobre itens dispensados na receita, e marcavam-se (carimbo ou esferográfica) com um “X” os itens não disponíveis. O “X” foi instituído para que funcionários do setor administrativo da prefeitura tivessem indicação do não fornecimento de um medicamento e, desta forma, encaminhassem ao prefeito para autorizar aquisição na drogaria.

Orientações sobre o uso de medicamento eram geralmente disponibilizadas juntamente com o aconselhamento de enfermagem na pós consulta.

Era comum a entrega de medicamentos sem a prescrição, sendo os medicamentos dispensados, neste caso, mediante dados disponíveis no cartão verde ou informações verbais dos pacientes. A entrega de medicamentos sem a apresentação do cartão verde era prática bastante comum. Não havia formas de registro para controle interno dos medicamentos dispensados.

4.3. Intervenções do Farmacêutico e o Desenvolvimento de Práticas de Farmácia Clínica

Intervenções do farmacêutico nas práticas clínicas, ou seja, de atividades realizadas junto ao paciente, têm demonstrado um aprimoramento na qualidade do cuidado associado a uma redução de custos, tendo o medicamento como o insumo essencial de sua prática e o paciente como o centro de sua atenção (LEAPE, CULLEN, CLAPP, 1999; JOHNSON & BOOTMAN, 1997; BOND; RAEHL; FRANKE, 2001). Neste trabalho procurou-se definir estratégias visando alcançar melhor qualidade de vida para os indivíduos com custo efetividade. Para tanto as intervenções do farmacêutico no aprimoramento da assistência farmacêutica do município foram organizadas em ações de natureza gerencial e operacional e ações de natureza clínica, priorizando estas últimas, baseando-se nas intervenções chaves sugeridas pela OMS e nas recomendações para prevenção ou redução erros de medicação (WHO, 2002b; LESAR, 2000).

De acordo com informações do Prefeito e o Secretario Municipal de Saúde, os objetivos principais da contratação de um farmacêutico para o gestor do município de Cássia dos Coqueiros à época eram: **(i)** estruturar o serviço de Assistência Farmacêutica, **(ii)** aumentar a qualidade do atendimento aos usuários, **(iii)** aumentar a segurança dos pacientes com relação ao uso de medicamentos, **(iv)** reduzir custos (desoneração do sistema de saúde) e **(v)** regularizar a situação do município frente ao Conselho Regional de Farmácia (CASSIA DOS COQUEIROS, 2003b).

As intervenções do farmacêutico foram elaboradas e executadas dentro de uma dimensão política favorável e acompanhando um processo de melhorias no sistema de saúde do município como um todo, marcado também pela contratação de um médico que residisse no município para atuar como médico de família e supervisionar estudantes de medicina.

4.3.1. Intervenções gerenciais e operacionais

As intervenções gerenciais visaram à melhoria da estrutura e do processo da AF, facilitando o acesso aos medicamentos essenciais e gerando condições para o desenvolvimento das atividades clínicas que resultassem na utilização racional de medicamentos. A seguir, enumeram-se as principais ações.

a) Centralização das atividades no CMSCPF.

Todos os medicamentos foram acondicionados em um único local sob a responsabilidade da equipe de farmácia composta por um farmacêutico-responsável, de um auxiliar e de um estagiário. O auxiliar e o estagiário foram treinados pelo farmacêutico, respeitando as características do serviço e os padrões da prática farmacêutica.

A centralização das atividades permitiu um maior controle sobre o fluxo de medicamentos da rede pública, reduzindo, dessa forma, as perdas por validade, e impedindo a distribuição e o uso indiscriminados dos mesmos. Uma vez que a dispensação de medicamentos aos pacientes passou a ser realizada exclusivamente no CMSCPF, melhor intercâmbio do pessoal da farmácia com os outros membros da equipe de saúde foi estabelecido, em especial com os prescritores do município, e uma facilidade de acesso às informações dos pacientes, obtidas dos prontuários médicos, das agendas e dos próprios profissionais que atuavam no local. Esta atuação do farmacêutico junto à equipe foi uma ação planejada, uma vez que está associada à redução de eventos adversos e melhoria da utilização de medicamentos (COAST-SENIOR et al, 1998; LEAPE, CULLEN, CLAPP, 1999; BORENSTEIN, 2003).

Com a organização do serviço de AF do ponto de vista gerencial foram satisfeitos vários indicadores de qualidade referentes à estrutura e ao processo, que serão mencionados posteriormente.

b) Estabelecimento de equipe multiprofissional para a elaboração de Lista Padronizada de medicamentos (REMUME).

Pretendeu-se criar uma Comissão de Medicamentos e Terapêutica (CMT), mas considerando o tamanho reduzido da equipe de saúde optou-se por alternativa que satisfizesse o mesmo de uma CMT. Assim, com a participação do médico, integralmente responsável pelas práticas médicas da unidade, do farmacêutico e da enfermeira, e colaboração de docente da FCFRP-USP, elaborou-se uma lista padronizada de medicamentos (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME) com base em evidências clínicas quanto à eficácia, à segurança e custo-efetividade, conforme avaliação da época, para o município de Cássia dos Coqueiros. A lista padronizada (Anexo 7) contém 204 princípios ativos em 269 especialidades farmacêuticas. Destas, 40 são medicamentos fornecidos pelo programa Dose Certa da SES de São Paulo, 47 itens são fornecidos pela FMRP-USP, 12 constam do programa Dose Certa-Saúde Mental, 31 pertencem aos PAF do Ministério da Saúde, 15 itens correspondem à contrapartida municipal no pactuado da AF básica e 124 são medicamentos da padronização municipal.

A lista padronizada de medicamentos nortearia a prescrição, mesmo que o medicamento padronizado não estivesse disponível, por questões orçamentárias, para dispensação no CMSCPF.

c) Ampliação do número de medicamentos disponíveis para a dispensação no CMSCPF adquiridos através de recursos municipais.

Durante o período do estudo e de atuação do farmacêutico, o número de medicamentos disponíveis para a dispensação no CMSCPF aumentou gradualmente, de forma a atender a maioria absoluta dos pacientes. Foram adquiridos de distribuidoras, com programação:

- os medicamentos para saúde mental,

- quantidades complementares de medicamentos dos PAF do Estado e do Ministério da Saúde,
- medicamentos correspondentes à contrapartida do PAFB
- os novos medicamentos da padronização municipal.

Além disso, lista de medicamentos proveniente do HCFMRP-USP foi modificada através de uma sugestão enviada à administração do hospital para uma adequação às necessidades locais de medicamentos principalmente os de uso parenteral. A lista foi ampliada em quantidade total de medicamentos (Anexo 6) e representou em 2004 e em 2005 um repasse mensal de R\$ 397,42 (aumento de 18%). Esta mudança na programação favoreceu a melhor utilização destes recursos provenientes do HCFMRP, que antes eram trocados por cotas de exames de radiografia, levando à racionalização da utilização deste tipo de exame.

A presença dos medicamentos para dispensação no CMSCPF teve impacto positivo no serviço e na população. Criou-se tendência em se prescrever medicamentos constantes no serviço, orientados pelo farmacêutico e pelo médico responsável, contribuindo para racionalização da prescrição. Da mesma forma, pouco a pouco, a população adquiriu confiança neste serviço de dispensação com acesso assegurado a seus medicamentos, acreditando que estariam disponíveis sempre que precisassem. Isto reduziu a intenção do paciente de guardar estoques de medicamentos em casa. E na mesma direção, em resposta a uma campanha para a doação de medicamentos, objetivando estimular a solidariedade e reduzir a prática da automedicação, a população passou a devolver ou doar os medicamentos que não estavam sendo usados para o dispensário do CMSCPF.

d) Implantação do Programa Dose Certa – Saúde Mental.

Durante o ano de 2004, várias tentativas para inscrever o município no Programa Dose Certa – Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, que assegura o fornecimento de medicamentos para pacientes em seguimento na psiquiatria, não foram bem sucedidas. O

cadastramento do programa exigia equipe de Saúde Mental completa, composta de médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, farmacêutico e assistente social (SÃO PAULO, 2002b). Até então não tinha sido possível a adesão ao programa por falta de farmacêutico para compor a equipe. Como requerimento adicional, era também necessário que esta equipe tivesse uma atuação em conjunto.

Coordenadores de Saúde Mental da DIR XVIII, em visita ao município, analisaram as condições para o cadastramento, exigindo algumas modificações na organização do serviço para tornar a equipe de Saúde Mental mais integrada, o que asseguraria um melhor sucesso terapêutico dos pacientes.

Em resposta ao empenho da equipe, a DIR XVIII incorporou o município ao Programa Dose Certa – Saúde Mental no primeiro semestre de 2005, fornecendo todos os medicamentos autorizados para Unidades de Referência de Dispensação Nível 1 (Anexo 8). Isto representou economia para o município com um impacto de 20% no total de gastos com medicamentos (redução de custos não calculados), pois contava com cerca de 100 pacientes (3 a 4% da população) em seguimento de psiquiatria.

Além disso, o médico psiquiatra foi cadastrado no programa de medicamentos excepcionais (medicamentos Alto Custo), possibilitando a aquisição de medicamentos de saúde mental de Nível 3 (Anexo 8).

e) Realização da programação de medicamentos do Programa Dose Certa que atende melhor às necessidades do município – proposta da SES.

No primeiro semestre de 2004, foi permitida a realização da programação dos medicamentos do Programa Dose Certa (Anexo 9). Uma vez que já se tinham dados sobre a epidemiologia do município e a demanda de determinados produtos, pôde-se realizar uma programação mais adequada, otimizando a utilização de medicamentos deste programa no

município. Anteriormente, a maioria dos medicamentos era suficiente para no máximo um dos três meses que correspondia ao período entre as entregas. Além disso, uma grande quantidade de medicamentos de baixo consumo no município, como alguns antiparasitários e antimicrobianos, acumulavam-se em estoques que, em muitos casos, chegaram a perder por vencimento do prazo de validade no período anterior a contratação do farmacêutico.

O Programa Dose Certa consegue atender à demanda da maioria dos produtos do programa (41 itens – Anexo 9), com algumas exceções que são significativamente importantes, como o caso do captopril 25 mg, da nifedipina 20 mg, do propranolol 40 mg e do ácido acetilsalicílico 100 mg. As quantidades destes itens não eram suficientes para atender o período de três meses. No entanto, para que se pudesse aumentar a quantidade destes itens na programação, seria necessário excluir outros itens, mas o programa exigia a programação de pelo menos 30 itens diferentes, não aceitando exclusões adicionais. Dessa forma, uma lista de medicamentos de complementação do Programa Dose Certa era passada a Prefeitura Municipal para aquisição, evitando a falta destes medicamentos.

f) Controle de estoque informatizado

Foi solicitada à Prefeitura Municipal a aquisição de um computador para o serviço de Assistência Farmacêutica, a fim de que pudesse facilitar a operacionalização de atividades no dispensário. O equipamento foi comprado e, a partir de agosto de 2004, todos os registros de entrada, estoque e dispensação de medicamentos foram realizados no computador. Pela ausência de *softwares* específicos, o programa Microsoft Excel® foi usado para o controle de estoque, com fácil operacionalidade.

g) Triagem das prescrições para pagamento pela Prefeitura (medicamentos sem eficácia comprovada, não constante das listas de medicamentos essenciais, disponíveis no dispensário do CMSCPF, etc).

Conforme acordado com o Prefeito Municipal do período, todas as prescrições que seriam por ele autorizadas para aquisição na drogaria teriam que passar por análise do farmacêutico para avaliar tecnicamente sua adequação, definido como revisão da prescrição (prescription review) prévia à dispensação. Com a análise da prescrição, uma atividade clínica do farmacêutico obtém-se benefícios não só financeiros em ambientes de atenção primária e terciária como enfatizado por LOWE et al (2000). Levava-se em conta a disponibilidade de equivalentes terapêuticos na rede pública, a eficácia do medicamento prescrito, a quantidade prescrita e o custo da prescrição. Desta forma, evitava-se (o que muitas vezes acontecia) do paciente solicitar a compra à prefeitura de um medicamento disponível no dispensário do CMSCPF.

h) Inscrição da unidade (CMSCPF) no Conselho Regional de Farmácia.

O município já acumulava várias multas devido às infrações por não possuir farmacêutico-responsável. Com a contratação do profissional, foi realizada a inscrição do dispensário de medicamentos do CMSCPF no Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, regularizando a situação do município frente a este órgão.

i) Fracionamento e adequação dos produtos farmacêuticos às necessidades do paciente

Procedimentos práticos foram realizados no dispensário de medicamentos para suprir necessidades dos pacientes. O fracionamento de soluções, comprimidos, cápsulas, e outras formas permitiram melhor aproveitamento do produto e uma redução de estoques nos

domicílios dos pacientes. Dispensava-se sempre a quantidade prescrita e necessária para o tratamento. O fracionamento de medicamentos foi regulamentado no Brasil pelo decreto n.º 5775 de 10 de maio de 2006 (BRASIL, 2006).

4.3.2 Intervenções de natureza clínica

Conforme destacado anteriormente, atividades clínicas do farmacêutico agregam qualidade ao serviço de saúde, racionalizando melhor a utilização de medicamentos e aumentando a segurança no uso da medicação (INDRITZ & ARTZ, 1999; SCROCARRO et al., 2000). O desenvolvimento da Atenção farmacêutica, seja nos Estados Unidos ou na Europa, consolidou a prática clínica do farmacêutico junto ao paciente. Dados de literatura mostram que a atuação de farmacêuticos clínicos em ambientes ambulatoriais leva a resultados terapêuticos positivos documentados e redução de erros potenciais e de custos, com os médicos aceitando a maioria absoluta de suas recomendações. (STRAND et al., 2004; LEAP; CULLEN; CLAPP, 1999, LEE et al., 2002). Nos Estados Unidos, dos 579 programas de residência em medicina de família, 27% empregava um farmacêutico clínico em tempo integral, e há 20 anos tem aumentado o envolvimento de farmacêuticos clínicos no treinamento de médicos de família (DICKERSON et al., 2002). O *Collaborative Drug Therapy Management*, desenhado para maximizar a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente e aprimorar os benefícios sociais do medicamento, é um dos melhores exemplos de como o farmacêutico e o médico podem trabalhar juntos (HAMMOND et al., 2003). As intervenções clínicas do farmacêutico em Cássia dos Coqueiros estavam voltadas a estes dois aspectos da prática: a atenção farmacêutica e a interação com médico. Abaixo seguem algumas das intervenções realizadas no contexto da prática clínica.

a) Dispensação e atenção farmacêutica, intervenção farmacêutica e documentação da ação através de anotações no cartão de medicamentos da prefeitura, no caderno de dispensação e no prontuário médico do paciente.

A dispensação de medicamentos para os pacientes recebeu atenção especial na orientação de cada indivíduo, principalmente para os tratamentos de quadro agudo com antibioticoterapia ou para os medicamentos de uso crônico, como os para hipertensão, diabetes, etc. Os membros da equipe de farmácia receberam treinamento para aspectos técnicos relacionados ao uso correto bem como para aspectos de relacionamento do profissional de saúde com os usuários de medicamentos. Visando aprimorar o seguimento farmacoterapêutico, um dos macro-componentes da atenção farmacêutica (IVAMA et al, 2002), foi reorganizado o uso do cartão de medicamentos ou cartão verde (Anexo 3). Anteriormente os medicamentos dispensados pela rede pública de Cássia dos Coqueiros eram anotados no cartão de medicamentos, mas não apresentava fidedignidade de dados, uma vez que se entregavam medicamentos para o paciente mesmo sem a sua apresentação para registro da dispensação, servindo parcialmente como um registro de entrega. Foi redefinida a obrigatoriedade da apresentação do cartão e anotações passaram a ser feitas tanto nele quanto em um caderno próprio do dispensário e, posteriormente, digitadas no computador, contendo o medicamento por nome genérico, a quantidade dispensada, o nome do paciente e o número do Cartão Verde. Além disso, os medicamentos adquiridos pela prefeitura na drogaria eram também anotados, de forma a consolidar as informações sobre o uso de medicamentos pelo paciente. Os resultados desta prática possibilitaram, em muitos casos, detectar pacientes não aderentes ou que usavam incorretamente seus medicamentos, baseando-se na regularidade de entrega do medicamento no CMSCPF ou na drogaria¹.

¹Todos os pacientes, com raras exceções, recebiam quantidades máximas de medicamento de uso contínuo equivalentes a 30 dias de tratamento a cada entrega, tanto no dispensário do centro médico, quanto na drogaria do município.

O Cartão Verde tornou-se pessoal e intransferível. Além disso, mostrava com maior confiabilidade e clareza o seguimento farmacoterapêutico do paciente pelo farmacêutico e equipe de saúde, tornando-se, freqüentemente, instrumento de consulta para conhecimento da medicação utilizada pelo paciente, informação que geralmente não estava devidamente anotada nos prontuários médicos dos pacientes.

Foram feitas anotações de reações adversas a medicamentos (como alergias) previamente apresentadas pelo paciente na capa do cartão, alertando o dispensador, evitando entrega futura de medicamento inadequado para o paciente. Este tipo de anotação era também feito na capa do prontuário do paciente.

Quaisquer PRM, quando identificados durante a dispensação, consulta médica, farmacêutica ou de enfermagem, ou alertado pelo próprio paciente, foram levados em conta e intervenções farmacêuticas² foram realizadas para resolvê-los. Exemplos:

- alterar horário da medicação frente a quadro de intolerância gástrica
- providenciar medicamentos ou orientar o paciente sobre formas de acesso a eles, quando não estivessem disponíveis no dispensário.
- reforçar a orientação do paciente ou cuidador sobre formas e horários corretos dos medicamentos
- solicitar consulta médica para avaliação de possível reação adversa a medicamento
- solicitar consulta médica para redução de dose excessiva
- alertar o médico sobre a probabilidade de interação medicamentosa
- solicitar ao médico a prescrição de medicamento necessário ao paciente, baseado nos consensos e diretrizes clínicas.

²Segundo Ivama e colaboradores (2002), intervenção farmacêutica “é um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico”. Não deve, portanto, neste trabalho, ser confundido com intervenções do farmacêutico.

As intervenções farmacêuticas foram registradas (documentadas) nos prontuários médicos dos pacientes, ficando disponível para toda a equipe saúde.

A documentação é considerada o método primário para demonstrar o valor dentro de um sistema de saúde organizado. É também o método aceito pelo qual os profissionais de saúde se comunicam com relação às tomadas de decisão sobre o cuidado do paciente e os seus resultados clínicos. Dessa forma, a documentação rotineiramente da prática farmacêutica é uma forma de mostrar o profissional farmacêutico como parte integrante da equipe de saúde (MACKINNON III, G.; MACKINNON, N., 2005).

b) Informações sobre medicamentos

Foi instituído no dispensário do CMSCPF um espaço para obtenção de informações sobre medicamentos. O computador adquirido pela prefeitura possuía acesso a informações disponíveis na internet, inclusive à periódicos, 24 horas por dia, disponibilizado pela FMRP-USP. Livros de farmacologia, mementos, formulários, guias terapêuticos, bem como documentos com preços de medicamentos foram disponibilizados pela Prefeitura Municipal, pela FMRP-USP ou pela FCFRP-USP.

O fornecimento de informações independentes e imparciais contemplava mais uma das intervenções chaves ditadas pela OMS para promoção da utilização racional (WHO, 2002b). Tousignaut (2004) afirma que a missão da farmácia inclui dois “T’s”: Informar e Interpretar. Obter, analisar e interpretar informações sobre medicamentos de fontes técnicas para a equipe de saúde, transmitir informações sobre pacientes para a equipe e informações sobre medicamentos para os pacientes são atividades farmacêuticas fundamentais.

Além disso, instituições que contam com serviços de informações sobre medicamentos estão associadas a menor custo do cuidado do paciente, bem como, menor incidência de erros de medicação (BOND; RAEHL; FRANKE, 2000, 2001).

c) Orientação e supervisão de estudantes do curso de medicina da FMRP-USP sobre a utilização racional de medicamentos.

Dentre as 12 intervenções preconizadas pela OMS para a promoção do uso racional de medicamentos, algumas delas referem-se diretamente ao treinamento contínuo e supervisão do acadêmico de medicina e do médico em farmacoterapia, inclusive instrumentalizando-os para resistir aos incentivos financeiros das práticas prescritivas (WHO, 2002b). Como parte do aprendizado clínico dos alunos, discussões sobre terapêutica medicamentosa, aspectos técnicos da prescrição médica bem como resultados clínicos dos pacientes eram estimuladas pelo farmacêutico e médico responsável. A proficiência em curso de prescrição racional, de acordo com modelo da OMS (DE VRIES et al., 1994), previamente ministrado, estimulava o aluno a analisar criticamente a utilização de medicamentos e os impactos negativos de uma prática irracional. O objetivo nuclear desta ação foi a promoção da segurança do paciente, focalizando na utilização racional de medicamentos. Aos alunos também eram fornecidas instruções sobre o funcionamento do serviço de Assistência Farmacêutica do município eventualmente aplicáveis para outros municípios e os avanços alcançados na busca por um serviço de qualidade.

O trabalho com os estudantes fortaleceu a relação colaborativa entre a medicina e a farmácia, cada qual desempenhando suas atribuições e contribuindo para integralidade das ações em saúde. A interação farmacêutico-médico trouxe resultados positivos, com relação à utilização racional, se comparado com o período anterior, como será apresentado nas Tabelas 9 a 12. Este tipo de interação também melhora os resultados clínicos dos pacientes, como demonstrado em vários trabalhos (HAMMOND, et al., 2003; IRONS et al, 2002; LAM; RUBY, 2005).

A partir do ano de 2005, médicos residentes de Medicina em Família e Comunidade do HCFMRP-USP passaram a fazer estágios em Cássia dos Coqueiros e se envolveram com a

prática da farmácia clínica, buscando informações sobre medicamentos, sobre as medicações utilizadas pelos pacientes ou para sugerir pacientes para acompanhamento.

d)Intervenção sobre prescrições inadequadas - “prescription review prior to dispensing”

Conforme definido pela Sociedade Real de Médicos Generalistas da Austrália (RACGP, 2006), a revisão da medicação (*medication review*) é uma verificação crítica da prescrição como um todo, das medicações de venda livre (OTC) e dos tratamentos complementares para otimizar a terapia e reduzir os PRM.

A maior parte das prescrições expedidas no CMSCPF foi analisada pelo farmacêutico que avaliava a adequação dos medicamentos prescritos ao diagnóstico do paciente e/ou erros de forma de apresentação, de posologia, de duração de tratamento. O acesso ao prontuário médico do paciente permitiu uma melhor correlação dos dados da prescrição com o diagnóstico clínico do paciente. As prescrições que continham erros de qualquer natureza eram encaminhadas aos prescritores para correção.

Quando medicamento prescrito não constava do elenco fornecido no dispensário do CMSCPF, sugeria-se ao prescritor, sempre que possível, a substituição por equivalente(s) disponível(is). Para alguns medicamentos, foi pré-estabelecida, a intercambiabilidade entre as substâncias do mesmo grupo terapêutico, quando uma ou outra estivesse disponível. Por exemplo, quando não houvesse cetoconazol 2% creme dermatológico na unidade, poder-se-ia dispensar o miconazol 2% creme dermatológico.

Este tipo de intervenção foi essencial para o aumento da racionalidade da utilização de medicamentos, com redução de custo e aumento da qualidade da farmacoterapia.

4.4. Comparação da Assistência Farmacêutica com Farmacêutico e sem Farmacêutico.

4.4.1. Indicadores de Estrutura

Os dados obtidos para avaliação da AF com e sem farmacêutico relacionados aos indicadores de estrutura estão apresentados de maneira comparativa no Quadro 6 .

Quadro 6. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ESTRUTURA (Adaptado de Cosendey, 2000)				
DIMENSÃO DA POLITICA	DENOMINAÇÃO	PADRÃO	SEM FARMACÊUTICO	COM FARMACÊUTICO
ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE	Existência de Assistência Farmacêutica no Organograma da SMS	Sim	Não	Não devido à simplicidade da estrutura administrativa da SMS
	Numero de leitos hospitalares públicos e conveniados com o SUS no município	----	Nenhum leito formal. Internações não oficiais.	Nenhum leito formal. Internações não oficiais.
	Número de Unidades Básicas de Saúde no município	----	Uma UBS e uma unidade do PSF	Uma UBS e uma unidade do PSF
	Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) na SMS, funcionando regularmente.	Sim	Não	Relação Padronizada elaborada pelo médico responsável e pelo farmacêutico, embora sem CMT oficial.
	Número de farmacêuticos que trabalham com AF na SMS por 1.000 habitantes.	1:20.000 hab	Não havia farmacêutico	1:2907
QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	Número de servidores em cada categoria que entrega medicamentos, e seu nível de escolaridade por 1.000 habitantes	----	Qualquer profissional que atuava na saúde, incluindo auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiro, atendente, médico e aluno de medicina totalizando em torno de 15 pessoas.	1 farmacêutico 1 técnico de radiologia, 1 auxiliar de farmácia
	Existe programação de curso de reciclagem para farmacêuticos e dispensadores de medicamentos	----	Não há	O serviço possuía supervisão de docente da FCFRP-USP, com treinamentos, sempre que necessários.
ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA DA UBS	A UBS e a USF possuem RME	Sim	Não	Lista de medicamentos essenciais das unidades é a mesma do município.

SELEÇÃO	Existe REMUME, ou Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.	Sim	Não	Sim. Elaborada lista padronizada de medicamentos (Anexo 7)
	Porcentagem de medicamentos da REMUME em concordância com a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME)	100%	----	Adoção de concordância com a RESME e programas da União para ampliar o acesso.
AQUISIÇÃO	Existe restrição à compra de medicamentos que não pertencem à REMUME?	Sim	Não	Sim. Autorizada aquisição excepcionalmente.
	Recursos financeiros utilizados pelo município para aquisição de medicamentos por fonte	----	Vide Tabela 5 página 95	Vide Tabela 6 página 95
	Recursos gastos por modalidade de compra de medicamento	----	Vide Tabela 5 página 95	Vide Tabela 6 página 95
	Categoria profissional responsável pela definição das especificações técnicas das compras	----	Escriturário, médico sanitário, auxiliar de enfermagem.	Farmacêutico
ARMAZENAMENTO	Adequação da área de armazenamento no Depósito Municipal	----	Não há um depósito municipal. Armazenados em vários locais.	Transferido para um único local: o Dispensário do CMCPF
	Adequação da área de armazenamento na UBS		Suficiente	Suficiente

Observa-se que houve adequação da estrutura, mas as mudanças não foram muito expressivas, já que a estrutura do serviço de saúde do município é extremamente simples. Destacam-se a instituição de uma lista padronizada e a composição de uma equipe exclusiva da farmácia, cujo atendimento prestado anteriormente era realizado principalmente dentro do rodízio de atividades do corpo de enfermagem.

A presença de materiais contendo informações qualificadas sobre medicamentos, como livros, mementos, formulários, bem como microcomputador com acesso à internet, deveria juntar-se aos indicadores de estrutura, uma vez que representam suporte essencial para o desenvolvimento de atividades clínicas (BOND; RAEHL; FRANKE, 2000).

4.4.2. Indicadores de Processo

Os dados obtidos para avaliação da AF com e sem farmacêutico relacionados aos indicadores de processo estão apresentados de maneira comparativa no Quadro 7.

Quadro 7. INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PROCESSO (adaptado de COSENDEY, 2000)				
DIMENSÃO DA POLÍTICA	DENOMINAÇÃO	PADRÃO	SEM FARMACÊUTICO	COM FARMACÊUTICO
PROGRAMAÇÃO	Porcentagem de medicamentos adquiridos não pertencentes à REMUME	5%	14,02%	3,27%
ARMAZENAMENTO	Existência de sistema de controle de estoque no depósito de medicamento	Sim	Sim, controle de estoque manual.	Sim, controle estoque informatizado (Microsoft Excel®)
	Porcentagem de farmácias de UBS e hospitalares que realizam controle de estoque	100%	100%	100%
	Adequação das práticas de estocagem no depósito de medicamentos	100%	Suficientes	Suficientes
	Existem procedimentos preventivos de perdas de medicamentos por validade	Sim	Existia, porém pouco efetivo	Sim. Organização dos medicamentos por ordem de data de validade. Trocas com municípios maiores.
	Porcentagem média de variação do inventário para os medicamentos estocados no nível local	5%	Dado não disponível	5,39%
	Porcentagem média de registro de estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos em estoque no nível local	95%	Dado não disponível	94,61%
DISPONIBILIDADE/ ACESSO	Porcentagem de medicamentos atendidos	70%	~100% (nível local + drogaria privada)	~100% (nível local + drogaria privada)
	Porcentagem média de medicamentos disponíveis em estoque em nível local	95%	Dado não disponível	81,2% (com relação à lista padronizada)
QUALIDADE	Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no nível local	0%	Estima-se ser maior do que 5%.	0%

A análise do Quadro 7 revela a melhoria de alguns indicadores de processo após ações do farmacêutico, como a extinção de perdas por validade, a redução de medicamentos adquiridos não pertencentes à lista padronizada do município e a instituição de controle de

estoque informatizado. No entanto, carência de dados fidedignos anterior à contratação do farmacêutico, não nos permite realizar análise mais completa.

A quantidade de medicamentos adquiridos fora da lista padronizada mostrou-se muito baixa no período com farmacêutico. Isto se deve, em parte, a ação conjunta da equipe para melhoria da prescrição e ao fato de a lista padronizada do município ser bastante ampla (269 especialidades farmacêuticas), contemplando confortavelmente a maioria das condições clínicas que necessitam de tratamento medicamentoso, especialmente na Atenção Primária.

Baixos níveis de estoque local dos medicamentos da lista padronizada se devem ao fato do município ter passado por um período de problemas orçamentários, em que não se realizavam compras de medicamentos para o dispensário.

Com relação ao registro de estoque, a diferença entre os dados informatizados e contagem física (5,39%) se deve à falta de registro de saída de medicações que eram dispensadas à noite, ou no plantão de final de semana, pela equipe de enfermagem, quando não havia expediente da farmácia.

4.4.3. Indicadores de Resultado

Indicadores de resultados que refletem a qualidade da assistência farmacêutica estão relacionados aos gastos, ao acesso e ao utilização racional de medicamentos (COSENDEY, 2000). Neste trabalho, contemplaram-se estes elementos que foram fortalecidos pela prática de atividades clínicas.

Gastos com medicamentos

De acordo com dados do SIOPS (2003), em 2003 o município gastou R\$ 273.545,89 (26,01% das despesas totais em saúde) do orçamento com medicamentos. O município

recebeu no mesmo período o equivalente a R\$ 19.697,76 em medicamentos dos programas estaduais e federais (Tabela 5). Os gastos com medicamentos em 2004 (SIOPS, 2004) totalizaram R\$ 249.466,30 (Tabela 6), representando uma redução de 8,8% em relação ao ano de 2003. A redução de gastos com medicamentos é mais expressiva quando se analisam somente os gastos municipais com medicamentos (compra em drogaria e em distribuidora). Em 2003, o município gastou R\$ 273.545,89 (R\$ 94,10/capita) e, em 2004, R\$ 215.297,13 (R\$74,01/capita). A redução observada foi de 21,29%. Estes valores foram decorrentes dos processos de captação de recursos de PAF do governo federal (R\$ 7.156,17 em 2003 e R\$ 17.635,11 em 2004), do aumento de compra em distribuidora e redução dos gastos com compra em drogaria.

Tabela 5. GASTOS PÚBLICOS COM MEDICAMENTOS NO ANO DE 2003 – SIOPS, 2003.

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre	Total
compra direta distribuidora	3.079,32	0,00	2.548,26	529,80	6.157,38
compra em drogaria	75.098,42	62.477,25	70.491,87	59.320,97	267.388,51
programas estaduais	1.290,35	4.955,24	3.580,04	2.715,96	12.541,59
programas federais	1.506,97	1.997,34	2.538,21	1.113,65	7.156,17
convenio FMRP	1.010,13	1.010,13	1.010,13	1.010,13	4.040,52
total de recursos utilizados com medicamento	81.985,19	70.439,96	80.168,51	64.872,64	297.284,17
total dos gastos municipais em saúde	288.935,83	258.402,26	255.668,74	248.829,32	1.051.836,15
% dos gastos municipais com medicamento	27,06%	24,18%	28,57%	24,05%	26,01%

Tabela 6. GASTOS PÚBLICOS COM MEDICAMENTOS NO ANO DE 2004 – SIOPS 2004.

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre	Total
compra direta distribuidora	232,45	15.756,50	965,66	948,40	17.903,01
compra em drogaria	67.948,45	82.576,81	1.782,00	45.086,86	197.394,12
programas estaduais	3.209,19	3.261,05	2.589,37	3.437,22	12.496,83
programas federais	5.753,47	4.125,10	4.833,07	2.923,47	17.635,11
convenio FMRP	1.010,13	1.010,13	1.010,13	1.192,26	4.222,65
total de recursos utilizados com medicamento	78.153,69	106.729,59	11.180,23	53.406,08	249.469,59
total dos gastos municipais em saúde	326.142,11	322.020,31	228.713,83	224.310,96	1.101.187,21
% dos gastos municipais com medicamento	20,91%	30,54%	1,20%	20,52%	19,55%

Fora desta análise estão os dados sobre os gastos com medicamentos do Programa de Medicamentos Excepcionais (Alto Custo) do Ministério da Saúde e do Estado, o que leva a

um pequeno incremento na participação de recursos federais e estaduais utilizados com medicamentos no município.

Nota-se que os gastos com medicamentos por habitante são extremamente elevados. Embora o município não fosse sujeito a processos judiciais até então para a aquisição de medicamentos, os recursos não foram bem utilizados, adquirindo medicamentos de fornecedores mais caros, e sem uma economia de escala, pois se conseguem pequenos descontos, já que as compras eram de pequeno volume.

Em Ribeirão Preto, município pólo com aproximadamente 545.000 habitantes (2006), o gasto per capita anual com medicamento está em torno de R\$ 7,00, segundo dados da secretaria de saúde deste município. Apesar do grande número de processos de judiciais contra a secretaria de saúde para aquisição de medicamentos, economia de escala, planejamento e uma grande cobertura assistencial privada contribuem para gastos com medicamentos bem menores (informação verbal)³.

Figura 6. Gastos com medicamentos por fonte.

³ Informação fornecida por Mestriner em Ribeirão Preto, SP, em 2006.

Ao se analisarem os gastos de medicamentos municipais durante os diferentes meses do ano de 2004 em que ocorreram as intervenções (Figura 7), verificou-se uma redução importante nos gastos a partir do mês de junho. Ao se comparar o que o município gastou no primeiro semestre de 2004 (R\$ 166.514,21) com o segundo semestre (R\$ 48.782,92), observa-se uma redução de 71%. Estes valores representam o resultado de esforços do farmacêutico em conjunto com a equipe especialmente do médico responsável pela Unidade de Saúde, deste maio de 2004, para a promoção da utilização racional.

O dado negativo do mês de dezembro para compra em distribuidora refere-se a estorno de valores licitados durante o ano e que não foram adquiridos por falta de recursos financeiros (SIOPS, 2004).

Figura 7. Gastos mensais com medicamento da Prefeitura Municipal de Cássia dos Coqueiros - SP, em 2004, por modalidade de compra.

Conforme mencionado anteriormente, os medicamentos adquiridos para suplementar os Programas de Assistência Farmacêutica Federal e Estadual não causaram impactos nos gastos

no ano de 2003, uma vez que havia discordância das prescrições com os medicamentos disponíveis no sistema público de saúde.

Utilização Racional

Para a análise da utilização de medicamentos, confeccionou-se uma planilha de medicamentos com o software Microsoft Excel®, baseada nas planilhas anuais de medicamentos contendo os dados corrigidos para possibilitar classificação exata. Foram inseridos novos campos que permitissem aprimorar a organização dos dados e responder a questões relacionadas ao processo de utilização dos medicamentos seja de acesso, prescrição ou dispensação como:

- 1.Quantas especialidades farmacêuticas, nomes genéricos ou princípios ativos?
- 2.Quantos medicamentos fazem parte da lista padronizada?
- 3.Quantos dos prescritos no período sem farmacêutico poderiam ser substituídos por aqueles padronizados ou distribuídos pelos programas dos governos federal e estadual?
- 4.Quais devem ser pactuados e adquiridos pelo município?
- 5.Como se classificam terapeuticamente os medicamentos prescritos?
- 6.Quais seriam os gastos do município ao longo dos anos se fossem consideradas práticas de utilização racional, como por exemplo, a padronização de medicamentos essenciais?

Do conjunto de dados disponíveis, foi possível preencher 12 colunas, a maioria delas parcialmente, dependendo do tipo de informação. A planilha final continha 24 colunas, cuja importância estava vinculada à operacionalidade da análise, a aspectos gerenciais de acesso ou a aspectos clínicos da prescrição de medicamentos. A estrutura da planilha pode ser observada no Anexo 4. O título das colunas e a finalidade estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8. TÍTULO DAS COLUNAS DA PLANILHA CONSTRUÍDA PARA ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS E SUAS FINALIDADES

Título	Operacional	Acesso	Prescrição	Da fonte	Construída
SEQUÊNCIA	X				X
ANO	X				X
MÊS	X				X
DATA		X	X	X	
IDENTIFICACAO PACIENTE			X	X	
PRESCRITOR		X	X	X	
MEDICAMENTO		X	X	X	
NOME GENÉRICO		X	X		X
ATC*			X		X
ATC SIMPLES**	X		X		X
PRINCÍPIO ATIVO	X	X	X		X
FREQUENCIA			X	X	
DURAÇÃO			X	X	
VIA			X	X	
CONTINUO/EVENTUAL	X		X		X
QUANTIDADE DISPENSADA		X		X	
PRESC GENERICO OU COMERCIAL		X	X		X
PADRONIZADO/PADRONIZAVEL		X			X
MEDICAMENTO SUBSTITUTO PADRONIZADO		X	X		X
FONTE DE AQUISIÇÃO POSSIVEL		X			X
VALOR UNITÁRIO		X		X	
GASTO TOTAL		X		X	
LOCAL DE DISPENSAÇÃO		X		X	
ORIGEM DA RECEITA		X		X	

Legenda: *Código conforme sistema de classifica ATC; **Classificado somente até categoria terapêutica

As novas colunas preenchidas foram conferidas item a item ou pelo conjunto das idênticas através da construção de tabelas dinâmicas, monitorando a confiabilidade dos resultados obtidos, como o número total de medicamentos identificados por nome genérico, princípios ativos ou por código do sistema de classificação ATC⁴ (anatômico-terapêutico-químico). Empregaram-se em geral 3 dígitos da classificação ATC e adequando-a a situações em que o mesmo princípio ativo apresenta mais de uma finalidade terapêutica, como acontece, por exemplo, com o ácido acetilsalicílico ou acetato de medroxiprogesterona; ou com corticóides e antifúngicos, que apresentam usos diferentes (sistêmico, dermatológico, vaginal)

⁴O sistema de classificação ATC (anatômico-terapêutico-químico) é adotado pela OMS como uma ferramenta para os estudos de utilização, composto de letra e números, estruturados em 5 níveis: 1 – grupo anatômico, 2 – subgrupo terapêutico, 3 – subgrupo farmacológico, 4 – subgrupo químico e 5 substância química. O código de classificação ATC não diferencia forma nem especialidades farmacêuticas (WHO, 2003).

correspondendo a diferentes códigos de classificação ATC.

O banco de dados gerado continha a digitação de 27.518 tratamentos prescritos ou dispensados conforme descrito em Metodologia.

Através da análise do banco definiram-se: a população atendida, o acesso da população aos medicamentos e a utilização racional.

População atendida pela prescrição e dispensação de medicamentos

Os dados foram obtidos a partir da análise dos 27.518 tratamentos identificados por cada linha da planilha. A análise dos dados sobre os pacientes mostrou que 3.976 pacientes distintos foram atendidos, e a distribuição destes pacientes ano a ano foi feita com a finalidade de se visualizar com que assiduidade o conjunto de pacientes recorreu à unidade de saúde ou à farmácia em busca de atendimento médico, de enfermagem ou farmacêutico. Parte dos pacientes compareceu em um único ano e parte em 2, 3 ou 4 anos nas listas anuais. Os valores se referem a pelo menos uma visita no ano, e não considera mais de uma visita em um mesmo ano. Os resultados da distribuição estão apresentados na Tabela 7 e os valores representam o número de indivíduos presentes em 1, 2, 3 ou 4 anos e os respectivos valores percentuais desta distribuição.

Tabela 7. DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO OU DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NOS ANOS DE 2002 A 2005.

N ° de anos	1		2		3		4		Total
2002	644	40,17%	434	27,07%	309	19,28%	216	13,47%	1603
2003	312	29,66%	267	25,38%	257	24,43%	216	20,53%	1052
2004	321	27,44%	417	35,64%	216	18,46%	216	18,46%	1170
2005	1238	51,24%	628	25,99%	334	13,82%	216	8,94%	2416
TOTAL	2515	63,25%	873	21,95%	372	9,35%	216	5,44%	3976

Observa-se pela Tabela 7 que da população analisada, o maior percentual (63,25%) ao longo dos anos foi daqueles a quem foi prescrito ou dispensado medicamento durante um

único ano. O percentual menor da população (5,44%) foi representado pelos que tiveram dados de utilização de medicamento em todos os 4 anos de 2002 a 2005. Considerando a população analisada, mais da metade da população de 2005 recebeu prescrição ou medicamento pela primeira vez neste ano.

Ao analisarmos o total de pacientes diferentes nos quatro anos (3976), observa-se que representa um número maior do que o número de habitantes do município (2905 em 2003). Este dado revela que o serviço de saúde do município atende uma parcela significativa de pessoas de outras cidades, como os trabalhadores temporários e pessoas que procuram o serviço em busca de medicamento gratuito ou atendimento de saúde de qualidade, pela vinculação do serviço com a Universidade, e a crença de ser porta de acesso para o HCFMRP.

Acesso da população aos medicamentos e utilização racional

A população do município em estudo tinha, ausência de farmacêutico, acesso total e irrestrito aos medicamentos prescritos nas Unidades de Saúde, na atenção secundária ou terciária (geralmente no HCFMRP-USP, Santa Casa de Misericórdia de Cajuru - SP). A política de medicamentos vigente era de “não deixar faltar remédio para as pessoas”, com disponibilidade ilimitada para o prescritor, contribuindo mais para a medicalização (“medicamentização”) da população, ou seja, para a irracionalidade do uso.

Para se obterem dados sobre a evolução, ao longo dos anos, do acesso da população aos medicamentos e da racionalidade da prescrição, foi analisada a variabilidade das especialidades farmacêuticas prescritas e/ou dispensadas, dos nomes genéricos, dos medicamentos não padronizados comparada com a lista padronizada de setembro de 2005.

Nos anos 2004 e 2005, o processo de prescrição e dispensação e conseqüente uso pelo paciente tornaram-se mais racionais como evidenciado nas análises subseqüentes devido à presença do farmacêutico desde fevereiro de 2004 e médico contratado desde junho de 2004, à

lista padronizada e os acadêmicos de medicina possuíam treinamento para a prescrição racional e recebiam orientação e supervisão do farmacêutico e do médico.

Observou-se que (Tabela 8) tanto o número de especialidades farmacêuticas, de nomes genéricos e de códigos ATC eram maiores nos anos 2002 e 2003 quando comparados com os anos 2004 e 2005.

TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS, NOMES GENÉRICOS DA ESPECIALIDADE E CÓDIGOS ATC, EM FUNÇÃO DO ANO.

Ano	Medicamentos*	Especialidade pelo nome genérico	Código ATC**
2002	1136	739	154
2003	1014	687	150
2004	394	309	105
2005	215	213	84

*conforme prescrito ou dispensado. **classificado até subgrupo farmacológico (3 dígitos) ou subgrupo químico (4 dígitos).

Apesar das diferenças no tamanho das amostras de cada ano e na fonte dos dados, pode-se constatar um índice satisfatório de racionalização com a presença do farmacêutico. Os dados da tabela corroboram para esta conclusão: a variedade média de medicamentos do biênio 2004-2005 (com farmacêutico) é 71,68% menor que a do biênio 2002-2003; a média de especialidades expressa em nome genérico é 63,4 % menor, bem como o número de grupos farmacológicos ou similares, representados pelos códigos ATC, que reduziu 37,83%.

Foram também calculados, a partir da planilha, o número de medicamentos, nomes genéricos e códigos ATC ano a ano que perfaziam 80%, 90% e 95% do total, visando analisar a diversidade e a frequência dos itens. Os resultados para nome genérico e códigos ATC estão apresentados nas Tabelas 10 e 11. Nos diferentes anos, verificou-se que houve uma redução de 70 a 85% no número de itens, considerando um corte em 80% do total de nomes genéricos, enquanto redução de 41,8% a 53,8% foi observada para corte em 95% (tabela 9).

Tabela 9. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE NOMES GENÉRICOS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS OU DISPENSADOS E OS VALORES CORRESPONDENTES PARA CORTES QUE CONTINHAM 80%, 90% OU 95% DO TOTAL DE CADA ANO

	DISP	PRESC	PRESC	DISP
ANO ANALISADO	2002	2003	2004	2005
TOTAL NOME GENERICO	739	687	309	213
N.º GEN 95%	461	456	170	77
N.º GEN 90%	347	334	113	54
N.º GEN 80%	224	213	64	31

Legenda: DISP, itens dispensados; PRESC, itens prescritos; N.º GEN X%, número de itens que corresponde a X% dos nomes genéricos prescritos ou dispensados.

A análise do número de códigos ATC indicou que a redução para um corte em 80% foi de 72,1 a 79,8%, enquanto que em 95% foi de 47,1 a 48,4% (Tabela 10).

Tabela 10 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CÓDIGOS ATC (4 DÍGITOS) DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS OU DISPENSADOS E OS VALORES CORRESPONDENTES PARA CORTES QUE CONTINHAM 80%, 90% OU 95% DO TOTAL DE CADA ANO

	DISP	PRESC	PRESC	DISP
ANO ANALISADO	2002	2003	2004	2005
TOTAL ATC	154	151	104	84
N.º ATC 95%	81	79	55	37
N.º ATC 90%	65	62	40	28
N.º ATC 80%	43	42	25	17

Legenda: DISP, itens dispensados; PRESC, itens prescritos; N.º ATC X%, número de itens que corresponde a X% dos ATC correspondente a medicamentos dispensados ou prescritos.

A análise ano a ano de cortes percentuais permite visualizar a qualidade da utilização de medicamentos decorrentes da prescrição e da dispensação, ou seja, a qualidade da prescrição e do acesso da população aos medicamentos. Bergman e colaboradores (1998) descreveram método semelhante para relatar a qualidade da prescrição em Estocolmo, Suécia. Além do mais, esta análise revela os itens que prescritos ou dispensados em baixa frequência, em geral pouco mais que uma vez, contabilizam para inflacionar a grande variabilidade destas

especialidades farmacêuticas representadas nas tabelas pelos nomes genéricos ou pelos grupos farmacológicos ou químicos expressos pelos códigos ATC.

A exclusão de 5% da variação e frequência de itens, expressos em nome genérico das especialidades, mostrou uma redução que varia de 42 a 54% ao longo dos anos, mas quando se compara os biênios sem e com farmacêutico verifica-se uma redução na média dos biênios de 73,07%. Considerando-se somente os dados de prescrição (2003 e 2004), o corte em 95% forneceu uma relação de 456 nomes genéricos em 2003 (sem) e 170 em 2004 (com), com um percentual de 62,7 de redução.

A análise dos códigos ATC revelou em um corte de 95% uma redução de 42,5%, significativamente diferente dos valores de nome genérico, sugerindo uma manutenção maior dos grupos farmacológicos.

Por outro lado, ao se analisar o corte para agrupar itens mais prescritos (frequência de prescrição) observou-se o perfil apresentado na Tabela 11, onde foi encontrada uma diferença marcante entre os biênios 2002-2003 e 2004-2005. Os 50 itens mais prescritos sem farmacêutico perfizeram uma média de 35,7% do total, enquanto que em 2004-2005 os 10 itens já contavam para uma média de quase 50% do total (49,08%). Sem farmacêutico, os 10 itens mais frequentes representavam somente 14,83%

Tabela 11 - DISTRIBUIÇÃO DO PERCENTUAL DO NÚMERO DE MEDICAMENTOS MAIS PRESCRITOS OU DISPENSADOS DOS VALORES CORRESPONDENTES DO TOTAL DE CADA ANO.

	DISP	PRESC	PRESC	DISP
TOTAL MEDICAMENTOS	2002	2003	2004	2005
PRIMEIROS 10	14,66	15,00	40,14	58,02
PRIMEIROS 25	24,03	23,03	58,80	76,82
PRIMEIROS 50	33,37	38,00	71,56	89,18

Legenda: DISP, itens dispensados; PRESC, itens prescritos.

Do total dos 27.158 itens analisados, 20.065 (73,88%) representavam medicamentos pertencentes à lista padronizada do município. Este valor elevado deve-se ao viés introduzido pelos dados referentes ao ano de 2005, com uma amostra de 12398 itens (45,65% do total) em sua maioria absoluta pertencentes à lista padronizada, como pode ser verificado na Tabela 12. Estas apresentam a análise ano a ano de (i) medicamentos pertencentes à lista padronizada, (ii) os que podem ser substituídos por item padronizado e (iii) os definitivamente fora da padronização. Deve-se considerar o volume de 1370 itens que correspondiam às *amostras grátis*⁵ de medicamentos recebidos por doação e os medicamentos para terapia de reposição hormonal do climatério, que não faziam parte da lista padronizada de 2005, mas que eram intensamente utilizados no município em 2002 e 2003.

Tabela 12. NÚMERO DE ITENS DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS OU DISPENSADOS E SUA PORCENTAGEM CORRESPONDENTE DE ACORDO COM A PADRONIZAÇÃO.

ANO	P		S		NP		TOTAL	
2002	3882	56,03%	2065	29,81%	981	14,16%	6928	100,00%
2003	2803	60,38%	1195	25,74%	644	13,88%	4642	100,00%
2004	2795	87,78%	285	8,95%	104	3,27%	3184	100,00%
2005	11346	91,51%	969	7,82%	83	0,67%	12398	100,00%

Legenda: P, padronizado; S substituível por equivalente padronizado; NP, não padronizado.

A variação de itens padronizados foi de 56% a 91,5% de 2002 a 2005 e, se novamente se analisar a variação de medicamentos pertencentes à lista padronizada por biênios, ter-se-á uma média de 58,2 % sem e 89,6% com farmacêutico, concluindo-se que o profissional do medicamento pode, dentro de suas atividades clínicas, conduzir o serviço à utilização racional de medicamentos, como extensamente descrito na literatura (BOND; RAEHL; FRANKE,

⁵ Toda amostra grátis recebida ou doada era destinada ao dispensário do CMSCPF e ficava sob o gerenciamento da farmácia, cuja equipe dispensava e orientava sua prescrição.

2000; SCROCCARO et al., 2000; INDRITZ; ARTZ, 1999). Os outros parâmetros apresentados de substituição por equivalente da lista (S) e os não padronizados (NP) reforçam a percepção de uma prática clínica racional de utilização dos medicamentos. Ao se considerar os itens padronizados e os que poderiam ser substituídos por outros padronizados, o número de itens corresponde a 98,82% no total, embora as variações vão de 85,84 a 99,33 % de 2002 a 2005, valores estes que estão de acordo com o parâmetro, sugerido por Marin e colaboradores (2003), de porcentagem de atendimento de uma RME.

Cosendey (2000) também recomenda indicadores de resultados referente ao uso racional aqueles sugeridos pela OMS (WHO, 1995). Uma análise realizada com 385 prescrições dos meses de agosto de 2003 e de 2004 mostrou os resultados descritos na Tabela 13.

Tabela 13. INDICADORES DE USO RACIONAL PELA PRESCRIÇÃO (WHO, 1995)

mês/ano	n° prescrições	n° itens	n° itens por prescrição	% Generico	% Antibióticos	% padronizados	% injetáveis
Agosto 2003	385	780	2,03	56,54%	10,13%	52,18%	2,08%
Agosto 2004	385	627	1,63	75,60%	8,57%	81,34%	3,38%
Recomendado*	-	-	< 2	100%	20%	70 %	< 10%

* conforme apresentado por Cosendey (2000).

Como se pode observar, de 2003 para 2004 houve uma melhora significativa em alguns parâmetros. Houve redução no número de medicamentos prescritos por prescrição, houve aumento da prescrição por nome genérico e a porcentagem de medicamentos prescritos constantes na lista padronizada do município. A redução observada na prescrição de antibióticos não foi analisada quanto à significância e devem-se considerar as variações significativas por sazonalidade que ocorre, mesmo sendo do mesmo período em anos diferentes.

Verifica-se que, embora a porcentagem de prescrição de medicamentos injetáveis manteve-se bem abaixo do recomendado (<10%), houve um aumento de 62,5% na utilização

da via parenteral. Este aumento foi devido ao melhor treinamento da equipe para utilizar estes medicamentos, bem como ao suprimento mais adequado sob o gerenciamento da equipe de farmácia com programação aprimorada dos itens fornecidos pela FMRP-USP.

Os indicadores sugeridos pela OMS foram aplicados com sucesso em estudo em vários países e, embora não incorporam todos os aspectos necessários para avaliação do uso racional de medicamentos, sob o ponto de vista de uma prática clínica de colaboração e inserção na equipe de saúde, são ferramenta útil para quantificar o impacto de intervenções no processo de prescrição (HOGERZEIL et al., 1993; MEYER; SUMMERS; MÖLLER, 2001).

4.5. Avaliação da qualidade da Assistência Farmacêutica em Cássia dos Coqueiros

Segundo Donabedian (1990), a qualidade da atenção à saúde é um conceito que tem vários componentes e que podem ser agrupados em sete pilares:

1. eficácia – capacidade de o cuidado produzir melhorias na saúde
2. efetividade – o grau com que melhorias são obtidas
3. eficiência – capacidade de obter os melhores resultados com mínimo custo
4. otimização – melhor balanço custo benefício
5. aceitabilidade – acessibilidade, a relação paciente-profissional de saúde, preferências dos pacientes.
6. legitimidade – conformidade com preferências sociais
7. equidade – distribuição justa dos cuidados e seus efeitos na saúde.

Portanto a qualidade da atenção é avaliada pela sua conformidade com um conjunto de expectativas ou padrões derivados de três fontes: (i) a ciência da atenção à saúde que

determina a eficácia, (ii) valores individuais e expectativas que determinam aceitabilidade e (iii) valores sociais e expectativas que determinam a legitimidade.

Neste trabalho procuraram-se avaliar os componentes concernentes à ciência da atenção à saúde, que ditam a eficácia, efetividade e a eficiência das ações. Para ações de Assistência Farmacêutica, a melhoria nos processos de prescrição e dispensação, aliados à práticas clínicas do farmacêutico, levou à racionalização, conforme indicado pelos resultados apresentados, e conseqüentemente, maior qualidade na utilização de medicamentos, com maior segurança e provimento adequado.

A grande redução nos gastos com medicamentos confirma a melhor eficiência da Assistência Farmacêutica com o gerenciamento do farmacêutico, utilizando melhor os recursos financeiros disponíveis na compra e pela obediência à lista padronizada que norteava o processo de prescrição.

Estudos na literatura mostram que atividades clínicas do farmacêutico contemplam as expectativas de pacientes e profissionais (BAUGHMAN, 2002; LEAPE, L.L.; CULLEN; CLAPP, 1999; STRAND et al, 2004). Neste trabalho, isto não foi avaliado, mas observações prévias indicam grande aceitabilidade da população e da equipe. Avaliações futuras contemplando estes aspectos seriam necessárias.

5. CONCLUSÕES

A população de Cássia dos Coqueiros possuía acesso aos medicamentos prescritos nos serviços de saúde que freqüentava. A ausência do farmacêutico impedia ao município de possuir um serviço com práticas voltadas ao um gerenciamento mais refinado. O município estabelecera dentro de suas metas a contratação de um farmacêutico. Ao se concretizar esta intenção, o serviço de saúde do município obteve o atendimento farmacêutico aprimorado, que incluiu atividades clínicas, potencializadas pela presença de médico contratado comprometido com o serviço e acadêmicos do curso de medicina.

A Assistência Farmacêutica é essencial para garantir a integralidade e a resolubilidade das ações de saúde. O município de Cássia dos Coqueiros investia elevados montantes financeiros na aquisição de medicamentos do comércio local, mas não ofertava a população com medicamentos os mais seguros e eficazes, uma vez que mais de 50% das especialidades farmacêuticas (por nome genérico) distribuída não constava das relações de medicamentos essenciais nem seguiam critérios claros de racionalidade.

O aprimoramento da assistência farmacêutica, através de atividades gerenciais, operacionais e clínicas, levou à redução dos gastos municipais com medicamentos, racionalizando o processo global de utilização de medicamentos.

A avaliação da Assistência Farmacêutica com e sem farmacêutico mostrou significativas diferenças relacionadas à natureza do processo de gestão. Observou-se maior eficiência das ações, com redução de custo e provimento de medicamentos de qualidade, dentro de uma política de medicamentos essenciais.

O grande impacto observado na utilização de medicamentos foi devido a ações conjuntas do farmacêutico e do médico que, comprovadamente, trazem excelentes resultados de racionalização e benefícios no cuidado aos pacientes. Aliado a isto, investimento e apoio das lideranças políticas que se preocupam com a qualidade da assistência à população também foram essenciais.

As intervenções gerenciais e operacionais foram importantes para preparar estrutura e estabelecer processos fundamentais para a prática de Farmácia Clínica.

Corroborando dados da literatura, as atividades clínicas do farmacêutico foi o grande diferencial no processo de racionalização da utilização de medicamentos, redução dos gastos e, conseqüentemente, na qualidade da Assistência Farmacêutica. Para exercê-las é necessário ter o olhar voltado ao paciente, boa interação com outros profissionais de saúde e formação acadêmica apropriada.

Embora investigações mais complexas de todos os elementos que concernem à Assistência Farmacêutica devam ser realizadas para uma avaliação completa, pode-se dizer que a Assistência Farmacêutica em Cássia dos Coqueiros atingiu um bom nível de qualidade após a contratação do farmacêutico e do médico. Componentes da estratégia do Programa de Saúde da Família geraram o ambiente necessário para o trabalho conjunto e os resultados obtidos.

Atualmente no Brasil, a Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica têm sido difundidas como modelos de prática. Municípios pequenos, como Cássia dos Coqueiros, e que representam a grande maioria no país, mostram-se bons candidatos para o desenvolvimento destes modelos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABLES, A.Z.; BAUGHMAN, O. The clinical pharmacist as a preceptor in a family practice residency training program. **Family Medicine**. v.34, n.9, p.658-62, 2002.
- ACCP - AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. Establishing and evaluating clinical pharmacy services in primary care. **Pharmacotherapy**. v.14, n.6, p.743-58, 1994.
- ACCP – AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. **Clinical Pharmacy Defined**. [on line] disponível em: http://www.accp.com/clinical_pharmacy.php. Acesso em: 10 de maio de 2006.
- ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F.; PEPE, V.L.E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: A Ilha do Governador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.5-16, jan.-mar. 1994.
- ANVISA. **Venda de medicamentos sem prescrição médica**. Dispensação de medicamentos. [on line] disponível em: http://www.anvisa.gov.br/profissional/medicamentos/dispensacao_medicamentos.htm. Acesso em 05/10/05.
- BAPNA, J.S.;TRIPATHI, C.D.; TEKUR, U. Drug utilisation patterns in the Third World. **Pharmacoeconomics**. v.4, n.9, p.286-94, 1996.
- BARROS, J.A.C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.17, p.377-86, 1983.
- BERGMAN, U. Drug utilization 90% - a simple method for assessing the quality of drug prescribing. **European Journal of Clinical Pharmacology**. v.54, n.2, p.113-8, 1998.
- BERMUDEZ, J.A.Z. **Indústria farmacêutica: estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec, 1995
- BOMFIM, J. R. A. Os dédalos da política brasileira de medicamentos. In: **A construção da política de medicamentos**. Hucitec Sobravime, São Paulo, 1997. p.21-37.
- BOND, C.A.; RAEHL, C.L.; FRANKE, T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in united states hospitals. **Pharmacotherapy**. v.20, n.6, p.609-21, 2000.
- BOND, C.A.; RAEHL, C.L. FRANKE, T. Medication error in the United States hospitals. **Pharmacotherapy**, v.21, n.9, p.1023-36, 2001.
- BOND, C.A.; RAEHL, C.L. FRANKE, T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and medication error in the United States hospitals. **Pharmacotherapy**, v.22, n.2, p.134-7, 2002.
- BORENSTEIN, J.E. et al. Physician–pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. **Pharmacotherapy**. v.23, p.209-16, 2003.
- BRAGAZZA, L.M.; VAZ, A.J., PASSOS, A.D.C.; TAKAYANAGUI, O. M.; NAKAMURA, P. M.; ESPÍNDOLA, N. M.; PARDINI, A.; BUENO, E. C. Frequency of serum anti-cysticercus antibodies in the population of a rural brazilian community (Cássia dos Coqueiros, sp) determined by ELISA and immunoblotting using *Taenia crassiceps* antigens. **Revista do Instituto Medicina Tropical**, São Paulo, v.44, n.1, p. 7-12, jan.-fev. 2002.

BRASIL. Decreto n.º 68.806 de 27 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Brasília. DF. **DOFC** 25/06/1971 004839 3

BRASIL. Lei n.º 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 20 de set. de 1990.

BRASIL. Lei n.º 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, DF. **Diário Oficial da União** 22/06/1993, P. 8269

BRASIL. Decreto n.º 2.238 de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do instituto nacional de alimentação e nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 25/07/1997 P. 16019

BRASIL. MS. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos e Determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readaptação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Lei n.º 9.782. Define O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial** 27/01/1999, P.1

BRASIL. MS. Portaria n.º 1.587, de 3 de setembro de 2002. Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename (Anexo da portaria). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2428 de 30 de dezembro de 2002. habilita os municípios do estado de Paraíba, São Paulo, Pernambuco, Bahia, Mato Grosso e Ceará, conforme o anexo desta portaria, na condição plena da atenção básica - ampliada e publica os respectivos valores financeiros relativos a parte fixa do Piso da Atenção Básica-Ampliada - PAB-A. **DOFC** 01/01/2003. seção I, p. 74.

BRASIL. MS. Portaria n.º 2084/GM de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília, DF. **DOFC** 28/10/2005. Seção 1, p.71.

BRASIL. MS. Portaria n.º 2438 de 7 de dezembro de 2005. Cria a rede brasileira de produção pública de medicamentos. **DOFC** 09/12/2005. Seção 1, p. 80.

BRASIL, MS. Decreto Nº 5775 de 10 de maio de 2006. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos, dá nova redação aos arts. 2º e 9º do decreto Nº 74.170, de 10 de junho de 1974, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11/05/2006, p.5.

BRUNDTLAND, G.H. Global partnership for health. **WHO Drug Information**. V.13, n.2, p.61-2, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 187-93, jan.-mar. 1999.

- CÁSSIA DOS COQUEIROS. **Relatório anual de gestão da saúde – ano 2003**. Secretaria Municipal de Saúde, Cássia dos Coqueiros, SP, 2003a.
- CÁSSIA DOS COQUEIROS. **Programação anual de gestão da saúde – ano 2004**. Secretaria Municipal de Saúde. Cássia dos Coqueiros, SP, 2003b.
- CASSIANI, S.H.B.; UETA, J. **A segurança dos pacientes na Utilização da Medicação**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004, 150 p., 26cm, ISBN 85-7404-094-0.
- CEBRIM. Rename 2002 e o ciclo gerencial da assistência farmacêutica: sugestões para a Conferência Nacional de Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **Pharmacia Brasileira**, Ano IV, n.4, p.47-9, ago/set 2002.
- CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. McGraw Hill interamericana de España, Madrid, 1999.
- COAST-SENIOR, E.A.; KRONER, B.A.; KELLEY, C.L.; TRILLI, L.E. Management of patients with type 2 diabetes by pharmacists in primary care clinics. **Annals of Pharmacotherapy**. v.32, p.636-41, 1998.
- COHEN, J.C. Public policies in the pharmaceutical sector: a case study of Brazil. The world bank Latin America and the Caribbean Regional Office Human Development Department LCSHD, **Paper Series**, n.º54, 2000.
- COMITÉ DE CONSENSO: Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. **Ars Pharmaceutica**; v. 43, n. (3-4), p. 175-84, 2002.
- COSENDEY, M.A.E., 2000. **Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um Estudo Multicêntrico em Cinco Estados do Brasil**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- COSENDEY, M.A.E. et al. A assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16, n.1, p.171-82 jan-mar, 2000.
- CONSUMERS INTERNATIONAL. **Branding the cure**: a consumer perspective on corporate social responsibility, drug promotion and the pharmaceutical industry in Europe. London, UK. Jun 2006.
- CZUBAK, R.; TUCKER, J.; ZAROWITZ, B.J. Optimizing drug prescribing in managed care populations: improving clinical and economic outcomes. **Disease Management and Health Outcomes**. v.12, n.3, p.147-67, 2004.
- DE VRIES, T.PG.M; HENNINGEN, R.H.; HOGERZEIL, H.V.; FRESLE, D.A. **Guide to good prescribing**. World Health Organization - Action Programme on Essential Medicines. Geneva, 1994. 134 p.
- DE VRIES, T.PG.M et al. Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students: an international randomised controlled study. **The Lancet**, v.346, p.1454-7, 1995.

- DICKELSON, L.M.; DENHAM, A.M.; LYNCH, T. The state of clinical pharmacy practice in family practice residency programs. **Family Medicine**. v.34, n.9, p. 653-7, 2002.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**. v.114, p.1115-8, 1990.
- FREITAS, O.; CLAUD, M.V.; UETA, J.; SHUHAMA, I.K. O farmacêutico e a farmácia: uma análise retrospectiva e prospectiva. Informativo Profissional do Conselho Federal de Farmácia **Infarma**, Brasília, v.14, n. 1/2, p. 85-7, 2002.
- GOMES, C.A.P. **A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas**, 2003. [on line] disponível em: http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_pl_af_carlos_gomes.pdf. Acesso. 10 de agosto de 2006.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA; GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN FARMACOLOGÍA APLICADA Y FARMACOTERAPIA; GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN FARMACOLOGIA DE PRODUCTOS NATURALES. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos, **Ars Pharmaceutica**, p. 175-184, 2002.
- HAMMOND, R.W. et al. Collaborative Drug Therapy Management by Pharmacists—2003. **Pharmacotherapy**. v.23, n.9, p. 1210-25, 2003.
- HEPLER, C. D., STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal Hospital Pharmacy**. n.47, p.533-43, 1990.
- HOLLOWAY, K.; GREEN, T. **Drug and therapeutic committee: a practical guide**. World Health Organization, WHO/EDM/PAR/2004.1 2003.
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y Responsabilidades en Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, v. 1, p. 35-47, 1999.
- HOGERZEIL, H.V. et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. **Lancet**. v.342, n.8884, p.1408-10, 1993.
- IBGE- Cássia Coqueiros, SP, Censo 2000 [on line] disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. acesso em outubro de 2004.
- IBGE. Estimativas das populações residentes em 01.07.2006, segundo os municípios. [on line] Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DOU.pdf. Acessado em 20 de setembro de 2006.
- INDRITZ, M.E.; ARTZ, M.B. Value added to health by pharmacists. **Social Science and Medicine**. v.48, n. 5, p. 647-60, 1999.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is Human. Building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
- IRONS, B.K. et al. A Retrospective Cohort Analysis of the Clinical Effectiveness of a Physician-Pharmacist Collaborative Drug Therapy Management Diabetes Clinic. **Pharmacotherapy**. v.22, n.10, p.1294-300, 2002.

- IVANA, A.M. et al. **Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2002. 46 p.
- JOHCHEERE, K. A necessidade e os elementos de uma política de nacional de medicamentos. In: **A construção da política de medicamentos**. Hucitec Sobravime, São Paulo, 1997. p.49-63.
- JOHNSON, J.A. BOOTMAN, J.L. Drug related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacists**, v.54, p 554-8, 1997.
- JOHNSON, J.A. BOOTMAN, J.L. Drug related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. **Archives of Internal Medicine**, n.155, p 1949-56, 1995.
- LAM, S.; RUBY, C.M. Impact of interdisciplinary team on drug therapy outcomes in geriatric clinic. **American Journal of Health-System Pharmacists**. v.62, n.6, p.626-9, 2005.
- LAZAROU, J.; POMERANZ, B.H.; COREY, P.N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. **Journal of American Medical Association**. v.279, p.1200-5, 1998.
- LEAPE, L.L.; CULLEN, D.J.; CLAPP, M.D. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. **Journal of American Medical Association**. v.282, n. 3, 1999.
- LEE, A. J. et al. Clinical and economic outcomes of pharmacist recommendations in a veterans affairs medical center. **American Journal of Health-System Pharmacist** v.59, n.21, p.2070-7, 2002.
- LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: a proposta de um campo de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, n.21, p.64-7, 1987.
- LESAR, T.S. Recommendations for reducing medication errors. *Medscape Pharmacists*. v.1, n.2. on line. Disponível em: <http://www.medscape.com>. Acesso em 15 de maio de 2004.
- LOWE, C.J.; PETTY, D.R.; ZERMANSKY A.G.; RAYNOR D.K. Development of a method for clinical medication review by a pharmacist in general practice. **Pharmacy World & Science**. v.22, n.4, p.121-6, 2000.
- MACKINNON III, G.E.; MACKINNON, N.J. Documentation of pharmacy services. In: DIPIRO, J.T. et al. **Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach**. Mc. Graw Hill, ed.6, 2005, section 1. cap.4, p.39-50.
- MANASSE JR, H. R. Medication use in an imperfect world, I: drug misadventuring as an issue of public policy. **American Journal Hospital Pharmacy**. n.46, p.929-44, 1989.
- MANASSE JR, H. R. Medication use in na imperfect world, II: drug misadventuring as an issue of public policy. **American Journal Hospital Pharmacy**. n.46, p.1141-52, 1989.
- MARIN, N.; LUIZA, V.L. CASTRO, C.G.S.O.; SANTOS, S.M. Assistência Farmacêutica in: **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. ed 1, OPAS/OMS, Rio de Janeiro, 2003. cap.4, p.115-32.

- MARQUES, S.B.; A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo. **Dissertação de mestrado**. Faculdade de Saúde Pública-USP. São Paulo, 2005. IV Congresso Paulista de Saúde Pública, Santos, 22 a 25 de outubro de 2005.
- MESSENDER, A.M.; CASTRO, C.G.S.O.; LUIZA, V.L. Mandatos judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Publica**. v.21, n.2, p.525-534, mar-abr, 2005.
- MESTRINER, D.C.P. – A assistência farmacêutica no município de Ribeirão Preto, **Dissertação de Mestrado em medicina preventiva**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, 2002. 126 p.
- MEYER, J.C.;SUMMERS, R.S.;MÖLLER, H. Randomized, controlled trial of prescribing training in a South African province. **Medical Education**. v.35, p.833-40, 2001.
- MICHAEL, A. Vampiros reeditam métodos do “esquema PC Farias, diz PF. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 01 de junho de 2004. [on line] disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0106200402.htm>. Acesso 10/07/04.
- MILLER, R.R. History of clinical pharmacy and clinical pharmacology. **Journal of Clinical Pharmacology**. v.21. n.4, p.195-7, 1981.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde**. Apresentação 22 de novembro de 2005. [on line] disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/conselho/resumo/22_291105_pol_af_ms-2005.ppt. Acesso em 01 de agosto de 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relação dos laboratórios farmacêuticos oficiais. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24381. Acesso em 20 de agosto de 2006a.
- MINISTERIO DA SAUDE. Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas. Brasília, 2006b. 47 p.
- MSH (Management Sciences for Health). Diseño y operación de instalaciones de almacenamiento. In:_____ - **El suministro de medicamentos: la selección, adquisición, distribución y uso de productos farmacêuticos en la atención primaria de salud**. ed.1, MSH, Boston, MA, USA, 1983a. p. 355-98.
- MSH (Management Sciences for Health). Promoción de la prescripción racional de medicamentos. In:_____ - **El suministro de medicamentos: la selección, adquisición, distribución y uso de productos farmacêuticos en la atención primaria de salud**. ed.1, MSH, Boston, MA, USA, 1983b. p.423-52.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

- PASSOS A.D. Epidemiological investigation on hepatitis B in Cássia dos Coqueiros, SP Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. vol. 24, n.3, p.189-90, 1991
- PEPE, V.L.E.; OSORIO DE CASTRO, C.G.S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16, n.3, p.815-22, Rio de Janeiro, jul-sept 2000.
- RACGP – ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. What is a medication review? [On line] disponível in: <http://www.dva.gov.au/health/provider/pharmacy/medrevu.htm>. Acesso em 20/07/06.
- ROSENFELD, S., O uso de medicamentos no Brasil In: **Epidemiologia do medicamento. Princípios Gerais**, São Paulo, HUCITEC-ABRASCO, p.21-41, 1989.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Revisão do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica**. (200?) [on line] disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/geral/forlalecegestao/PRODUTO17.pdf>. Acesso dia 16 de agosto de 2006.
- SANTOS, S.C.M. Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição do extra-preço. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública** – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- SANTOS, M.R. Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública** – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.
- SANTOS, M.R.C. **Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino**. ed 1, Holos, Ribeirão Preto, 1999.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Programa estadual de Assistência Farmacêutica básica. 63 p. 2002a.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Programa estadual de Assistência Farmacêutica na área de saúde Mental. 86 p. 2002b.
- SCROCCARO, G.; ALMIÑANA, M.A.; FLOOR-SCHAUER, A.; HEKSTER, Y.A.; HUON, Y. The need for clinical pharmacy. **Pharmacy World Science**. v.22, n.1, p.27-9, 2000.
- SEADE: Renda per capita [on line] disponível em: <http://www.seade.gov.br/> acessado em 07.02.05
- SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Cássia dos Coqueiros, São Paulo. 2003.
- SILVA, R. C. S. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 2000. 215 p.

- SILVA, M.V.S.; MENDES, I.J.M.; FREITAS, O. O medicamento, a auto-medicação e a farmácia. **Infarma**, v.15, n.º 3/4, 2002.
- SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. Cássia dos Coqueiros, São Paulo, 2003.
- SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. Cássia dos Coqueiros, São Paulo, 2004.
- STRAND, L. M., CIPOLLE, R., MORLEY, P. C. Drug related problems: their structure and function. **Drug Intel Clin Pharm**. n.24, p.1093-7, 1990.
- STRAND, L.M.; CIPOLLE, R.J.; MORLEY, P.C.; FRANKES, M.J. The impact of pharmaceutical care on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Current Pharmaceutical Design**. v.10, n.31, p. 3978-4001, 2004.
- TOUSIGNAUT, D.R. The two I's of pharmacy. **American Journal of Health-System Pharmacists**. v.61, n.21, p.2263-71, 2004.
- UETA, J.; FREITAS, O. SHUHAMA, I.K. A farmácia e o “pharmaceutical care”. **Revista do Farmacêutico**, v.39, p. 36-7, 1999.
- WANNMACHER, L. Cursos uso racional de medicamentos nacionais e regionais. [on line] disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/hsentinel/uso_racional_I/Lenita_Cursos.ppt. Acesso em setembro de 2006.
- WHO. Rational use of drugs. **Technical Report Series** No. Nairobi, World Health Organization, 1985.
- WHO. The Selection of Essential Drugs. **Technical Report Series**, p.615, World Health Organization, Geneva. 1977.
- WHO. **How to investigate drug use in health facilities (Selected drug use indicators). Action Program on Essential Drugs**. Geneva, World Health Organization, 1995. 87p.
- WHO. Public education and rational drug use: a global survey. WHO/DAP/ 97.5, **World Health Organization**, 1997a.
- WHO. **The role of the pharmacist in health care system. Report of a third consultative group on the role of pharmacist**. Vancouver, Canadá, World Health Organization, 1997b. 49 p.
- WHO. **Action programme on essential drug. Interim report of the biennium**. World Health Organization, 1999.
- WHO. **WHO medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003**. Geneva, World Health Organization, 2000.
- WHO. **The selection of essential medicines**. Geneva, World Health Organization, June 2002a.

WHO. Promoting rational use of medicines: core components. **WHO Policy Perspective on Medicines**, n.5, Geneva, World Health Organization, 2002b.

WHO. Drug classification systems. In: _____ **Introduction to drug utilization research**. World Health Organization, 2003. cap.5, p.33-7.

WHO. **Access to essential medicines. In_____The world medicine situation**. WHO/ED/PAR/2004.5, World Health Organization, 2004. cap. 7, p.61-74.

WHO. **Rational use of medicines: progress in implementing the WHO medicines strategy**. Report by the Secretariat. 118th session. Executive Board. World Health Organization, 11 may 2006.

MATRIZ DE INDICADORES QUALITATIVOS

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES
A – INFORMAÇÕES GERAIS				
DADOS POPULACIONAIS	A.1 População total do estado (em milhares)	é o número total de habitantes residentes no estado.	dispensa cálculos matemáticos	• IDB 98 BRASIL.
	A.2 Taxa média de crescimento da população no período de 1991-1996 (%)	é o incremento médio anual da população.	$\sqrt[n]{\frac{P(t+n)}{P(t)}} \times 100$, onde P(t+n) e P(t), são as populações correspondentes a duas datas sucessivas e n o intervalo de tempo entre essas datas, medido em ano e fração de ano	• IDB 98 BRASIL
	A.3 Expectativa de vida (anos)	número médio de anos de vida esperado para o recém-nato em determinado ano	tábua de vida, utilizando o método atuarial	• IDB 98 BRASIL.
	A.4 Taxa de mortalidade infantil (por 1.000)	freqüência com que ocorrem os óbitos infantis (menores de 1 ano) em uma população, em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil. Expressa-se para cada 1.000 crianças nascidas vivas	razão entre o número de óbitos em menores de 1 ano e o número de nascidos vivos (x1.000)	• IDB 98 BRASIL
SITUAÇÃO DE SAÚDE	A.5 Taxa bruta de mortalidade	freqüência de óbitos por todas as causas e todas as faixas etárias por 1.000 habitantes	razão entre o número de óbitos por todas as causas e todas as faixas etárias e a população residente (x1.000)	• IDB 98 BRASIL.
	A.6 População por unidade de saúde que dispensa medicamentos do PTB (em milhares)	é a razão da população municipal pelo número de unidades de saúde que dispensam medicamentos do PTB	população municipal dividida pelo número de unidades de saúde que dispensam medicamentos do PTB	• IBGE, 1998
	A.7 Taxa de mortalidade materna (por 100.000) (BGS)	freqüência de óbitos por causa materna por 100.000 nascidos vivos, em determinado ano civil	razão entre o número de óbitos por causa materna e o número de nascidos vivos (x100.000)	• IDB 97 BRASIL. • IDB 98 BRASIL

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES
ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA SAÚDE	B.1 Porcentagem de SMS que possuem organograma	porcentagem de SMS que possuem organograma escrito e aprovado	divisão entre o número de municípios cujas SMS's possuem organograma e o número de municípios visitados (x100)	• Secretaria Municipal de Saúde
	B.2 Porcentagem de SMS que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura	porcentagem de SMS que possuem a assistência farmacêutica inserida em seu organograma e com um representante legal	divisão entre o número de municípios que possuem assistência farmacêutica em sua estrutura e o número de municípios visitados	• Secretaria Municipal de Saúde
	B.3 Número de médicos por 1.000 habitantes	razão entre o número total de médicos e a população residente no município (x1.000)	número total de médicos dividido pela população residente no município (x1.000)	• Conselho Regional de Medicina • IHGE, 1999
	B.4 Porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que se reciclaram na área de medicamentos nos últimos 3 anos	porcentagem de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que realizou no mínimo 1 curso de reciclagem na área de medicamentos, nos últimos 3 anos	divisão entre o número de profissionais ligados à dispensação de medicamentos que realizou no mínimo 1 curso de reciclagem na área de medicamentos, nos últimos 3 anos e o número de profissionais entrevistados (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde

MATRIZ DE INDICADORES QUANTITATIVOS

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
GESTÃO NACIONAL	B5 B6 B7	B5 Percentagem do orçamento público gasto com medicamentos, do total do orçamento destinado aos medicamentos B6 Percentagem de Comunicados de Divergência atendidos B7 Percentagem de Demonstrativos de Movimentação de medicamentos analisados	o a razão entre o orçamento executado com medicamentos e o orçamento alocado aos medicamentos percentagem de Comunicados de Divergência atendidos, do total recebido percentagem de Demonstrativos de Movimentação de Medicamentos analisados, do total recebido	<ul style="list-style-type: none"> Ministério Saúde Ministério Saúde Ministério Saúde 	100% 100% 100%
	B8	Percentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME-89	percentagem de medicamentos do PFB que pertencem à RENAME-98, do total de medicamentos do PFB	<ul style="list-style-type: none"> RENAME-89 Manual e Normas Procedimentos do PFB 	100%
	B9	Adequação dos procedimentos de quantificação do módulo-padrão do PFB	a adequação dos procedimentos de quantificação é definida como uma avaliação cuidadosa da quantidade necessária de cada medicamento, baseada em demanda histórica e em tratamentos padrão adotados para as doenças mais prevalentes.	<ul style="list-style-type: none"> Ministério Saúde: coordenação do PFB 	adequado
	B10	Percentagem de municípios que receberam o número de kits do PFB compatível com a sua população	percentagem de municípios que receberam 1 kit de medicamentos do PFB para cada 3.000 habitantes	<ul style="list-style-type: none"> Secretarias Municipais Saúde 	100%
ARMAZENAMENTO	B11	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Pólos Distribuidores	percentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	<ul style="list-style-type: none"> Pólos Distribuidores do PFB 	100%
	B12	Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nos Depósitos de Medicamentos Municipais	percentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	<ul style="list-style-type: none"> Depósito Medicamentos Municipal 	100%

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	B13 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nas UBS	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	• UBS	100%
	B14 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos do PFB	porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos (MNP) do PFB, do total de Depósitos visitados	divisão entre o número de Depósitos de Medicamentos Municipais que receberam o Manual de Normas e Procedimentos (MNP) do PFB e o número total de Depósitos visitados (x100)	• Secretarias Municipais Saúde	100%
	B15 Porcentagem de UBS que divulgam a relação de medicamentos do PFB para os médicos	porcentagem de UBS que divulgam a forma escrita a relação de medicamentos do PFB para os médicos, do total de UBS visitadas	divisão entre o número de UBS que divulga a relação de medicamentos do PFB de forma escrita para os médicos e o total de UBS visitadas (x100)	• Secretarias Municipais Saúde • UBS	90%
C - PROCESSO					
AQUISIÇÃO / CONTROLE DE QUALIDADE	C1 Porcentagem de medicamentos adquiridos, submetidos a controle de qualidade	porcentagem de lotes de medicamentos testados, em relação ao total de lotes comprados	número de lotes de medicamentos testados dividido pelo número de lotes de medicamentos comprados (x100)	• Ministério da Saúde: SVS	100%
	C2 Porcentagem de medicamentos adquiridos rejeitados no controle de qualidade	porcentagem de lotes de medicamentos rejeitados em testes de qualidade, do total de lotes testados	número de medicamentos rejeitados em testes de qualidade dividido pelo número total de medicamentos testados (x100)	• Ministério da Saúde: SVS	0%
DISTRIBUIÇÃO	C4 Adequação no transporte de medicamentos	disponibilidade de veículos adequados ao transporte de medicamentos	dispensa cálculos matemáticos	• Secretarias Municipais Saúde	adequado
	C5 Tempo médio decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB	tempo médio, em meses, decorrente entre a primeira e a segunda entrega do PFB	1) soma do número de meses decorrente entre a primeira e a segunda entrega nos municípios visitados 2) dividir o resultado acima obtido pelo número de municípios visitados	• Secretarias Municipais Saúde	3 meses

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
C6	Porcentagem de kits completos entregues	porcentagem de kits completos em relação ao número e à quantidade de medicamentos recebidos	divisão entre o número de kits recebidos completos e o número de kits recebidos (x100)	• Secretarias Municipais de Saúde	100%
C7	Porcentagem de tempo de desabastecimento para os medicamentos no nível local	tempo de desabastecimento é o número de dias em que um produto não esteve presente no nível local, a contar do início do recebimento do PFB	1) registrar o número de dias de desabastecimento para cada medicamento. Somar o número total de dias de desabastecimento para todos os medicamentos; 2) dividir este resultado pelo número de dias decorrentes entre a primeira entrega do PFB e o dia da visita, multiplicado pelo número de medicamentos do PFB (x100)	• Depósito Medicamentos Municipal	9%
C8	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque no Depósito de Medicamentos Municipal	um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque	1) somar o número de medicamentos disponíveis em cada Depósito Municipal e dividir pelo número total de medicamentos do PFB (x100); 2) dividir o resultado obtido pelo número total de unidades de saúde examinadas	• Depósito Medicamentos Municipal	95%
C9	Porcentagem de medicamentos disponíveis em estoque na UBS	um medicamento é considerado disponível se, ao menos uma unidade do produto, dentro do prazo de validade, encontra-se em estoque	3) somar o número de medicamentos disponíveis em cada UBS e dividir pelo número total de medicamentos do PFB (x100); 4) dividir o resultado obtido pelo número total de unidades de saúde examinadas	• UBS	95%
C10	Disponibilidade de medicamentos em municípios distantes	porcentagem de medicamentos do PFB disponíveis, no dia da visita, em municípios que localizam-se a mais de 100km de uma cidade de 100.000 habitantes	1) multiplicar o número de medicamentos do PFB pelo número de municípios distantes estudados; 2) dividir o número de medicamentos encontrados nos municípios, pelo resultado anteriormente obtido	• Depósito Medicamentos Municipal	100%
C11	Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que recebem medicamentos do PFB com a validade vencida	porcentagem de Depósitos Municipais de Medicamentos que recebem medicamentos do PFB com a validade vencida	divisão entre o número de Depósitos de Medicamentos Municipais que recebem medicamentos do PFB com o prazo de validade vencido e o número total de Depósitos de Medicamentos Municipais visitados (x100)	• Depósitos Medicamentos Municipais	0

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
ARMAZENAMENTO	C12 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no Depósito de Medicamentos Municipal	porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados	número de princípios ativos com prazo de validade vencido dividido pelo número total de princípios ativos estocados (x100)	• Depósito de Medicamentos Municipal	0
	C13 Porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido na UBS	porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido, em relação ao total de medicamentos estocados	número de princípios ativos com prazo de validade vencido dividido pelo número total de princípios ativos estocados (x100)	• UBS	0
	C14 Porcentagem média ponderada de variação no inventário para os medicamentos estocados no nível local	porcentagem média ponderada de variação no inventário é a diferença da porcentagem média ponderada entre os níveis de estoque registrados e a contagem física real	1) somar o número total de unidades para cada produto como demonstrado no registro; 2) somar o número total de unidades verificada por contagem física; 3) subtrair a contagem física da quantidade registrada, refinando o sinal negativo, criando um valor absoluto; 4) dividir o resultado obtido anteriormente, pela contagem física e multiplicar este quociente por 100	• Depósito de Medicamentos Municipal	5%
	C15 Porcentagem média do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos do PHB em estoque no nível local	porcentagem média dos medicamentos em estoque, cujos registros no inventário correspondem exatamente à contagem física	1) dividir o número de registros de estoque que correspondem exatamente à contagem física pelo número total de registros examinados e, multiplicar este resultado por 100; 2) somar as porcentagens obtidas para cada unidade de saúde e dividir pelo número total de unidades de saúde examinadas.	• Depósito de Medicamentos Municipal	95%
	C16 Porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque	porcentagem de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque	divisão entre o número de Depósitos de Medicamentos Municipais que realizam controle de estoque e o número total de depósitos visitados (x100)	• Depósitos de Medicamentos Municipais	100%
	C17 Porcentagem de UBS que realizam controle de estoque	porcentagem de UBS que realizam controle de estoque	divisão entre o número de UBS que realizam controle de estoque e o número total de depósitos visitados (x100)	• UBS	100%

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	C3 Adequação do local de armazenagem destinado à guarda dos medicamentos do PFB nas Pólos Distribuidores	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados em relação à área de armazenagem	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Pólos Distribuidores do PFB 	100%
	C18 Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos no Depósito de Medicamentos Municipal	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Depósito de Medicamentos Municipal 	100%
	C19 Adequação das práticas de armazenagem de medicamentos nas UBS	porcentagem de critérios de boas práticas de armazenagem (BPE) observados	número de itens de BPE observados dividido pelo número total de itens de BPE analisados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> UBS 	100%
	C20 Percentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas no Depósito de Medicamentos Municipal	porcentagem de medicamentos inspecionados em relação ao total de medicamentos estocados	número de medicamentos inspecionados nas 3 últimas entregas, dividido pelo número de medicamentos recebidos nas 3 últimas entregas (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Depósito Municipal de Medicamentos 	100%
	C21 Percentagem de medicamentos inspecionados fisicamente nas últimas 3 entregas nas UBS	porcentagem de medicamentos inspecionados em relação ao total de medicamentos estocados	número de medicamentos inspecionados nas 3 últimas entregas, dividido pelo número de medicamentos recebidos nas 3 últimas entregas (x100)	<ul style="list-style-type: none"> UBS 	100%
	C22 Percentagem de UBS que dispensa medicamentos com a apresentação da prescrição médica	porcentagem de UBS que dispensa medicamentos exclusivamente com a apresentação da prescrição médica	divisão entre o número de UBS que dispensa medicamentos exclusivamente com a apresentação da prescrição médica e o número de UBS visitadas (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Secretarias Municipais de Saúde UBS 	100%
	C23 Percentagem de municípios que preenche o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos	porcentagem de municípios que preenche o Demonstrativo de Movimentação de Medicamentos	número de municípios que preenche o formulário DMM, dividido pelo número de municípios visitados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Secretarias Municipais de Saúde 	100%
D - RESULTADO					
UTILIZAÇÃO	D1 Disponibilidade de informação objetiva sobre medicamentos do PFB para os médicos	porcentagem de consultórios médicos que dispõem do momento terapêutico do PFB, em relação à amostra total de médicos	divisão entre o número de consultórios médicos que dispõem do momento terapêutico do PFB e o número total de consultórios médicos visitados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Secretarias Municipais de Saúde UBS 	100%
	D2 Número médio de medicamentos por prescrição	considera o número de medicamentos contidos na prescrição. Medicamentos com mais de um princípio ativo devem ser contados uma única vez	número total de medicamentos prescritos dividido pelo número total de prescrições estudadas	<ul style="list-style-type: none"> Amostra de prescrições 	2 ou menos
	D3 Percentagem de prescrições que contém injeção	porcentagem de prescrições que contém, no mínimo uma injeção, do total de prescrições estudadas	número de prescrições com uma injeção no mínimo, dividido pelo número total de prescrições estudadas (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Amostra de prescrições 	10% ou menos

COMPONENTE DO PROGRAMA	DENOMINAÇÃO	DEFINIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTES	PADRÃO
	D4 Porcentagem de prescrições que contém antimicrobianos	porcentagem de prescrições que contém no mínimo 1 antimicrobiano, do total de prescrições estudadas	número total de pacientes com prescrição de antimicrobianos, dividido pelo número total de pacientes estudados	<ul style="list-style-type: none"> Amostra de prescrições 	20%
	D5 Porcentagem de medicamentos do PFB prescritos	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos, em relação ao total de medicamentos prescritos	número de medicamentos do PFB prescritos dividido pelo número total de medicamentos prescritos (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Amostra de prescrições 	70%
	D6 Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico	porcentagem de medicamentos do PFB prescritos pelo nome genérico, do total de medicamentos do PFB prescritos	número de medicamentos do PFB prescritos pelo nome genérico, dividido pelo número total de medicamentos do PFB prescritos (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Amostra de prescrições 	100%
DIVIDENDOS POR ÉTICOS	D7 Porcentagem de medicamentos do PFB atendidos	porcentagem de medicamentos do PFB atendidos, do total de medicamentos prescritos	divisão entre o número de UBS que recebem medicamentos do PFB com o prazo de validade vencido e o número total de UBS visitados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> UBS 	70%
	D8 Porcentagem de atores que conhece o PFB	porcentagem de atores entrevistados que conhece o PFB	divisão entre o número de atores entrevistados que conhece o PFB e o número total de atores entrevistados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> Nível nacional, regional e local 	100%
	D9 Porcentagem de usuários que conhece o PFB	porcentagem de usuários entrevistados que conhece o PFB	divisão entre o número de usuários entrevistados que conhece o PFB e o número total de usuários entrevistados (x100)	<ul style="list-style-type: none"> UBS 	100%

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. do Café, s/nº - Fone: (0xx16) 3602.4213 - Fax: (0xx16) 3602.4877
14040-903 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
e-mail: cep@fcfrp.usp.br

Of. CEP 09/2006 - FCFRP/USP
kms

Ribeirão Preto, 19 de maio de 2006.

Prezada Professora,

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "A Assistência Farmacêutica em um município de São Paulo: diagnóstico e perspectivas", apresentado por V. Sa. a este Comitê, Protocolo CEP/FCFRP nº 54, foi analisado na 46ª reunião deste CEP, realizada no dia 11 de novembro de 2005 e considerado aprovado.

Em atendimento à Resolução 196/96 deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seu resultado, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou interrupção do mesmo.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Yara Maria Lucisano Valim
Coordenadora do CEP
FCFRP - USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. JULIETA MIEKO UETA
Depto. de Ciências Farmacêuticas
FCFRP - USP

[illegible][illegible]

Microsoft Excel - PLANILHA CÁSSIA 2002-2005 gen E MED e ATC PRONTOS													
H14 ANTISEPTICO													
1	ANO	MES	DATA	MEDICAMENTO	HOME GENÉRICO	PRINC ATIVO DA COM	H	FREQUENCIA	DURAÇÃO VIA	ATC	ATC SIMPL	CLASSIFICAÇÃO	FONTE D
986	2002	SET	18/09/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA	1	CONDICION ORAL	A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
987	2003	MAI	13/05/03	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PACTUADO	DISTRIB
988	2002	FEV	14/02/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
989	2002	NOV	28/11/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
990	2003	FEV	20/02/03	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	1X DIA	0	A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
991	2002	FEV	18/02/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
992	2003	JUN	09/06/03	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	1-1-1-1	CONDICION ORAL	A03B - ANTI A03B	A03B	PACTUADO	DISTRIB
993	2002	ABR	18/04/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
994	2003	SET	05/09/03	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	1-1-1-1	CONDICION ORAL	A03B - ANTI A03B	A03B	PACTUADO	DISTRIB
995	2005	OUT	03/10/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
996	2005	NOV	04/11/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
997	2004	DEZ	19/12/04	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	6 EM 6 HORAS	CONVENCIORAL	A03B - ANTI A03B	A03B		
998	2005	SET	06/09/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
999	2005	DEZ	26/12/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1000	2005	FEV	02/02/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1001	2004	DEZ	17/12/04	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	6 EM 6 HORAS	CONVENCIORAL	A03B - ANTI A03B	A03B		
1002	2005	AGO	31/08/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1003	2005	SET	02/09/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1004	2004	DEZ	17/12/04	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	6 EM 6 HORAS	CONVENCIORAL	A03B - ANTI A03B	A03B		
1005	2005	SET	08/09/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1006	2002	NOV	18/11/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
1007	2002	AGO	07/08/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
1008	2003	SET	04/09/03	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	1-1-1-1	CONDICION ORAL	A03B - ANTI A03B	A03B	PACTUADO	DISTRIB
1009	2002	MAR	27/03/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB
1010	2005	OUT	03/10/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1011	2005	NOV	04/11/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1012	2004	DEZ	04/12/04	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA	6 EM 6 HORAS	CONVENCIORAL	A03B - ANTI A03B	A03B		
1013	2005	JAN	29/01/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1014	2005	JUN	15/06/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1015	2005	JUN	17/06/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1016	2005	SET	28/09/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1017	2005	SET	06/09/05	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA COMPRIMIDO 10 MG	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B		
1018	2002	OUT	10/10/02	BUSCOPAN COMPR	HIOSCINA COMPRIM	HIOSCINA	HIOSCINA			A03B - ANTI A03B	A03B	PADRONIZADO	DISTRIB

Pronto

Microsoft Excel - PLANILHA CÁSSIA 2002-2005 gen E MED e ATC PRONTOS													
Y993													
O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	
1	FOITE DE AQUIS	QDE	VAL UNIC	GAST	PACIENTE	PRESCRITOR	Nº PRESC	ORIGEM	ATEND NA UNIDADE	Nº CARTÃO	TIPO DE PRESC	FORA DA LISTA	CONTINUO
986	DISTRIBUIDORA	1	6,94	6,94	XXXXXXXXXX		2770						EVENTUAL
987	DISTRIBUIDORA	1	7,5	7,5	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	X	307	CASSIA DOS COQUEIROS					EVENTUAL
988	DISTRIBUIDORA	1	6,42	6,42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		388						EVENTUAL
989	DISTRIBUIDORA	1	6,42	6,42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3943						EVENTUAL
990	DISTRIBUIDORA	1	7	7	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		2129	CASSIA DOS COQUEIROS					EVENTUAL
991	DISTRIBUIDORA	1	6,42	6,42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		423						EVENTUAL
992	DISTRIBUIDORA	1	7,5	7,5	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		482	CASSIA DOS COQUEIROS					EVENTUAL
993	DISTRIBUIDORA	2	6,42	12,84	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1198						EVENTUAL
994	DISTRIBUIDORA	20	8,05	8,05	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1666	CASSIA DOS COQUEIROS					EVENTUAL
995		27			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		6637		A458				EVENTUAL
996		27			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		7415		A458				EVENTUAL
997		10			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1660	CASSIA DOS COQUEIROS		GENÉRICO			EVENTUAL
998		20			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		5863		NÃO ESP				EVENTUAL
999		15			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		8614		A019				EVENTUAL
1000		15			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		576		A269				EVENTUAL
1001		10			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1689	CASSIA DOS COQUEIROS		GENÉRICO			EVENTUAL
1002		9			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		5673		B207				EVENTUAL
1003		12			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		5769		B207				EVENTUAL
1004		10			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1689	CASSIA DOS COQUEIROS		GENÉRICO			EVENTUAL
1005		10			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		5916		NÃO ESP				EVENTUAL
1006	DISTRIBUIDORA	1	6,42	6,42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3797						EVENTUAL
1007	DISTRIBUIDORA	1	6,94	6,94	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		2031						EVENTUAL
1008	DISTRIBUIDORA	1	8,06	8,06	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1652	CASSIA DOS COQUEIROS					EVENTUAL
1009	DISTRIBUIDORA	1	6,42	6,42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		915						EVENTUAL
1010		30			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		6624		B523				EVENTUAL
1011		30			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		7402		B523				EVENTUAL
1012		20			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1898	CASSIA DOS COQUEIROS		GENÉRICO			EVENTUAL
1013		15			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		492		NÃO ESP				EVENTUAL
1014		15			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3548		P.A				EVENTUAL
1015		15			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3627		P.A				EVENTUAL
1016		10			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		6522		NÃO ESP				EVENTUAL
1017		5			XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		5866		NÃO ESP				EVENTUAL
1018	DISTRIBUIDORA	1	6,42	6,42	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		3147						EVENTUAL
Plan10 / Plan11 / ANO NOM GEN ATC / Plan1 /													

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO HCFMRP-USP - 2003		
ITEM	MEDICAMENTO	QDE
1	ADRENALINA AMPOLA 1 ML 1 MG	5
2	AGUA BORICADA 2% FRASCO 50 ML	5
3	AGUA PARA INJEÇÃO AMPOLA 10 ML	30
4	ALCOOL BORICADO 2% FRASCO 50 ML	1
5	AMINOFILINA AMPOLA 10 ML 240 MG	30
6	AMPICILINA INJETAVEL FRASCO 1 G	20
7	BENZILPENICILINA BENZATINA FRASCO 1 200 000 UI	10
8	BENZILPENICILINA PROCAINA FRASCO 400 000 UI	30
9	BETAMETASONA AMPOLA 1 ML 4 MG	1
10	BICARBONATO DE SODIO 8,4% AMPOLA 10 ML	5
11	BROMETO DE IPRATROPIO GOTAS 0,025% VIDRO 20 ML	1
12	BROMOPRIDA AMPOLA 2 ML 10 MG	5
13	CARVAO ATIVADO PACOTE 10 G	1
14	CEFALOTINA INJETAVEL FRASCO 1 G	2
15	CLORANFENICOL SUCCINATO INJETAVEL FRASCO 1 G	2
16	CLORPROMAZINA AMPOLA 5 ML 25 MG	5
17	COMPLEXO B AMPOLA 2 ML	5
18	DEXCLORFENIRAMINA AMPOLA 1 ML 5 MG	2
19	DIAZEPAM AMPOLA 2 ML 10 MG	10
20	DIAZEPAM COMPRIMIDO 5 MG	10
21	DICLOFENACO SODICO AMPOLA 3 ML 75 MG	10
22	DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA AMPOLA 1 ML	5
23	DINITRATO DE ISOSSORBIDA COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5 MG	5
24	DIPIRONA GOTAS 500 MG/ML FRASCO 20 ML	2
25	DIPIRONA+PAPAVERINA+ADIFENINA+HOMATROPINA AMPOLA 2 ML	5
26	ENEMA DE FOSFATOS FRASCO 130 ML	5
27	FENITOINA AMPOLA 5 ML 250 MG	5
28	FENOBARBITAL IM AMPOLA 1 ML 200 MG	5
29	FUROSEMIDA AMPOLA 2 ML 20 MG	5
30	GLICONATO DE CALCIO 10% AMPOLA 10 ML	2
31	HIDROCORTISONA SUCCINATO FRASCO 100 MG	2
32	HIDROCORTISONA SUCCINATO FRASCO 500 MG	2
33	HIOSCINA + DIPIRONA AMPOLA 5 ML	10
34	HIOSCINA AMPOLA 1 ML 20 MG	10
35	LANATOSIDO C AMPOLA 2 ML 0,4 MG	2
36	LIDOCAINA 2% FRASCO 20 ML	10
37	LIDOCAINA 2% GELEIA TUBO 30 ML	1
38	LUGOL SOLUCAO LITRO	1
39	METILERGONOVINA AMPOLA 1 ML 0,2 MG	2
40	METOCLOPRAMIDA AMPOLA 2 ML 10 MG	5
41	NEOMICINA+BACITRACINA POMADA TUBO 50 G	2
42	NEOMICINA+LIDOCAINA+HIALORUNIDASE SOLUCAO OTOL FR 8 ML	1
43	NIFEDIPINA CAPSULA 10 MG	10
44	OCITOCINA AMPOLA 1 ML 5 UI	1
45	PETIDINA AMPOLA 2 ML 100 MG	5
46	PROMETAZINA AMPOLA 2 ML 50 MG	2
47	RANITIDINA AMPOLA 50 MG	10
48	SALBUTAMOL XAROPE 2 MG/5 ML VIDRO 120 ML	1
49	SOLUCAO DE CLORETO DE POTASSIO 19,1% AMPOLA 10 ML	2
50	SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 20% AMPOLA 10 ML	2

51	SOLUCAO DE GELATINA 3,5% FRASCO 500 ML	2
52	SOLUCAO DE GLICOSE 5% EMBALAGEM 250 ML	5
53	SOLUCAO DE GLICOSE 5% EMBALAGEM 500 ML	5
54	SOLUCAO DE GLICOSE 50% AMPOLA 20 ML	10
55	SOLUCAO DE RINGER FISIOLÓGICO EMBALAGEM 500 ML	2
56	SOLUCAO DE RINGER+LACTATO DE SODIO EMBALAGEM 500 ML	5
57	SOLUCAO FISIOLÓGICA ISOTONICA EMBALAGEM 250 ML	10
58	SOLUCAO FISIOLÓGICA ISOTONICA EMBALAGEM 500 ML	10
59	SOLUCAO GLICOFISIOLÓGICA 5% EMBALAGEM 500 ML	10
60	TERBUTALINA AMPOLA 1 ML 0,5 MG	2
61	TINTURA DE IODO 1% LITRO	1
62	VASELINA POTE 100 G	1
63	VITAMINA K1 IM AMPOLA 1 ML 10 MG	2
	TOTAL	375

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO HCFMRP-USP 2005		
ITEM	MEDICAMENTO	QDE
1	AGUA PARA INJEÇÃO AMPOLA 10 ML	150
2	DIPIRONA AMPOLA 2 ML 1 G	50
3	DICLOFENACO SODICO AMPOLA 3 ML 75 MG	30
4	HIOSCINA + DIPIRONA AMPOLA 5 ML	20
5	RANITIDINA AMPOLA 50 MG	15
6	BROMETO DE IPRATROPIO GOTAS 0,025% VIDRO 20 ML	10
7	CLONIDINA COMPRIMIDO 150 MCG	10
8	COLD CREAM POTE 100 G	10
9	DINITRATO DE ISOSSORBIDA COMPRIMIDO SUBLINGUAL 5 MG	10
10	FENOTEROL GOTAS 5 MG/ML FRASCO 20 ML	10
11	FUROSEMIDA AMPOLA 2 ML 20 MG	10
12	METOCLOPRAMIDA AMPOLA 2 ML 10 MG	10
13	SOLUCAO DE GLICOSE 50% AMPOLA 20 ML	10
14	OLEO MINERAL VIDRO 100 ML	8
15	VITAMINA B1 + VIT B6 + VIT B12 1000 AMPOLA 3ML	8
16	ADRENALINA AMPOLA 1 ML 1 MG	5
17	AMINOFILINA AMPOLA 10 ML 240 MG	5
18	BROMOPRIDA AMPOLA 2 ML 10 MG	5
19	CEFALOTINA INJETAVEL FRASCO 1 G	5
20	CETOPROFENO IV FRASCO 100 MG	5
21	DIMENIDRINATO+PIRIDOXINA AMPOLA 1 ML	5
22	GENTAMICINA AMPOLA 2 ML 80 MG	5
23	HEPARINA SODICA SUBCUTANEA AMPOLA 0,25 ML 5 000 UI	5
24	HIDROCORTISONA SUCCINATO FRASCO 500 MG	5
25	HIOSCINA AMPOLA 1 ML 20 MG	5
26	LIDOCAINA 2% FRASCO 20 ML	5
27	NEOMICINA+POLIMIXINA B+HIDROCORTISONA SOL OTOLOGICA FR 5 ML	5
28	PROMETAZINA AMPOLA 2 ML 50 MG	5
29	SOLUCAO DE RINGER+LACTATO DE SODIO EMBALAGEM 500 ML	5
30	SOLUCAO GLICOFISIOLOGICA 5% EMBALAGEM 500 ML	5
31	TIOLCHICOSIDO AMPOLA 2 ML 4 MG	5
32	ENEMA DE FOSFATOS FRASCO 130 ML	4
33	CLORANFENICOL COLIRIO AQUOSO FRASCO 10 ML	3
34	HIPROMELOSE 0,5% COLIRIO FRASCO 10 ML OU 15 ML	3
35	ALCOOL BORICADO 2% FRASCO 50 ML	2
36	HIDROCORTISONA SUCCINATO FRASCO 100 MG	2
37	LANATOSIDO C AMPOLA 2 ML 0,4 MG	2
38	LIDOCAINA 2% GELEIA TUBO 30 ML	2
39	AGUA BORICADA 2% LITRO	1
40	NEOMICINA+BACITRACINA POMADA TUBO 50 G	1
41	OMEPRAZOL FRASCO/AMPOLA 40 MG	1
42	PASTA D'AGUA POTE 100 G	1
43	SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME POTE 500 G	1
44	TERBUTALINA AMPOLA 1 ML 0,5 MG	1
45	VASELINA POTE 100 G	1
46	VASELINA SALICILADA A 2% POTE 100 G	1
47	VIOLETA GENCIANA 0,5% FRASCO 50 ML	1
	TOTAL	468

LISTA PADRONIZADA DE MEDICAMENTOS – CÁSSIA DOS COQUEIROS - SP	
CÓD ATC	MEDICAMENTO
B01AC06	Ácido acetilsalicílico comprimido 100 mg
N02BA01	Ácido acetilsalicílico comprimido 500 mg
S01GX01	Ácido cromoglicólico 4% sol oftálmica frasco 5 mL
R01AC01	Ácido cromoglicólico aerossol nasal 4% frasco 13 mL
B03BB01	Ácido fólico comprimido 5 mg
C05B104	Ácido mucopolissacarido-polissulfurico pomada/gel 3 ou 5 mg bisnaga 40 g
D11AF00	Ácido tricloroacético 50% frasco 5 mL
N03AG01	Ácido valpróico cápsula 500 mg
N03AG01	Ácido valpróico xarope susp oral 250 mg/ 5 mL frasco 100 mL
D08AD00	água boricada 2% frasco 30 ml
V07AB01	água destilada ampola 10 mL
S02AA03	álcool boricado 2% frasco 15 mL
M05BA04	alendronato dissódico comprimido 70 mg
M04AA01	alopurinol comprimido 100 mg
M04AA01	alopurinol comprimido 300 mg
N04BB01	amantadina comprimido 100 mg
R03DA05	aminofilina ampola 10 mL 240 mg
R03DA05	aminofilina comprimido 100 mg
C01BD01	amiodarona ampola 3 mL 150 mg
C01BD01	amiodarona comprimido 200 mg
N06AA09	amitriptilina comprimido 25 mg
J01CA04	amoxicilina cápsula 500 mg
J01CA04	amoxicilina susp oral 5% mL fr 150 mL
J01CA04	amoxicilina susp oral 5% mL fra 60 mL
J01CR02	amoxicilina+ácido clavulânico cápsula 500+125 mg
J01CA01	ampicilina cápsula 500 mg
J01CA01	ampicilina sódica frasco-ampola 1 g
C08CA01	anlodipina comprimido 10 mg
C07AB03	atenolol comprimido 50 mg
A03BA01	atropina ampola 1 mL 0,25 mg
J01FA10	azitromicina comprimido 500 mg
R01AD01	beclometasona dipropionato aerossol aquoso nasal 50 mcg/dose frasco 130 doses
R03BA01	beclometasona dipropionato aerossol oral 250 mcg/dose frasco 200 doses
R03BA01	beclometasona dipropionato aerossol oral 50 mcg/dose frasco 200 doses
J01CE08	benzilpenicilina benzatina frasco-ampola 1.200.000 UI
J01CE30	benzilpenicilina procaína frasco-ampola 400.000 UI
P03AX01	benzoato de benzila emulsão tópica 25% frasco 100 mL
D04AB04	benzocaína 20% gel pote 12 g
H02AB01	betametasona acetato 3 mg+betametasona fosfato dissódico 3 mg ampola 1 mL
C10AB02	bezafibrato comprimido retard 400 mg
N04AA02	biperideno ampola 1 mL 5 mg
N04AA02	biperideno comprimido 2 mg
A06AB02	bisacodil drágea 10 mg
S02DC00	borato de 8-hidroxiquinolina 0,04% + trolamina 14% frasco 8 ml
N05BA08	bromazepam comprimido 3 mg

CÓD ATC	MEDICAMENTO
R03BB01	brometo ipratrópio sol para aerossol 0,025% frasco 20 mL
R03AC04	bromidrato de fenoterol sol para aerossol 0,5% frasco 20 ml
A03FA04	bromoprida ampola 2 mL 10 mg
R01AD05	budesonida 32 mcg aerossol aquoso nasal frasco 120 doses
C09AA01	captopril comprimido 25 mg
N03AF02	carbamazepina comprimido 200 mg
N03AF01	carbamazepina susp oral 2% frasco 100 mL
A12AA04	carbonato de cálcio 500 mg+vit D 200 UI comprimido
A12AA04	carbonato de cálcio comprimido 500 mg
N05AN01	carbonato de lítio comprimido 300 mg
M03BA52	carisoprodol 125 mg+paracetamol 300 mg+diclofenaco 50 mg+caféina 30 mg comprimido
A07BA01	carvão ativado embalagem 10 g
C07AG02	carvedilol comprimido 12,5 mg
J01DA03	cefalexina cápsula 500 mg
J01DA02	cefalexina susp oral 5 % frasco 60 mL
J01DB03	cefalotina injetável frasco-ampola 1 g
J01DA04	cefazolina injetável frasco-ampola 1 g
J01DA13	ceftriaxona IM frasco-ampola 500 mg
J02AB02	cetoconazol comprimido 200 mg
D01AC08	cetoconazol creme 2% bisnaga 30 g
D01AC08	cetoconazol xampu 2% frasco 120 mL
M01AE03	cetoprofeno E.V. frasco-ampola 100 mg
A02BA01	cimetidina comprimido 200 mg
J01MA02	ciprofloxacina comprimido 500 mg
G03HB01	ciproterona 2 mg+etinilestradiol 0,035 mg dragea
N06AA05	clomipramina comprimido 25 mg
N03AE01	clonazepam comprimido 2 mg
N03AE01	clonazepam gotas 2,5 mg/ mL frasco 25 mg
C02AC01	clonidina comprimido 0,15 mg
S01AA01	cloranfenicol sol oftálmica 0,5% frasco 5 mL
R01AX10	cloreto de sódio 0,9% e benzalcônio frasco 30 mL
N05AA03	clorpromazina ampola 5 mL 25 mg
N05AA01	clorpromazina comprimido 100 mg
N05AA02	clorpromazina comprimido 25 mg
N05AA02	clorpromazina gotas 4% frasco 20 mL
M04AC01	colchicina comprimido 0,5 mg
D02AF00	cold cream pote 100 g
J04BA02	dapsona comprimido 100 mg
P03AC04	deltametrina loção 0,02% frasco 100 mL ou permetrina loção 1% frasco 60 mL
H02AB02	dexametasona ampola 1 mL 4 mg
D07AB19	dexametasona creme 0,1% bisnaga 10g
S03CA01	dexametasona+neomicina+hipromelose pomada oftálmica bisnaga 3,5 mg
R06AB02	dexclorfeniramina comprimido 2 mg
R06AB02	dexclorfeniramina xarope 2mg/5 mL frasco 120 mL
R06AB02	dexclorfeniramina xarope 2mg/5 mL frasco 30 mL
N05BA01	diazepam ampola 2 mL 10 mg

CÓD ATC	MEDICAMENTO
N05BA01	diazepam comprimido 10 mg
M01AB05	diclofenaco ampola 3 mL 75 mg
M01AB05	diclofenaco comprimido revestido 50 mg
C01AA05	digoxina comprimido 0,25 mg
A04AD50	dimenidrinato 100 mg comprimido
A04AD50	dimenidrinato 30 mg+vit B6 50 mg+glicose 1000 mg +frutose 1000 mg ampola 10 mL
A04AD50	dimenidrinato 50 mg + vit B6 50 mg ampola 2 mL
A04AD50	dimenidrinato+vit B6 25 mg+5 mg/ mL gotas frasco 20 mL
N02BB02	dipirona ampola 2 mL 1000 mg
N02BB02	dipirona comprimido 500 mg
N02BB02	dipirona gotas 500 mg/ mL fr 10 mL
C01CA04	dopamina ampola 10 mL 50 mg
C02CA04	doxazosina comprimido 2 mg
J01AA02	doxiciclina drágea 100 mg
C09AA02	enalapril comprimido 10 mg
C09AA02	enalapril comprimido 20 mg
A06AG01	enema de fosfato frasco 130 mL
C01CA24	epinefrina ampola 1 mL 1 mg
J01FA01	eritromicina comprimido 250 mg
J01FA01	eritromicina susp oral 2,5% frasco 60 mL
A03DC00	escopolamina + dipirona ampola 5 mL 20+2500 mg
A03BB01	escopolamina comprimido 10 mg
C03DA01	espirolactona comprimido 25 mg
N03AB02	fenitoína ampola 5 mL 250 mg
N03AB02	fenitoína comprimido 100 mg
N03AA02	fenobarbital comprimido 100 mg
N03AA02	fenobarbital gotas 4% frasco 20ml
B06AA02	fibrinolisin+desoxirribonuclease+cloranfenicol pomada bisnaga 30 g
J02AC01	fluconazol cápsula 150 mg
N07CA03	flunarizina comprimido 5 mg
S02CA05	fluocinolona+polimixina b+neomicina+lidocaína sol otológica frasco 5 mL
N06AB03	fluoxetina comprimido 20 mg
R03AC13	formoterol fumarato cápsula 12 mcg
C03CA01	furosemida ampola 2 mL 20 mg
C03CA01	furosemida comprimido 40 mg
J01GB03	gentamicina ampola 1,5 mL 60 mg
G03AA10	gestodeno 0,075 mg+etinilestradiol 0,02 mg comprimido
A10BB01	glibenclamida comprimido 5 mg
A12AA03	gliconato de cálcio 10% ampola 5 mL
V04CA02	glicose ultrapura para teste tolerância à glicose pote 75 g
N05AD01	haloperidol ampola 1 mL 5 mg
N05AD01	haloperidol comprimido 1 mg
N05AD01	haloperidol comprimido 5 mg
N05AD01	haloperidol decanoato ampola 50 mg
N05AD01	haloperidol gotas 2 mg/ mL frasco 20 mL
B01AB01	heparina 5000 UI subcut ampola 0,25ml

CÓD ATC	MEDICAMENTO
B01AB01	heparina ampola 5 ml 25.000 UI
C03AA03	hidroclorotiazida comprimido 25 mg
H02AB09	hidrocortisona succinato frasco-ampola 100 mg
H02AB09	hidrocortisona succinato frasco-ampola 500 mg
S02CA03	hidrocortisona+polimixina B+neomicina sol otológica frasco 10 mL
A02AD01	hidróxido de alumínio susp oral 6,2% frasco 150 mL
N05BB01	hidroxizina solução oral 0,2% frasco 100 mL
S01XA20	hipromelose sol oftálmica 0,5% frasco 15 mL
M01AE01	ibuprofeno solução oral 50 mg/mL frasco 20 mL
N06AA02	imipramina comprimido 25 mg
A10AC01	insulina NPH 100UI/ mL frasco 10 mL
A10AC01	insulina regular 100 UI/ mL frasco 10 mL
C01DA08	isossorbida dinitrato comprimido 10 mg
C01DA08	isossorbida dinitrato comprimido sublingual 5 mg
J02AC02	itraconazol cápsula 100 mg
P02CF01	ivermectina comprimido 6 mg
C01AA06	lanatósido c ampola 1 mL 0,2 mg
N04BA02	levodopa 200 mg+benserazida 50 mg comprimido
N04BA02	levodopa 250 mg+carbidopa 25 mg comprimido
J01MA12	levofloxacina comprimido 500 mg
N05AA02	levomepromazina comprimido 100 mg
N05AA02	levomepromazina gotas 4% frasco 20 mL
G03AA07	levonorgestrel 0,15 mg+etinilestradiol 0,03 mg comprimido
G03AC03	levonorgestrel comprimido 0,75 mg
H03AA01	levotiroxina comprimido 100 mcg
H03AA01	levotiroxina comprimido 25 mcg
H03AA01	levotiroxina comprimido 50mcg
H03AA01	levotiroxina comprimido 75 mcg
N01BB02	lidocaína 2% frasco-ampola 20 mL
D04AB01	lidocaína 2% geléia bisnaga 30 g
C01BB01	lidocaína ampola 2% frasco 20 mL
C09CA01	losartan comprimido 50 mg
P02CA01	mebendazol comprimido 100 mg
P02CA01	mebendazol susp oral 2% frasco 30 mL
G03DA02	medroxiprogesterona acetato ampola 150 mg
A10BA02	metformina 850 mg (comprimido sulcado)
C02AB01	metildopa comprimido 250 mg
G02AB01	metilergometrina ampola 1 ml 0,2 mg
A03FA01	metoclopramida ampola 2 mL 10 mg
A03FA01	metoclopramida comprimido 10 mg
A03FA01	metoclopramida sol oral 4% frasco 10 mL
C07AB02	metoprolol comprimido 100 mg
P01AB01	metronidazol comprimido 250 mg
G01AF01	metronidazol geléia vaginal 500 mg/5 g bisnaga 50 g
P01AB01	metronidazol susp oral 4% frasco 100 mL
D01AC02	miconazol creme 2% bisnaga 30 g

CÓD ATC	MEDICAMENTO
G01AF04	miconazol creme vaginal 2% bisn 80 g
N05CD08	midazolam ampola 3 mL 15 mg
D06AX04	neomicina+bacitracina pomada bisnaga 10 g
C08CA05	nifedipina comprimido retard 20 mg
G01AA01	nistatina creme vaginal 25.000 UI/5 g bisnaga 60 g
A07AA02	nistatina susp oral 100.000 UI/ mL frasco 50 mL
S01AX02	nitrato de prata 1% sol oftálmica frasco 3 mL
G03AC01	noretisterona comprimido 0,35 mg
J01MA06	norfloxacin comprimido 400 mg
A06AA01	óleo mineral puro frasco 100 mL
A02BC01	omeprazol cápsula 20 mg
A02BC02	omeprazol injetável frasco-ampola 40 mg
M03BC51	orfenadrina 35 mg+dipirona 300 mg+caféina 50 mg comprimido
N02BE01	paracetamol comprimido 500 mg
N02BE01	paracetamol comprimido 750 mg
N02BE01	paracetamol gotas 200 mg/mL frasco 15 mL
D02AB00	Pasta d'água -óxido de zinco pote 50 g
C04AD03	pentoxifilina comprimido 40mg
D08AX06	permanganato de potássio comprimido 100 mg
N02AB02	petidina ampola 2 mL 100 mg
J04AK01	pirazinamida comprimido 500 mg
A11EA00	polivitaminico comprimido
A11BA	polivitaminico gotas frasco 30 mL
H02AB06	prednisolona fosfato sódico solução oral 0,3% frasco 60 mL
H02AB07	prednisona comprimido 20 mg
H02AB07	prednisona comprimido 5 mg
N01BB54	prilocaína 3% + felipressina 0,03 UI/mL tubete 1,8 mL
R06AD02	prometazina ampola 2 mL 50 mg
R06AD02	prometazina comprimido 25 mg
C07AA05	propranolol comprimido 40 mg
D02BA02	Protetor solar fps 15-30 - metoxicinamato de octila frasco 100 mL
A02BA02	ranitidina ampola 2 mL 50 mg
A02BA02	ranitidina comprimido 150 mg
J04AB02	rifampicina 2% suspensão oral frasco 50 mL
J04AM02	rifampicina 300 mg+isoniazida 200 mg cápsula
J04AB02	rifampicina cápsula 300 mg
A07CA00	sais para reidratação oral envelope 27,9 g
R03CC02	salbutamol comprimido 2 mg
R03CC02	salbutamol xarope 0,04% fr 120 mL
N06AB06	sertralina comprimido 50 mg
C10AA01	sinvastatina comprimido 20 mg
B05XA02	solução de bicarbonato de sódio 8,4% ampola 10 mL
B05XA01	solução de cloreto de potássio 19,1% ampola 10 mL
B05XA03	solução de cloreto de sódio 0,9% ampola 10 mL
B05BB01	solução de cloreto de sódio 0,9% frasco 100 mL
B05BB01	solução de cloreto de sódio 0,9% frasco 1000 mL

CÓD ATC	MEDICAMENTO
B05BB01	solução de cloreto de sódio 0,9% frasco 250 mL
B05BB01	solução de cloreto de sódio 0,9% frasco 500 mL
B05XA03	solução de cloreto de sódio 20% ampola 10 mL
B05BA03	solução de glicose 5% frasco 1000 mL
B05BA03	solução de glicose 5% frasco 500 mL
B05BA03	solução de glicose 50% ampola 20 mL
B05BB01	solução de ringer lactato frasco 1000 mL
B05BA10	solução glicofisiológica frasco 1000 mL
B05BA10	solução glicofisiológica frasco 250 mL
B05BA10	solução glicofisiológica frasco 500 mL
D06BA01	sulfadiazina de prata 1% pomada pote 100 g
J01EE01	sulfametoxazol+trimetoprima comprimido 400+80 mg
J01EE01	sulfametoxazol+trimetoprima susp oral 200+40 mg/5 mL frasco 100 mL
B03AA07	sulfato ferroso comprimido 40 mg de Fe++
B03AA07	sulfato ferroso gotas 25 mg de Fe++/mL frasco 30 mL
D01AE13	sulfeto de selênio 2 - 2,5% xampu frasco 100 ml
J01CR04	sultamicilina comprimido 500 mg
R03CC03	terbutalina ampola 1 mL 0,5 mg
S01H030	tetracaína+fenilefrina sol oftálmica 100 mg+1 mg/ mL frasco 10 mL
H03BB02	tiamazol comprimido 5 mg
B01AC05	ticlopidina comprimido 250 mg
S01ED01	timolol 0,5% sol oftálmica frasco 5 mL
D08AG03	tintura de iodo 1% frasco 30 mL
M03BX05	tiocolchicosido ampola 2 mL 4 mg
N02AX02	tramadol ampola 100 mg
N02AX02	tramadol comprimido 50 mg
S01FA06	tropicamida 1% sol oftálmica frasco 5 ml
D02AC00	valelina solida pote 100 g
G03AA05	valerato de estradiol 5 mg+enantato de noretisterona 50 mg seringa 1 mL
B01AA03	varfarina comprimido 5 mg
D02AC00	vaselina liquida bisnaga 10 g
D02AF00	vaselina salicilada 2% pote 100 g
D08AX00	violeta de genciana 0,5% frasco 10 ml
A11DB	vit B1+vit B6+ vit B12 1000 UI ampola 3 mL
S03CA00	vitamina A 10.000 UI + aminoácidos 25 mg + metionina 5 mg + cloranfenicol 5 mg pomada bisnaga 3,5 g
D03AA00	vitamina A 5.000 UI + vitamina D 900 UI pomada bisnaga 45 g
A11EA00	vitamina complexo B ampola 2 mL
A11EA00	vitamina complexo B drágea

NÍVEL 1

Medicamento	Unidade
1- Amitriptilina, Cloridrato 25 mg	Comprimido
2- Biperideno, Cloridrato 2 mg	Comprimido
3- Biperideno 5 mg/ml Inj.	Ampola
4- Carbamazepina 200 mg	Comprimido
5- Carbonato De Lítio 300 mg	Comprimido
6- Clomipramina, Cloridrato 25 mg	Dragea
7- Clorpromazina 25 mg	Comprimido
8- Clorpromazina 100 mg	Comprimido
9- Diazepam 10 mg	Comprimido
10- Fluoxetina 20 mg	Comp./Caps.
11- Haloperidol 5 mg	Comprimido
12- Haloperidol 5 mg/ ml Inj.	Ampola
13- Haloperidol, Decanoato Inj.	Ampola
14- Imipramina, Cloridrato 25 mg	Drágea
15- Nitrazepam 5 mg	Comprimido
16- Prometazina 25 mg	Comprimido
17-Tiamina, Cloridrato 300 mg	Comprimido

NÍVEL 2

1- Ácido Valpróico 250 mg	Comprimido
2- Clonazepam 2 mg	Comprimido
3- Naltrexona 50 mg	Comprimido
4- Nortriptilina 25 mg	Comprimido
5- Naltrexona 50 mg	Comprimido
6- Sertralina 50 mg	Comprimido
7- Tioridazina 100 mg	Comprimido

NÍVEL 3 – Alto Custo

1- Clozapina 25 mg	Comprimido
2- Clozapina 100 mg	Comprimido
3- Olanzapina 5 mg	Comprimido
4- Olanzapina 10 mg	Comprimido
5- Quetiapina 25 mg	Comprimido
6- Quetiapina 100 mg	Comprimido
7- Quetiapina 200 mg	Comprimido
8- Risperidona 1 mg	Comprimido
9- Risperidona 2 mg	Comprimido

Fonte: Plano Estadual de Assistência Farmacêutica na Área de Saúde Mental. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Disponível [on line] em: http://www.farma.saude.sp.gov.br/Anexos/PLANO_DOSE_CERTA_-_SAUDE_MENTAL.doc

MEDICAMENTO	FORMA FARMACÊUTICA E CONCENTRAÇÃO
Analgésicos e antipiréticos	
1 Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg
2 Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 500 mg
3 Dipirona Sódica	Solução oral(gotas) 500mg/ml frasco c/ 10ml
Antiácidos e Antiulcerosos	
4 Cimetidina	Comprimido 200 mg
5 Hidróxido de Alumínio	Suspensão oral 62 mg/ml frasco c/ 150ml
Antianêmico	
6 Sulfato Ferroso *	Comprimido 40 mg
7 Sulfato Ferroso	Solução oral gotas25 mg/ml frasco c/ 30ml
Antibacterianos	
8 Amoxicilina	Suspensão oral 250 mg/5 ml frasco c/ 60ml
9 Amoxicilina	Comprimido 500 mg
10 Benzilpenicilina Benzatina	Inj. 1.200.000 UI – framp
11 Benzilpenicilina Procaína + Potássica	Inj. 300.000UI + 100.000UI
12 Cefalexina	Cápsula 500 mg
13 Cefalexina	Suspensão oral 250 mg/5 ml
14 Eritromicina, Estearato	Comprimido 500mg
15 Eritromicina, Estearato	Suspensão oral 125 mg/5 ml frasco c/ 60ml
16 Sulfametoxazol + Trimetroprima	Comprimido 400 mg + 80mg
17 Sulfametoxazol + Trimetroprima	Susp. oral (200 mg + 40 mg) /5 ml frasco c/ 100ml
Antiemético	
18 Metoclopramida, Cloridrato	Comprimido 10mg
Antiepiléticos e ansiolíticos	
19 Diazepam	Comprimido 10 mg
20 Fenitoína	Comprimido 100 mg
21 Fenobarbital	Comprimido 100 mg
Antiinflamatório	
22 Diclofenaco Sódico	Comprimido 50 mg
Antiparasitários	
23 Mebendazol	Comprimido 100 mg
24 Mebendazol	Suspensão oral 100 mg/5 ml frasco c/ 30ml
25 Metronidazol	Comprimido 250mg
26 Metronidazol	Suspensão oral 200 mg/5 ml frasco com 100ml
27 Metronidazol	Geléia vaginal bisnaga 500 mg/5g bisnaga c/ 50g
Broncodilatadores	
28 Aminofilina	Comprimido 100mg
29 Salbutamol	Xarope 2 mg/5 ml frasco c/ 120ml
Cardiovasculares	
30 Captopril	Comprimido 25mg
31 Digoxina	Comprimido 0,25 mg
32 Furosemida	Comprimido 40mg
33 Hidroclorotiazida	Comprimido 25mg sulcado
34 Metildopa	Comprimido 250mg

35 Nifedipina Liberação Lenta	Comprimido 20mg
36 Propranolol	Comprimido 40 mg
Dermatológicos	
37 Dexametasona 0,1%	Creme 0,1% bisnaga c/ 10g.
38 Neomicina + Bacitracina	Pomada (5mg + 250UI) /g bisnaga c/ 10g.
Hipoglicemiante Oral	
39 Glibenclamida	Comprimido 5mg
Reidratante Oral	
40 Sais para reidratação oral	Pó-envelope
Vitaminas e Sais Minerais	
41 Polivitamínico	Solução oral (gotas)

Fonte: Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Disponível [on line] em: http://www.farma.saude.sp.gov.br/Anexos/DOSE_CERTA-2.0022.doc.