

1- Introdução

1- Introdução

1.1- A Conformação dos Serviços de Saúde e a Crise da Saúde.

Ao longo dos anos, no Brasil, ficou bastante evidente a influência do modelo econômico na conformação dos Serviços de Saúde.

O modelo econômico passa de um modelo agro-exportador, predominante no início do século a um modelo industrial, com forte crescimento principalmente após a 2ª Grande Guerra Mundial.

No início do século as doenças pestilentas apresentavam elevada incidência, com elevado coeficiente de mortalidade relacionado principalmente à febre amarela, varíola, tuberculose e malária.

A saúde pública da época se preocupava, portanto com as campanhas de vacinação em massa (foi à época da “polícia sanitária”), que praticamente obrigava a população à adequação às regras de vacinação, etc. Outro ponto forte era o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias, em virtude do modelo econômico agro-exportador.

Com a modificação da economia passando ao modelo industrial no pós-guerra inicia-se forte tendência e necessidade de mão de obra produtiva, ocorrendo um deslocamento do pólo dinâmico de economia para os centros urbanos,

gerando uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde.

O importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva.

Esse período vivencia uma orientação para a assistência médica individual, prestada principalmente nas Santas Casas de Misericórdia, com visão curativa. Pode-se dizer que o início do processo de industrialização estava diretamente ligado a superexploração dos trabalhadores.

MENDES, em 1994, traz um belo resgate fazendo uma incursão retrospectiva para o correto entendimento das políticas de saúde dos anos 80.

As Políticas de Saúde podem ser avaliadas nessa época em dois campos de ações: a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária, sendo a primeira destinada à população em geral, principalmente de baixa renda, atuando nas campanhas de imunização, programas de suplementação alimentar, assistência materno-infantil, controle de endemias, já a Medicina Previdenciária estava voltada para a população trabalhadora, com assistência médica individual com o objetivo de manter e elevar a força de trabalho, ou seja, medidas individuais, curativas para deixar o indivíduo apto ao trabalho, garantindo assim o desenvolvimento industrial.

Cabe ressaltar que nesse período a assistência médica individualizada se sobrepõe às medidas de saúde coletiva.

Mesmo considerando as condições de vida bastante precárias, ocorre uma melhoria significativa de vários indicadores de saúde, como aumento da expectativa de vida ao nascer e diminuição do coeficiente de mortalidade infantil.

Observa-se também uma mudança no perfil de adoecimento da população, com diminuição de doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas, demonstrando a correlação do novo padrão de trabalho com a mudança dos perfis de morbi-mortalidade da população.

A incorporação de novas tecnologias cada vez mais avançadas na assistência à saúde ocorre em todo mundo e também no Brasil. É criado um complexo médico-industrial onde o empresariado nacional está presente no fornecimento de serviços médicos e secundariamente na produção de insumos (fármacos e equipamentos); e a indústria estrangeira na produção de fármacos e suas matérias-primas, na produção de equipamentos, etc.

POSSAS, 1981, analisa que “ao articular o setor público com o privado, pela subordinação da assistência médica previdenciária à lógica da acumulação, o sistema capitalista concilia duas tendências que se manifestam em seu processo de expansão: de um lado, ao assegurar condições que facilitam a continuidade do processo produtivo, devolvendo rapidamente o trabalhador à produção, reduzindo com isso o absenteísmo; e de outro favorecendo a transformação da assistência médica em mais um setor capitalista em que a produção dos serviços médicos tem por finalidade primordial a apropriação privada dos lucros”. Esses serviços médicos passam a ganhar importância também na barganha clientelista da política de favores (acomodação de interesses políticos).

Apesar de várias críticas dirigidas ao setor público, a campanha de meningite (para combater o surto 1971-72) foi usada para mostrar a eficiência do Serviço Público de Saúde (ROCHA, L.E., 1993).

Em 1980 a 1981, com mais uma crise, no conjunto de medidas voltadas para a contenção de despesas e diante da compreensão de que a causa do déficit orçamentário residia no elevado gasto com assistência médica (29,7% do orçamento), surge a proposta das AIS (Ações Integradas de Saúde) proposta inicial de descentralização, e da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), pagando as internações hospitalares pelo custo histórico global do atendimento (procedimentos) e não pela somatória dos gastos de cada ato parcelado. As AIS institucionalizam um novo padrão de relação entre previdência social e os setores públicos de saúde, estadual e municipal, na medida em que criam mecanismos de repasse de recursos para essas instâncias que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico individual da população previdenciária; o que, aliás, já vinha acontecendo diante do crescimento da seletividade que o setor privado impunha ao atendimento dessa população.

De qualquer forma, o avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta de descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade. O que pressupõe, por certo, que o Estado em todos os níveis, assumira a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte dela, e exerça um rígido controle sobre o setor privado (período de 1983 a 1986). A partir desse contexto emerge a proposta do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Esses convênios passaram a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o comando do sistema no âmbito estadual (MINAYO, 1995).

Como ressalva, até hoje em dia as pessoas da comunidade se reportam às bases regionais das Secretarias Estaduais como SUDS.

Essa descentralização proposta, resultado principal do grande esforço do processo da Reforma Sanitária e marco da Saúde Pública, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, se apresenta antes dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, vindo de encontro ao princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e sobre o domínio do setor público, com comando único em cada esfera de poder, federal, estadual e municipal, contemplado na Constituição Federal promulgada em outubro de 1988.

Apesar do grande avanço trazido com a criação do SUS, é importante ressaltar que algumas heranças, extremamente enraizadas participam de maneira singular na constituição desse novo modelo de sistema de saúde.

A centralização na assistência médica em instituições principalmente hospitalares, o atendimento dos vários níveis de atenção numa mesma instituição, sendo muitas vezes a porta de entrada do sistema, trazendo nessa estrutura hospitalar amplo incremento tecnológico são fatores associados à excessiva especialização e a fragmentação da assistência, com indução ao uso de novas terapias, novos exames e novas tecnologias.

Permanece a herança do modelo de atenção individual, curativo, não permitindo a avaliação do contexto social onde está inserido, não priorizando o atendimento de forma integral e sem a inserção de equipes interdisciplinares envolvidas na atenção à saúde.

Fica explicitado que o “velho” modelo não é mais viável, por ser muito menos resolutivo (MENDES, 1994).

Toda essa retrospectiva é trazida à tona para discussão da grave crise que atravessa o setor da saúde acrescido pelas condições de vida atuais da população.

Numa contextualização mais ampla, essa grande crise pode ser vista, em primeiro lugar, como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades sociais no mundo, consideradas aqui as sociedades do capitalismo avançado, predominante no Primeiro Mundo, as do capitalismo dito dependente, predominante no Terceiro Mundo, as sociedades do ex-socialismo real, e o conjunto de países subdesenvolvidos do Continente africano, às vezes denominados de Quarto Mundo. Este todo forma um conjunto submetido às leis de uma economia capitalista chegada a um estágio de internacionalização e dominância completa sobre o planeta, processo este que economistas e cientistas políticos têm chamado de “globalização”.

Essa crise torna-se particularmente aguda nas sociedades onde há desigualdade social profunda, como no Continente latino-americano, gerando problemas graves de natureza sanitária, tais como: desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças (tuberculose, a hanseníase, a sífilis, a dengue) que se aliam a novas epidemias como a AIDS. Tudo isso, sem mencionar o consumo de drogas como cocaína e crack, que tem crescido em proporção maior nos países em desenvolvimento, quando comparados aos países do Primeiro Mundo (LUZ, 1997; WATANABE, 1999; OLIVEIRA, 1998).

Além disso, desenvolve-se atualmente no mundo capitalista o que sociólogos franceses têm denominado de “pequena epidemiologia do mal-estar”, ao analisarem uma síndrome coletiva que se poderia definir como biopsíquica, com grande repercussão na saúde física e mental da força de trabalho, caracterizando-se

por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral, entre outras que atingem milhões de indivíduos nas populações de quase todos os países nas grandes cidades, ocasionando uma situação permanente de sofrimento para os cidadãos, e perda de muitos dias de trabalho.

A perda de valores humanos nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço estão associados diretamente a fontes privilegiadas de *status* social e a conformação da sociedade atual.

A brusca mudança de valores nos campos mais importantes do agir e do viver humanos, sugerida ou amparada por meios poderosos de difusão cultural como a televisão, o rádio, a imprensa escrita em geral e, principalmente, a publicidade e a propaganda, que atingem pesadamente as populações em quase todo o planeta, vem causando uma situação de incerteza e apreensão quanto ao como se conduzir e o que pensar e sentir em relação a temas básicos como sexualidade, família, nação, trabalho, futuro como fruto de uma vida planejada etc. Isso tudo, vem ocasionando uma quebra de padrões nas culturas nacionais.

Cabe também ressaltar alterações significativas trazidas pelo modelo capitalista em vigor e suas relações com a saúde. Segundo LUZ, 1997, alguns aspectos devem ser destacados:

- O plano ético imediatamente ligado às práticas de Saúde, na medida em que destaca a perda ou a deterioração atual das relações com os pacientes, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações.

- O plano da eficácia institucional, no qual deve-se destacar a perda pela medicina atual, de seu papel milenar terapêutico, isto é, sua função e arte de curar em proveito da diagnose, com o avanço das ciências do campo biomédico, sem igual consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura.
- O plano corporativo, que implica não apenas a questão ética profissional em termos das relações intracategorias, como intercategorias, gerando grande competição ao invés de complementaridade.
- O plano econômico, dos custos crescentes da tecnologia diagnóstica e terapêutica.
- O plano da irracionalidade da organização do Sistema de Saúde, com graves problemas gerenciais e de organização centrada num modelo hospitalocêntrico, em detrimento das necessidades de atenção primária da população, associados à falta de definições de políticas públicas.

Todos esses aspectos estão intimamente relacionados com a questão dos medicamentos, inserindo a assistência farmacêutica nesse marco de referência.

1.2-História do Medicamento

As questões relacionadas ao medicamento são de extrema relevância, também quanto à abordagem em relação ao modelo industrial capitalista.

A indústria Química-Farmacêutica no pós-guerra atingiu um elevado nível de capitalização, tendo condições de investir pesadamente em pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos, incrementando quali e quantitativamente o arsenal terapêutico.

A introdução de novos fármacos trouxe importantes possibilidades terapêuticas, no entanto, a melhoria dos indicadores de saúde nas últimas décadas que foi atribuída à intervenção farmacológica, não se refere somente a ela, mas em primeiro lugar a outros fatores, como nutrição, condições de moradia, saneamento básico, água potável, condições de trabalho, educação, etc. É preciso examinar melhor todos os indicadores de saúde, para que se permita situar, em sua dimensão real, os efeitos atribuídos aos medicamentos (SOBRAVIME, 2001).

A Indústria Farmacêutica, por sua vez, iniciou uma intensa divulgação das Especialidades Farmacêuticas, substituindo as “antigas” farmácias e o papel do farmacêutico na equipe de saúde. Criou-se então a figura da “drogaria”, auxiliando e mantendo o grande estímulo ao consumo de medicamentos, elevando cada vez mais o caráter comercial dos medicamentos em detrimento do caráter sanitário.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), há mais de uma década, estimou que 70% do mercado mundial de medicamentos estava constituído por substâncias não essenciais, desnecessárias e até perigosas (SOBRAVIME, 2001).

A OMS identificou em 1975, a necessidade de se delinear novas diretrizes a respeito dos medicamentos e criou em 1977 a primeira lista modelo de Medicamentos Essenciais (WHO, 1977).

O medicamento, segundo LAPORTE ET AL.,1989, passou de instrumento de intervenção terapêutica, concebido para patologias e problemas de pacientes individuais ou de grupos de pacientes, que constituía um símbolo do indiscutível progresso médico, a elemento problemático, entre muitos outros que se encontram na medicina, porque as possibilidades de êxito terapêutico e preventivo, não parecem “apenas” milagrosas, mas que, além disso, devem ser submetidas a

comprovações, e porque a riqueza dos conhecimentos dos detalhes, às vezes muito sofisticados, que se acumularam nos últimos anos sobre milhares de moléculas disponíveis, tem cada dia mais a ver com a pergunta básica: qual é a relevância clínica e epidemiológica de todos esses conhecimentos?

No entanto, todo esse conhecimento e a apresentação de um imenso arsenal terapêutico “disponível” não contribuíram na mudança dos perfis de morbimortalidade, mantendo-se um padrão misto com doenças infectocontagiosas, típicas de países em desenvolvimento convivendo com moléstias crônico-degenerativas, características de países desenvolvidos.

Além dessa “disponibilidade”, outros fatores estão diretamente relacionados com a necessidade de promoção do uso correto dos medicamentos. As reações adversas a medicamentos (RAM), não se identificam prontamente: transcorreram cinquenta anos desde a introdução da amidorina na terapêutica, para a descoberta de que poderia produzir agranulocitose e trinta e nove anos desde a introdução do ácido acetilsalicílico para o conhecimento dos seus efeitos na hemorragia gastrointestinal.

A epidemia de focomelia e outras malformações produzidas pelo uso da talidomida (1960) usada em mulheres grávidas, em quase cinquenta países, contribuiu de modo categórico para despertar a consciência quanto à necessidade de definir, quantificar, estudar e prevenir os efeitos indesejáveis dos medicamentos. Desde então, os organismos regulamentadores em todo mundo começaram a estabelecer normas mais exigentes para o registro e a comercialização de medicamentos, com especial interesse quanto a sua segurança.

Posteriormente, foram planejados e se incorporaram métodos orientados para a identificação e notificação das reações adversas produzidas por medicamentos que estão no mercado, desenvolvendo-se até nova disciplina: a Farmacovigilância.

A forma pela qual os medicamentos são avaliados no momento do registro, não permite que se tenham informações totalmente seguras. Isto se deve ao fato de que a maior parte dos pacientes que participam de ensaios clínicos, antes da comercialização, fazem uso de fármacos em condições especiais, muito distintas de seu emprego cotidiano. Por exemplo, mulheres grávidas, idosos e crianças em geral, são excluídos de estudos pré-comercialização, mas estando o medicamento no mercado, ficarão expostos aos riscos presentes no consumo, (LAPORTE & TOGNONI, 1993).

Na discussão do acesso aos medicamentos, em contraposição à situação apresentada, alguns dados do início da década de 90 acenavam para um drástico contraste:

a) segundo a CEME (Central de Medicamentos - MS), 52% da população brasileira não tinha acesso a medicamentos,

b) o “mercado farmacêutico” brasileiro tinha um faturamento anual superior a três bilhões de dólares,

c) dados Comissão Central de Medicamentos Básicos da Secretaria Estadual da Saúde (CCMB) mostraram que de 40 a 60% dos medicamentos adquiridos no setor público eram perdidos,

d) pesquisas realizadas pelo MEC em Hospitais Universitários revelaram um gasto com medicamentos de três a quatro vezes superior, se

comparado com serviços semelhantes em países desenvolvidos (LAPORTE ET AL., 1989).

No fantástico desenvolvimento dos conhecimentos e da prática de farmacologia clínica que se iniciou nos anos setenta, começaram a surgir várias dúvidas: o que tudo isso tem a ver com terapêutica? O que determina o “bom uso” do medicamento, além da “indicação terapêutica” e o “bom conhecimento” da farmacocinética?

Caberia perguntar se as “populações” que usam o medicamento se encontram nas mesmas condições de prática médica que os “indivíduos” ou “grupos” nos quais o fármaco é estudado. E se as variáveis “mercado” e “médico” fossem variáveis de confusão? Caberia perguntar também se essas variáveis - “mercado” e “médico” – se inter-relacionam no modo como o fármaco interatua com as patologias. Mais ainda, como se relacionam com a compreensão ou a interpretação das patologias e das possibilidades de sua cura pela ciência médica. Além de tudo isso, seria lógico perguntar-se para que e em que medida serve o número crescente de fármacos, que por certo requer um número crescente de estudos de eficácia comparada dos diversos tratamentos em condições cotidianas reais, que com frequência complicam o controle de todas as variáveis (LAPORTE ET AL., 1989).

Todo esse contexto foi vivenciado num período de profunda crise econômica coincidente com o processo de redemocratização do País.

O entendimento das grandes mudanças como um **processo**, iniciado pelas políticas de saúde dos anos 80 começou mais recentemente. Os aspectos fundamentais da Reforma Sanitária (conceito abrangente de Saúde, criado como direito de cidadania e dever do Estado e reformulação do Sistema Nacional de

Saúde), deram origem ao Sistema Único de Saúde, que com seus princípios básicos, conseguiu iniciar modificações que pareciam impossíveis.

Atualmente existe uma grande mobilização para discussão de Política de Medicamentos, levando em consideração o impacto dos medicamentos na saúde das pessoas, na relação custo-efetividade dos gastos em saúde e na própria efetividade dos Sistemas de Saúde, mas não é possível deixar de avaliar o impacto político atrelado aos fatores de acesso e à própria mobilização da população por reivindicação de seus direitos.

Diversas alternativas vêm sendo implementadas, algumas podem ser consideradas efetivamente capazes de promover expansão no acesso da população aos medicamentos essenciais, outras com distorções que pretendem incorporar o setor privado e o da assistência médica complementar como interlocutores privilegiados.

O momento político em que o Brasil e os países da América Latina vêm atravessando pode ser considerado como extremamente delicado, pois ocorre concentração de renda cada vez maior, empobrecimento dos trabalhadores, aumento de desemprego e subemprego, exclusão social marcante e uma tendência clara em direção à seleção de clientela e a quebra da universalidade dos Sistemas de Saúde na maioria dos países da América Latina. Esta é a demonstração da entrada dos países num projeto neoliberal.

O Setor Saúde sofre cortes de financiamento constantes, não apenas no Brasil, e em contraponto, ocorre acréscimo nos preços dos medicamentos, decorrentes da incorporação de novas tecnologias e também de estratégias

mercadológicas de consumo, desvinculadas de políticas sociais (BERMUDEZ, 1999).

A Organização Mundial de Saúde coloca como grande missão, melhorar a lacuna entre o potencial que os medicamentos essenciais tem para oferecer e a realidade de milhares de pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente à questão da equidade.

O acesso, a segurança e o uso racional de medicamentos são fatores principais para discussão de políticas públicas.

A descentralização efetiva, trazida com as diretrizes do SUS, pode ser considerada um processo que caminha com todas as dificuldades de integração, hierarquização, financiamento, etc.

A Assistência Farmacêutica, nesse contexto foi pouco discutida na década de 80 e no início da década de 90, com alguns eventos e normatizações disparadoras.

Em 1988 a Organização Mundial da Saúde (OMS), convocou uma reunião em Nova Delhi para um grupo de consulta sobre o papel do Farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde, publicado em forma de relatório em 1990, com os objetivos de:

- Esboçar conhecimentos e experiências para embasar os farmacêuticos na atenção à saúde;
- Revisar a contribuição dos farmacêuticos na aquisição, controle, distribuição e uso racional de medicamentos e outras funções que desempenham em relação à saúde;

- Formular propostas relacionadas às intervenções necessárias à educação e formação continuada dos farmacêuticos e equipe de apoio, e atuação necessária para conseguir rendimento ótimo dos farmacêuticos no Sistema de Atenção à Saúde.

Este trabalho foi divulgado por representante da OPAS/OMS no Brasil com a finalidade de motivar os profissionais farmacêuticos, autoridades de saúde e universitárias para promover a ativa participação dos farmacêuticos na reforma sanitária, no desenvolvimento do SUS e na implantação de sistemas de assistência farmacêutica no sistema de atenção à saúde, contribuindo para o uso racional dos medicamentos como um dos principais instrumentos disponíveis da terapêutica e essenciais para a resolutividade dos serviços, tanto no nível primário como nos de maior complexidade.

No Estado de São Paulo, em 1989 a CCMB (Comissão Central de Medicamentos Básicos) da Secretaria Estadual de Saúde Pública a Resolução SS-01/89, estabeleceu condições mínimas para o início de um trabalho em assistência farmacêutica, para subsidiar os vários serviços públicos em âmbito estadual.

Nos últimos anos a vinculação da assistência farmacêutica às políticas públicas, torna-se cada vez mais evidente.

Em 1998 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Medicamentos, apontando como diretrizes a adoção de uma lista de Medicamentos Essenciais, a regulamentação sanitária dos medicamentos, a reorientação da assistência farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e o desenvolvimento científico e tecnológico.

Em 2001 a Secretaria Estadual de Saúde divulgou o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica.

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, Instruções Técnicas para a sua Organização, evidenciando a inserção definitiva da Assistência Farmacêutica no contexto do SUS, incorporando também em Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, em 2002, a inclusão da Assistência Farmacêutica no rol de despesas com ações e serviços constantes dos Planos de Saúde e da PPI dos estados e municípios, aprovados pelos Conselhos de Saúde e executados pelo nível de gestão respectivo.

Os Municípios então, assumindo a responsabilidade pela gestão dos Serviços de Saúde, na proposta de consolidação do Sistema Único de Saúde, passam a encontrar neste momento, subsídios teóricos para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica nesse âmbito.

Vários trabalhos da área hospitalar envolvendo Assistência Farmacêutica foram publicados mostrando a importância principalmente econômica da Administração Farmacêutica, mas não são encontradas experiências na rede ambulatorial, nas Secretarias de Saúde, apenas propostas e diretrizes, sem o “teste” da realização efetiva, (GUIA, 1996).

Analisando a região de Ribeirão Preto, pode-se notar claramente a expansão mais recente dos serviços de assistência farmacêutica. A regional de saúde da Secretaria de Estado a qual Ribeirão Preto faz parte é composta por 25 municípios. Nesta regional, em 1988, apenas um município contava com farmacêutico na equipe de saúde, recém-contratado (Ribeirão Preto). Após uma década, em 1998, sete municípios contavam com farmacêuticos na equipe, sendo que

alguns deles faziam parte da equipe de Vigilância Sanitária. No ano de 2000, ocorreram contratações em onze municípios e atualmente, em 2002, 21 municípios contam com farmacêuticos na equipe de saúde ligados a serviços de Assistência Farmacêutica.

Portanto, pretende-se neste trabalho descrever a experiência do município de Ribeirão Preto, a partir de 1988, quando efetivamente foram dados os primeiros passos no sentido da implantação da Assistência Farmacêutica, abordando os vários pontos pertinentes, contextualizando com a visão macro do Sistema de Saúde, discutindo os vários pontos conflitantes e podendo servir como subsídio crítico para a grande implantação que está sendo realizada nos últimos anos em vários municípios.

As experiências em curso, com modelos distintos e adequados às respectivas realidades devem ser discutidos, com vistas à expansão de programas efetivos, e que consigam articular as diversas esferas de governo.

1.3- O Farmacêutico no Serviço Público de Saúde

Pode-se dizer que a atuação do farmacêutico nas equipes de saúde no setor público é muito recente.

De maneira geral, na década de 80, era possível encontrar farmacêuticos nas farmácias centralizadas do INAMPS e em ambulatórios de saúde mental, que lidavam com medicamentos controlados. Dentro da própria Secretaria Estadual de Saúde, havia farmacêuticos ligados à Vigilância Sanitária, e raramente ligados à Assistência Farmacêutica, mesmo no nível central.

A inserção do profissional farmacêutico nessa área tem se dado de forma gradativa, acompanhando a evolução do Sistema Único de Saúde, porém, de forma bastante heterogênea. Apesar dos avanços, essa inserção encontra-se hoje, muito aquém das necessidades, tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo.

O Serviço de Assistência Farmacêutica atual, na Secretaria Municipal de Ribeirão Preto está ligado estruturalmente à Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico da SMS sendo composta de um nível central que atua com planejamento, programação, aquisição, armazenamento, controle, regulamentação e acompanhamento da distribuição dos medicamentos. Farmacêutico dessa Divisão, no nível central coordena a comissão de padronização de medicamentos que reavalia periodicamente a lista padronizada e participa ativamente na normatização da execução das terapias medicamentosas junto aos programas de saúde. Essa Divisão conta ainda com um laboratório de manipulação que produz principalmente medicamentos farmacopeicos, pomadas e soluções para uso nas Unidades de Saúde e lida com medicamentos homeopáticos e fitoterápicos. Na área de Apoio Diagnóstico, mantém dois laboratórios próprios ligados a análises clínicas de citologia e sorologia, que realizam principalmente os exames ligados ao pré-natal e prevenção do câncer de colo uterino, além de participar da avaliação dos laboratórios prestadores na área.

As Farmácias Distritais seguem a regionalização das UBS(s) em Distritos Sanitários mantendo a supervisão das Farmácias locais, onde os farmacêuticos que aí atuam são responsáveis por toda a informação de controle de estoque das Unidades e o treinamento das equipes sob sua supervisão, além da dispensação do medicamento, que constitui o fornecimento do medicamento com

orientação adequada, onde se faz vínculo com a clientela e é possível reavaliar condutas relativas às patologias individualmente, e colaborar com novas etapas educativas de intervenção no processo Saúde x Doença.

O Serviço de Farmácia não é um serviço isolado, portanto a integração das equipes e a participação no Projeto Político da Secretaria Municipal da Saúde, são fatores primordiais.

A cultura dos serviços de saúde não prioriza o planejamento como instrumento básico para determinar o eixo principal da linha de trabalho. As políticas devem estar escritas e ser amplamente divulgadas, também pelo fato das administrações governamentais serem curtas, descontínuas, muitas vezes deixando um hiato entre o projeto e implantação.

Participar do processo de formulação de políticas, aperfeiçoando os projetos, verificando a viabilidade de implantação e análise nas várias fases, são ações que devem fazer parte do cotidiano dos profissionais de saúde, sempre com a possibilidade de deliberação dentre os vários setores em que podem atuar e participar.

O grande avanço tecnológico das últimas décadas, responsável pela crescente introdução de novos medicamentos na terapêutica, direcionou a atuação do farmacêutico para atividades relativas ao desenvolvimento, produção em escala industrial e garantia de qualidade dos mesmos. Tal fato resultou no afastamento desse profissional das farmácias públicas e hospitalares, especialmente da dispensação de medicamentos, uma das funções que mais o caracteriza (BRASIL, 1994).

Paralelamente, em nível mundial, evidencia-se o papel do farmacêutico como profissional da área da saúde, cujas funções devem estar voltadas para o uso racional dos medicamentos, visando o bem estar da população e a redução de gastos desnecessários (CARAMONA, 1986; STORPIRTS, 1995).

A assistência farmacêutica no serviço público tem ainda um grande caminho a percorrer, devido aos vários fatores apresentados e a outros não discutidos profundamente neste texto. A necessidade de tratar esse tema com a devida responsabilidade pelos gestores de saúde é imprescindível. Para isso a qualificação do profissional farmacêutico, assumindo suas funções no gerenciamento do ciclo do medicamento, assim como na dispensação dos medicamentos é determinante.

Para o gerenciamento do ciclo do medicamento é extremamente relevante ter todo conhecimento possível da área administrativa/financeira, o acompanhamento histórico e os mecanismos de controle e financiamento para poder identificar como agir e quais as fontes que podem suprir as necessidades de medicamentos no Sistema Público de Saúde.

É imprescindível atentar para o fato que o medicamento, ao mesmo tempo em que é um insumo indispensável às ações de saúde, é um bem de consumo que objetiva lucro. Os profissionais de saúde, principalmente prescritores recebem diariamente informações comerciais, tendo acesso limitado a informações científicas objetivas e independentes, ou seja, estão sujeitos às interferências do mercado farmacêutico (BARROS, 1995).

Cabe também ao setor público propiciar ações visando garantir o uso racional dos medicamentos.

A dicotomia entre o caráter comercial x sanitário dos medicamentos afeta condutas na área de prescrição, consumo e até mesmo na área de ensino. Existe um contraponto, onde a indústria farmacêutica tem muito mais preparo em marketing do que os profissionais que atuam na rede pública de saúde, portanto deve-se priorizar ações educativas e divulgação de informações técnicas, constantemente. A atuação da Vigilância Sanitária no tocante a garantia de qualidade dos produtos tem papel fundamental para assegurar todo esse processo educativo.

O primeiro objetivo do trabalho farmacêutico é garantir o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde aos medicamentos agindo no sentido de promover a eficiência dos serviços, modificando o perfil de perdas tão evidenciado ao longo da história da distribuição de medicamentos na rede pública, para tanto, o papel do Farmacêutico foi fundamental em todo o caminho que leva a esse acesso. Após algumas avaliações fica muito claro que as falhas em alguns níveis de atenção espelham claramente a correlação existente entre o serviço de Farmácia e a equipe de Saúde.

A área de recursos humanos seria a principal área de atuação para melhoria do trabalho farmacêutico. Essa priorização já deveria fazer parte de um projeto da SMS, pois não é possível desenvolver projetos em que a equipe não esteja participando.

Pôde-se identificar nesse período, analisando a retrospectiva apresentada neste estudo, que o serviço de saúde público foi muito ampliado sem o acompanhamento técnico-político da equipe de saúde como um todo. Há um grande desequilíbrio de circulação de informações entre os vários níveis de atenção, dificultando ainda mais a aplicação de novos projetos e diretrizes.

A inserção de profissionais farmacêuticos na rede municipal ainda não é tão evidenciada, apesar de todos os esforços profissionais. O modelo hegemônico permanece fortalecido. Existe grande dificuldade de aplicar na íntegra os princípios do SUS, tão apregoados pelos sanitaristas que como a autora e muitos idealistas na saúde pública, acreditam ser um dos melhores sistemas de saúde do mundo.

Os tropeços do SUS, como a dificuldade de integração das três esferas de governo, as questões de financiamento, o sistema de referência e contra-referência, extremamente falho e a dificuldade na gestão participativa, algumas vezes conseguem desmotivar os trabalhadores de saúde.

Muitos passos já foram dados e muitas vezes não se consegue visualizar outros pontos de extrema relevância no entendimento da construção de um Sistema de Saúde e a importância das estruturas culturais, políticas e econômicas nessa construção.

O Farmacêutico no serviço público é um dos elos de ligação com todos os atores envolvidos no processo de saúde e doença, além de ser o profissional que se destaca na inter-relação entre o nível técnico e o administrativo, podendo subsidiar significativamente o processo de gestão da saúde.

A área de saúde pública está ainda sendo desbravada.

Passando a conhecer todo esse contexto, o trabalho farmacêutico, iniciando em um Município tinha tarefas muito difíceis. A primeira idéia era mostrar que era possível mudar o perfil de acesso da clientela do serviço público aos medicamentos e alterar significativamente os padrões de perdas e gastos desnecessários, para num segundo momento, efetivar Assistência Farmacêutica * no seu conceito amplo, segundo a Política Nacional de Medicamento (PMN, 1998).

*Assistência Farmacêutica é um grupo de atividades relacionadas ao medicamento, destinadas a apoiar ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (Portaria GM nº 3916/98 – Política Nacional de Medicamentos).

Até 1988, Ribeirão Preto não tinha farmacêutico nos serviços de atenção básica e essa era a realidade local, regional, estadual e nacional.

O farmacêutico inserido no sistema iniciou a difícil tarefa de conquistar espaços, que na verdade nem estavam criados, e demonstrar que é possível realizar ações que muitas vezes parecem simples, mas que não são executadas por nenhum outro profissional. A conquista desse espaço, muitas vezes leva a uma sobrecarga de trabalho e dedicação exigida de forma desequilibrada entre as várias categorias profissionais, não obstante a esses fatores, enriquece as conquistas e solidifica o trabalho de fato.

A construção das equipes de trabalho, com diretrizes claras tornam as tarefas mais especiais e trazem a motivação do ideal de trabalho mais próxima ao dia a dia de todos os trabalhadores da saúde.

Este estudo propõe-se a explicar a história do desenvolvimento do serviço farmacêutico no serviço público municipal de saúde e demonstrar os resultados alcançados, nesse trabalho.

2-Objetivos

2- Objetivos

- Analisar os fatores do desenvolvimento do trabalho do farmacêutico na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.
- Analisar o impacto do processo de descentralização da Assistência Farmacêutica.
- Analisar o impacto do custo dos medicamentos nos gastos com saúde.
- Analisar a tríade SERVIÇO DE SAÚDE, MEDICAMENTO, E FARMACÊUTICO na estruturação e desenvolvimento da assistência municipal no SUS.

3-Materiais e Métodos

3- Materiais e Métodos

O presente trabalho está baseado no estudo qualitativo de análise documental da implantação da Assistência Farmacêutica em Ribeirão Preto - na Secretaria Municipal da Saúde - correlacionado às situações políticas que envolveram a expansão do Sistema Único de Saúde e a conseqüente descentralização e assunção da gestão da Saúde pelos Municípios, compreendendo o período de 1988 a 2001.

A proposta desse estudo é discutir detalhadamente os fatores ligados à Questão do Medicamento na Rede Municipal de Saúde. Para elucidação da conformação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica serão estudados os seguintes tópicos:

- 1) A Gestão do Sistema de Saúde em Ribeirão Preto.
- 2) Assistência Farmacêutica – Diagnóstico Inicial - 1988 e Primeiras Atividades.
- 3) Assistência Farmacêutica Pré-Municipalização, 1989 a 1995.
- 4) Padronização de Medicamentos.
- 5) Aquisição de Medicamentos.
- 6) Recursos Humanos, a inserção do profissional Farmacêutico na Equipe de Saúde.

7) Perfil de Consumo e Gastos com Medicamentos após a Municipalização, 1996 a 2001.

No estudo do Tópico 1, foram utilizados dados dos Convênios de Municipalização para analisar o tipo de gestão em cada período.

O Tópico 2, tem como pano de fundo o ano de 1988, quando da contratação do primeiro farmacêutico a integrar a equipe de saúde do município de Ribeirão Preto e aborda o cenário da Política de Medicamentos das três esferas de governo, federal, estadual e municipal. Para a elaboração desse Tópico foram utilizados os relatórios anuais e projetos iniciais da farmácia da Secretaria Municipal de Saúde, disponíveis na Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico (DFAD) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-RP). Para a identificação dos medicamentos disponíveis, assim como a forma de aquisição foram utilizados dados do Sistema Informatizado da CODERP, nº 2043 e 2044 de controle de estoque. Para a comparação com os fatos regionais no âmbito Estadual, foi utilizado o Plano de Ação para 1989, do SUDS-R50; já na esfera federal, foi realizado um levantamento de referências que abordam a instituição do Programa Farmácia Básica da CEME.

Para o Tópico 3 - a identificação dos medicamentos disponíveis, assim como a forma de aquisição - foram obtidas do Sistema Informatizado da CODERP, nº 2043 e 2044 de controle de estoque, de 1989 a 1990. De 1991 a 1994, os dados foram obtidos das planilhas manuais arquivadas na DFAD-SMS-RP, sendo digitadas para o cálculo do número anual de unidades de medicamentos dispensados. As comparações com a RENAME foram feitas através do Memento Terapêutico CEME, 1989/1990. Não foram encontrados dados em relação ao ano de 1995.

Especificamente em 1993 havia uma planilha, digitada no Núcleo de Informática SMS-RP contendo dados físicos e financeiros do período de janeiro a julho de 1993. Os valores apresentados, físicos e financeiros foram obtidos através da média mensal calculada nos sete meses citados e extrapolados para doze meses. O valor gasto com Saúde no mesmo ano foi obtido através da Divisão de Finanças SMS-RP.

Com relação ao Tópico 4, foram utilizadas as Resoluções Internas e Portarias de nomeação da Comissão de Padronização de Medicamentos; Resolução Interna nº 16/89, Resolução Interna nº 12/90, Resolução Interna nº 05/97, Portaria SMS-RP nº 343/99 e Portaria SMS-RP nº 40/01. Foram utilizados também os documentos encontrados da DFAD da SMS-RP, arquivados com este subtítulo e os livros ata das reuniões da referida comissão.

Para o Tópico 5, foram utilizados os modelos de editais de licitações e os documentos referentes a compras de medicamentos, arquivados com este subtítulo na DFAD da SMS-RP. Foram utilizados também os relatórios de tempo de aquisição, desenvolvidos pelos profissionais farmacêuticos da SMS, a Lei nº8.666/93 e os comentários sobre a legislação que regulamenta as licitações em B.T. FILHO, 2001.

Para o Tópico 6, foram utilizados os relatórios de Servidores ativos, por função, com respectivos períodos de admissão, da Divisão de Gerenciamento de Pessoal da SMS-RP e os Relatórios de Funcionamento da Rede Municipal da Saúde no Período de 1992 a 2001, da Divisão de Planejamento em Saúde da SMS-RP. Outros materiais utilizados neste Tópico foram a Resolução Interna nº 18/90, que dispõe sobre a criação da Comissão de Controle de Qualidade de Esterilização e

Desinfecção de Materiais e os Relatórios RC 2091 CODERP, de Apropriação de Custos de 1989 a 1991, para o levantamento das Unidades de Saúde do período.

Para o Tópico 7 foram utilizadas as planilhas dos consumos mensais de todos os medicamentos disponíveis anualmente na DFAD da SMS, calculando-se o consumo total anual referente ao período de 1996 a 2001. Os valores unitários de cada medicamento foram calculados a partir dos relatórios de referência anual RC2045, balancete físico/financeiro, do programa RC20 gerenciado pela Companhia de Desenvolvimento de Ribeirão Preto, CODERP. Esse cálculo foi feito dividindo-se o valor total anual (financeiro) gasto com cada medicamento, pela quantidade total de entrada anual (físico) de cada medicamento. Os valores totais anuais foram calculados multiplicando-se as quantidades anuais consumidas pelo valor unitário calculado.

O total de unidades dispensadas foi obtido através da soma de todos os medicamentos, conceituando unidade como a menor unidade de dispensação possível (comprimidos, frascos, tubos, etc). Esse procedimento foi adotado de forma padrão para todos os anos do período estudado.

Os dados foram lançados em planilhas anuais de 1996 a 2001. Para o cálculo dos valores dos medicamentos repassados pelas fontes estadual e federal, foram subtraídos dos valores totais anuais, os valores gastos exclusivamente pelo município (relatórios disponíveis para a contabilidade da Secretaria Municipal da Fazenda), obtidos do balancete físico/financeiro RC2045 – CODERP, excluindo desse relatório, os produtos de laboratório e outros materiais diferentes de medicamentos, mas que fazem parte da distribuição da DFAD da SMS-RP.

Critérios de exclusão:

Não participaram deste estudo os medicamentos vinculados aos programas de tuberculose, hanseníase e medicamentos utilizados pela Divisão de Vigilância Epidemiológica para controle de doenças de notificação compulsória e controle de endemias, por apresentarem uma série de relatórios vinculados à prestação de contas à Secretaria de Estado no âmbito Regional (DIR XVIII), relatórios estes diferentes dos relatórios utilizados neste estudo, inclusive com prestação de contas por lotes de cada medicamento, dificultando a inserção dos dados. Estes medicamentos estão ligados estrategicamente ao Ministério da Saúde e atendem 100% da demanda da rede municipal. Não fizeram parte desse estudo também os medicamentos produzidos pelo Laboratório de Manipulação da DFAD-SMS-RP que não fazem parte da aquisição tradicional.

Foram excluídos também os medicamentos antiretrovirais, cuja dispensação foi descentralizada e assumida pela Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico em novembro de 2000, o que dificultaria a comparação dos dados, devido ao impacto causado pelo alto custo dos antiretrovirais, em comparação aos demais medicamentos estudados.

Para determinação dos valores gastos com saúde em Ribeirão Preto, foram utilizados relatórios da Divisão de Finanças da SMS-RP, correlacionando todos os valores gastos no período de 1996 a 2001 (gasto municipal e gasto federal). A esses valores foram acrescidos os valores repassados em medicamentos, pelas fontes estadual e federal.

Para avaliação do consumo e gastos, por categorias, os medicamentos padronizados foram subdivididos em grupos seguindo a classificação da RENAME.

- **Antiinfeciosos e Antiparasitários:** antibacterianos, antifúngicos, antivirais (exceto antiretrovirais) e antiparasitários.
- **Antidiabéticos:** antidiabéticos orais e insulinas.
- **Cardiovasculares:** antianginosos, antiarrítmicos, anti-hipertensivos, cardiotônicos, diuréticos e hipolipemiantes.
- **Saúde Mental:** medicamentos que agem no sistema nervoso central, como anticonvulsivantes, antidepressivos e antimaníacos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, hipnóticos e sedativos.
- **Saúde da Mulher:** hormônios sexuais.
- **Analgésicos e Antiinflamatórios:** analgésicos não opióides e antiinflamatórios não esteroidais.

Os grupos a seguir não seguem a classificação da RENAME.

- **Medicamentos de Urgência e para Uso na Unidade:** injetáveis para uso em situações de urgência e emergência, assim como os medicamentos para aerosol e para curativos, utilizados internamente.
- **Outros,** nesse subgrupo, entraram todos os medicamentos não classificados anteriormente.

A relação nominal dos subgrupos, encontra-se no ANEXO 1.

Para determinação dos gastos com medicamentos por habitante, foi utilizada a base de dados constituída no estudo e o número de habitantes por ano foi obtido da fonte DATASUS.

Para melhor entendimento de todo estudo, a seguir serão apresentados: a caracterização do município; a estrutura do Serviço de Saúde; e a estrutura do Serviço de Farmácia da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

3.1- Caracterização do Município de Ribeirão Preto.

3.1.1-Localização

Ribeirão Preto situa-se no Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios: ao sul, Guataporã; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste, Brodósqui.

A principal via de acesso ao município é através da Via Anhangüera (SP 330), uma rodovia de pista dupla, que o liga à capital, Campinas e Triângulo Mineiro.

Além desta rodovia, o município conta, ainda, com mais um conjunto de 5 rodovias ligando-o à Franca, Sertãozinho, Araraquara, Cajuru etc., ou seja, localiza-se em um entroncamento rodoviário que possibilita acesso fácil para diferentes regiões do Estado e do país.

O município ocupa uma área de 652 Km² e se caracteriza por apresentar um clima tropical úmido, com temperaturas médias máximas de 29,7° no verão e mínimas médias de 12,9° C no inverno (Secretaria Municipal da Saúde – Divisão de Planejamento, 2001).

3.1.2- Demografia

Com 514.160 habitantes segundo o DATASUS, 2001, o município de Ribeirão Preto se encontra entre os maiores do Estado de São Paulo e do Brasil.

O município apresentou elevadas taxas de crescimento demográfico nas últimas décadas, situando-se sempre acima da média estadual, levando assim a um aumento de sua participação em relação ao Estado de São Paulo. Este desempenho se deve aos fluxos migratórios atraídos pelo dinamismo econômico do município e sua elevada qualidade de vida.

A estrutura etária da população do município é semelhante a do Estado de São Paulo com uma forte concentração de pessoas na fase produtiva da vida (15 a 64 anos), principalmente no estágio inicial e intermediário da vida profissional. Outro fator importante que merece ser destacado está relacionado à elevada taxa de urbanização, com cerca de 99% da população vivendo na área urbana.

3.1.3- Infra-estrutura Social

O município de Ribeirão Preto apresenta bons indicadores para o conjunto da chamada infra-estrutura social, além de apresentar elevados níveis de renda. Este conjunto de fatores faz com que a cidade apresente um dos melhores padrões de vida, tanto no estado como no país.

Essa avaliação se concentra em três aspectos da condição de vida: a renda, avaliada de acordo com a renda per capita, estimada em cinco mil dólares. A educação conta com ampla rede educacional que vai do ensino básico ao universitário. Como pólo universitário, a cidade atrai muitos estudantes da região, principalmente no ensino superior. Com mais de 110.000 jovens matriculados nos ensino fundamental e médio, nem por isso apresenta superlotações, sendo que a

relação aluno por docente é de 25,2 no ensino fundamental e de 19,2 no ensino médio. Estes bons indicadores fizeram com que Ribeirão Preto ocupasse a 14ª posição entre os 4.491 municípios brasileiros pesquisados pelo PNUD/PEA para a elaboração do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, no critério de Vida-Educação. Em relação ao Estado de São Paulo, Ribeirão Preto ocupou a 5ª posição em um universo de 572 municípios.

Em relação à saúde, alguns indicadores são bastante positivos. O índice Swaroop e Uemura para o ano de 2000 foi de 70,4%, semelhante aos de países desenvolvidos, caracterizando um bom nível de vida da população, o que também coincide com o indicador de qualidade de saúde proposto por Nelson Moraes – Curva de Mortalidade Proporcional. O tipo de Curva de Nelson Moraes encontrada corresponde ao tipo IV e indica um nível elevado de saúde, pois registra a maior proporção de óbitos ocorrendo na faixa etária acima de 50 anos (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2001).

3.1.4- Aspectos Econômicos

Ribeirão Preto é um importante centro de uma rica região agroindustrial. A agroindústria está centrada hoje na produção de açúcar, álcool, laranja e café, contando o município com um forte comércio e uma rede de serviços públicos, de educação e de serviços de saúde que o caracterizam como o mais importante centro da região. Apresenta um baixo índice de industrialização quando comparados a outras regiões do mesmo porte.

Conta ainda com a presença de alguns setores industriais relevantes, como o de equipamentos médico-odontológicos e farmacêuticos.

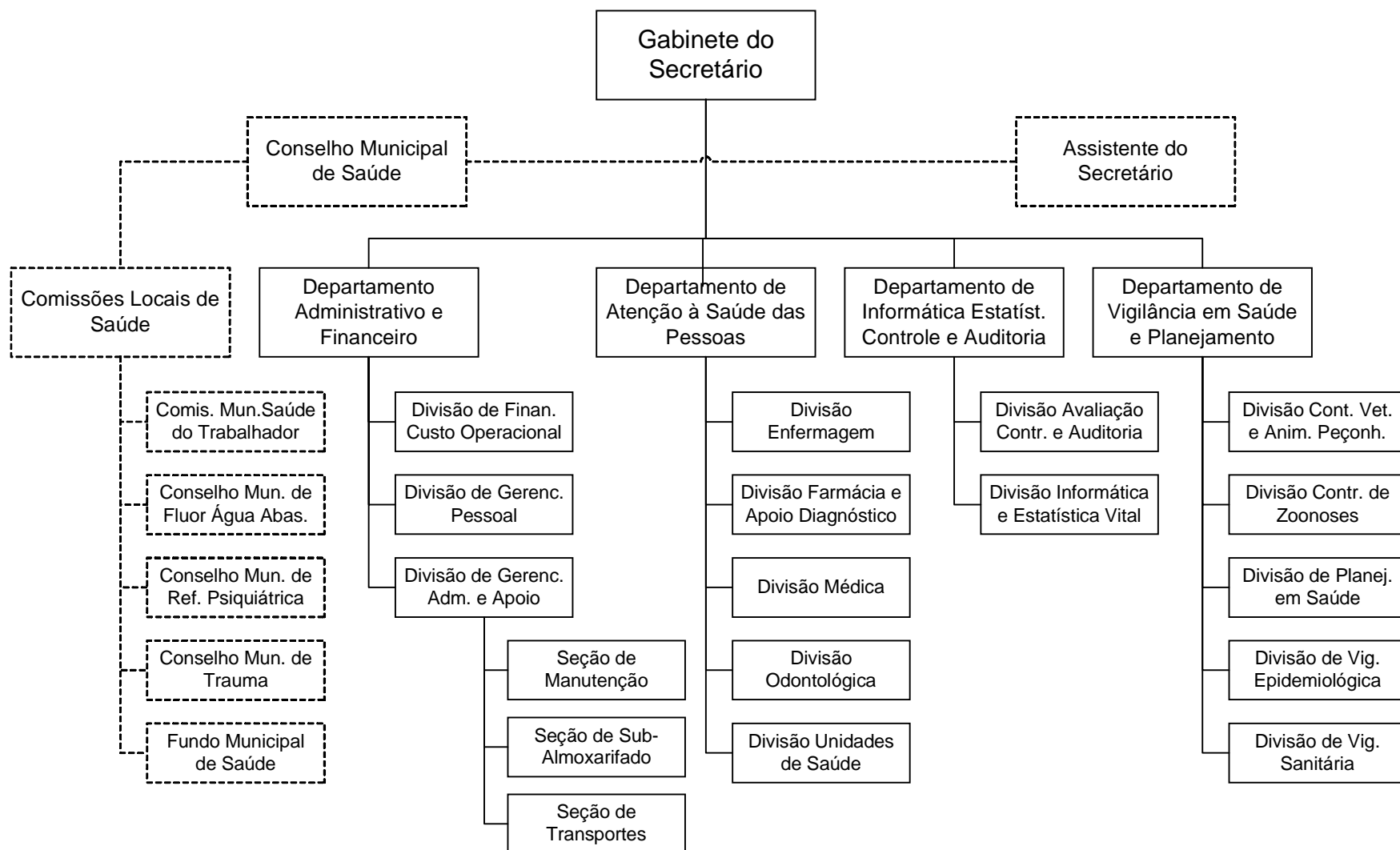
3.1.5-Estrutura do Setor Saúde

O setor saúde do município é constituído por ampla rede ambulatorial, hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, oferecidos por serviços privados (filantrópicos e lucrativos) e públicos (estaduais e municipais).

A estrutura hospitalar é composta por doze hospitais, sendo um hospital geral universitário estadual, dividido em duas unidades, Unidade Campus da USP e Unidade de Emergência, um hospital especializado público estadual psiquiátrico, cinco hospitais gerais privados com fins lucrativos, três hospitais gerais filantrópicos e dois hospitais especializados filantrópicos (obstetrícia e fisiologia), sendo que apenas três não são contratados ou conveniados ao SUS. Dispõe aproximadamente 2.800 leitos gerais com movimentos de 100 mil internações por ano.

3.1.5.1- Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal da Saúde

Através da Lei Complementar nº 826 de 22 de Janeiro de 1999, que dispõe sobre a Organização Administrativa da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, a Secretaria Municipal da Saúde passou a ser constituída dos seguintes órgãos demonstrados através do organograma que se segue:



3.1.5.2-Organização da Assistência na Secretaria Municipal da Saúde

A rede municipal de saúde está estruturada com cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDSs), vinte e sete Unidades Básicas de Saúde (UBSs), um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), um Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes (NAPSF) e um Ambulatório Regional de Saúde Mental, um Centro de Referência em Moléstias Infecciosas que engloba o Centro de Testagem e Aconselhamento e cinco Núcleos de Saúde da Família do PSF, conforme demonstrado no Quadro 1, os Distritos de Saúde e suas respectivas unidades de saúde:

Quadro 1- Distritos de Saúde com suas respectivas unidades - Ribeirão Preto – 2001

Distrito Central UBDS “Dr. João Baptista Quartin”	UBS “Nelson Barrionovo” (Campos Elíseos) CSE “Prof. Dr. ^a Maria H. O. Duarte” (Vila Tibério) Núcleo de Saúde da Família II UBS “Dr. ^a Wilma Delfina de O. Garotti (Vila Tibério) UBS “Mamoro Kobayashi “(Bonfim Paulista)
Distrito Norte Simioni UBDS “Alexander Fleming”	UBS “Zeferino Vaz “ (Quintino Facci I) UBS “Maurício Rocha e Silva” (Quintino Facci II) UBS “Mário R. de Araújo” (Valentina Figueiredo) UBS “Albert Sabin” (Marincek) UBS “Oswaldo Cruz” (Vila Mariana) UBS “Dr. Romulo Ribeiro da Costa” (Aeroporto)
Distrito Sul Vila Virgínia UBDS “Dr. Marco Antônio Sahão”	UBS “Dr. Luiz P. T. Cabral “ (Adão do C. Leonel) UBS “Waldemar Barnsley Pessoa” (Pq. Rib.Preto) UBS “Dr. José Carlos Say” (Jdm Maria das Graças)
Distrito Oeste Sumarezinho UBDS “Dr. Joel Domingos Machado” CSE Cuiabá	UBS "Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes" (Presidente Dutra) UBS “Álvaro Panazzolo” (Vila Albertina) UBS “Adalberto Teixeira Andrade” (Vila Recreio) UBS “Rubens L. Nicoletti Filho” (José Sampaio) UBS “Aymar Batista Prado” (Dom Mielle) UBS "Ernesto Che Guevara” (Maria Casagrande) UBS - Ipiranga CSE – Ipiranga CMSC – Vila Lobato Núcleos de Saúde da Família I, III, IV e V.
Distrito Leste Castelo Branco UBDS “Dr. Ítalo Baruffi”	UBS “José Paulo Pimenta de Mello” (Jardim Zara) UBS “Carlos Chagas” (Vila Abranches) UBS “Dr. Rubens Issa Halak ” (Jardim Juliana) UBS “José Ribeiro Ferreira” (São José) UBS “Hélio Lourenço de Oliveira” (Santa Cruz)
Saúde Mental	NAPS I “ Dr. Cláudio R. C. Rodrigues “ – Região Central Ambulatório Regional de Saúde Mental NAPS F p/ Alcoolistas e Farmacodependentes
Ambulatório Regional de Especialidades	NGA-59 (Núcleo de Gestão Assistencial) Ambulatório de Especialidades Pediátricas- PAM-II - “Dr. ^a Terezinha Gradim” Centro de Referência “Dr. José Roberto Campi”

3.1.5.3- Diagnóstico Gerencial

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado a partir da Constituição de 1988, preconiza o desenvolvimento da atenção integral à saúde, garantindo acesso universal e igualitário a toda população. O SUS adota a descentralização das ações de saúde como uma estratégia de implementação da nova política de saúde, delegando aos estados e principalmente aos municípios, a incumbência de gerir o sistema, implicando em todo o planejamento das ações a nível local e participação no processo de regionalização, garantindo acesso hierarquizado em todos os níveis de atenção.

A assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde de acordo com as orientações da Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS/SUS/01/2001 implica em conhecimento apurado da realidade epidemiológica do município nas diversas áreas de atuação do setor saúde para que o planejamento das ações possa realmente contemplar as necessidades dos usuários do SUS, embasar os estudos e estratégias de atuação da Secretaria Municipal da Saúde e permitir a reorganização do sistema de atenção com melhora de acesso e da qualidade dos serviços prestados, propiciando aumento da resolutividade. Na proposta da NOAS faz-se necessário a integração nesse contexto do Plano Diretor de Regionalização, cuja responsabilidade de elaboração cabe ao Estado e que define conceitos para organização da atenção à saúde. Dentro do processo de regionalização, Ribeirão Preto propôs-se a assumir a condição de pólo assistencial constituindo-se referência para municípios da DIR XVIII, segundo pactuação prévia, em todos os níveis de atenção, (WATANABE, 1999; NOAS/01/2001).

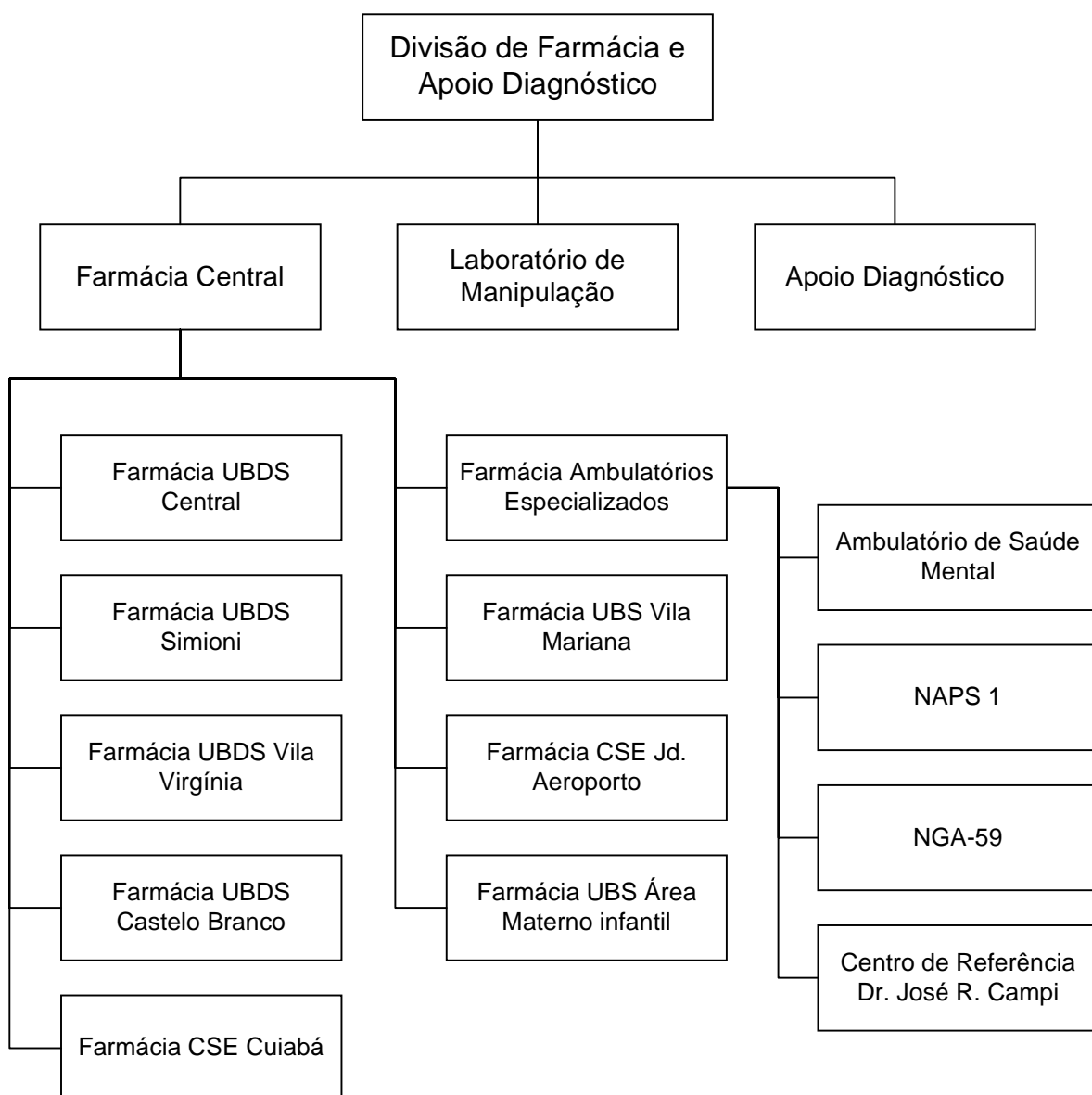
No âmbito local, a Secretaria Municipal da Saúde trabalha no sentido da reorientação do modelo assistencial com intenção de mudança do modelo tradicional já bastante discutido. Essa nova proposta está baseada na reorganização da atenção básica, tendo a família e seu território como alvos essenciais, com aumento da responsabilização pelas equipes de saúde, o planejamento ascendente, o que implicará na necessidade de um sistema eficaz de referência e contra-referência dos vários níveis de atenção e interface com outros setores sociais na solução dos problemas identificados, na busca de assistência eficiente e melhoria da qualidade de vida da população, (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2001).

3.2- Estrutura do Serviço de Farmácia e Apoio Diagnóstico da Secretaria Municipal da Saúde.

O trabalho farmacêutico iniciou em 1988, sendo designado setor de farmácia em 1989, de maneira informal e foi vinculado à estrutura de Programa de 1990 a 1995. Com a reforma administrativa subsidiada na Lei Complementar nº528 de 04 de janeiro de 1996, foi criado o Departamento de Farmácia e Apoio Diagnóstico, vinculado diretamente ao Secretário da Saúde e permaneceu nessa estrutura de janeiro de 1996 a janeiro de 1999, quando nova reforma administrativa foi estabelecida através da Lei Complementar nº 826 de 22 de Janeiro de 1999, por determinação política de redução de número de cargos, tendo em vista a dificuldade financeira enfrentada pela Prefeitura na época. Cabe ressaltar que a maioria das Secretarias reorganizou suas necessidades em organogramas funcionais e a Secretaria da Saúde efetivamente fez a diminuição

proposta, elaborando um organograma menos funcional que o anterior. O Serviço de Farmácia então, tornou-se uma Divisão, ligada ao Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas, juntamente com as Divisões Técnicas, Programas de Saúde e Unidades de Saúde.

Segue a disposição da estrutura de serviços ligadas à Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico.



4-Resultados

4- Resultados

4.1- A Gestão do Sistema de Saúde em Ribeirão Preto.

O município de Ribeirão Preto foi um dos municípios que participou do convênio AIS, em 1983-1986, quando iniciou ações com vistas à atenção primária. Até então o município realizava consultas em serviços de pronto-atendimento; o INAMPS realizava consulta médica para os segurados nos postos de assistência médica (PAM) e em ambulatórios especializados e a Secretaria de Estado realizava atendimento através de programas de saúde (Saúde Materno-Infantil, Tuberculose, Hanseníase, etc) nos centros de saúde, além das ações de vigilância epidemiológica no controle das doenças de notificação compulsória e doenças endêmicas.

As AIS institucionalizaram um novo padrão de relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde, estado e município, na medida em que criaram mecanismos de repasse de recursos federais para essas instâncias, que passaram a ser responsáveis pelo atendimento, inicialmente médico, da população.

Em 1987 iniciou-se a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), através da realização de convênios do Ministério da Saúde com Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais.

A descentralização como diretriz fundamental é constitucionalmente garantida na Constituição de 1988 e regulamentada através da Lei Orgânica da Saúde em 1990.

Em 1993, segundo ROCHA, ocorre significativa redução de investimentos federais no Sistema Único de Saúde e Ribeirão Preto, deixou de receber, devido aos cortes nas faturas mensais, em torno de 800 mil dólares no período de janeiro a setembro de 1993; mesmo assim, através do trabalho de décadas, Ribeirão Preto destacou-se no tocante ao desenvolvimento de recursos humanos (médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, etc), e institucionais (hospitais, clínicas, faculdades, laboratórios e importantes indústrias na área de saúde), que fizeram seu renome nacional e internacional na área da saúde.

Com a Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/93, em 1994, o município assume a Gestão Incipiente, mantendo ainda pouca responsabilidade sobre o sistema, e passa em 1995 para a forma de Gestão Semi-Plena, assumindo completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços. Nessa pactuação, os municípios que num primeiro momento assumiram essa pactuação, receberam um maior aporte de recursos, pois a divisão foi feita através de levantamento de série histórica de faturamento de procedimentos. Ribeirão Preto apresentava um sistema de informações em saúde avançado, com relação à produção própria, além de concentrar ações por ser pólo regional, (PEREIRA,1999).

Em 1998, com a Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96 (Ministério da Saúde, 1997), ocorre a assunção da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, alicerçada pela maior interferência do gestor estadual, que tem a responsabilidade de mediar a incorporação da Programação Pactuada Integrada

(PPI), visando garantir o atendimento dos serviços de referência aos não residentes do município.

4.2-Assistência Farmacêutica - Diagnóstico Inicial – 1988 e Primeiras Atividades

O início do trabalho farmacêutico na Secretaria Municipal da Saúde deu-se em 1988, no período das AIS (Ações Integradas de Saúde), quando os primeiros passos da descentralização foram dados, como foi descrito em tópico anterior.

A contratação de farmacêutico, que ocorreu em junho de 1988, deu-se no momento em que havia definição política da Secretaria Municipal da Saúde em iniciar um trabalho alicerçado em equipes multiprofissionais, com proposta de mudança de modelo assistencial, até então baseada em consultas médicas em pronto atendimento.

Foi fundamental nessa contratação, a participação da Associação Farmacêutica de Ribeirão Preto (AFARP), que conseguiu agregar à Secretaria Municipal da Saúde discussões sobre a real necessidade de profissional devidamente habilitado para “cuidar” da área de medicamentos, num momento em que a Secretaria passava a comprar medicamentos com o objetivo de implementar ações inovadoras de saúde com proposta de mudança, onde se descentralizavam ações programáticas em relação ao controle de doenças epidemiologicamente importantes e prioritárias.

Faz-se necessário, para o entendimento desse processo, uma breve discussão sobre a situação do medicamento no Brasil. Neste mesmo momento configurava-se no cenário nacional, a constituição do Programa Farmácia Básica da CEME.

Um dos argumentos mais usados nas campanhas contra a desnacionalização foi a questão da segurança nacional, emergindo em 1971 uma política que parece constituir-se no esforço mais integrado do governo brasileiro para interferir na questão dos medicamentos: a criação da CEME e o Plano Diretor de Medicamentos (GIOVANI, 1980).

A CEME (Central de Medicamentos) foi criada em 25 de junho de 1971 pelo decreto 68.806, tendo duas vertentes principais como objetivos: 1) promover e organizar as atividades de assistência farmacêutica, dando acesso aos medicamentos a uma camada da população de baixo poder aquisitivo; 2) o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e laboratórios pilotos. Entre os objetivos específicos, ressalta-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (BERMUDEZ, 1995).

A indústria farmacêutica estava alicerçada em dois estágios iniciais, onde ocorre a produção: farmacotécnica/control de qualidade e marketing. No entanto, o estágio de pesquisa e desenvolvimento foi e continua sendo realizado nos

países desenvolvidos (onde se encontram as matrizes), tornando o Brasil país, grande e perene importador de matérias-primas e tecnologia.

Para quem iniciava o trabalho farmacêutico nos municípios, a CEME soava como um grande laboratório produtor de medicamentos, no entanto, de concreto, era um serviço de compra e distribuição de medicamentos.

O governo tornou-se um grande comprador de medicamentos (através da CEME), que de certa maneira, propiciava à produção privada (indústrias farmacêuticas multinacionais e transnacionais), condições para a obtenção de economias de escala, redução e dispensa de despesas relativas à propaganda médica e publicidade.

A política de medicamentos desenvolvida através da CEME pareceu atuar no sentido de uma articulação para acomodar os interesses das indústrias de capital nacional com os interesses das de capital estrangeiro, ao mesmo tempo em que se ampliava o mercado, expandindo o consumo de medicamentos para camadas de baixa renda (CONSEDEY ET AL., 2000).

Apesar da criação da CEME ter sido em 1971, a criação efetiva de programa para distribuição de medicamentos básicos deu-se em 1987, entrando em operacionalização o Programa Farmácia Básica, que foi uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde (BERMUDEZ, 1992). Idealizou-se como um módulo padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que permitia o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial. Esse módulo padrão (pacote) foi planejado para atender as necessidades de três mil pessoas por

seis meses, contando inicialmente com 48 medicamentos, chegando a 60 após a inclusão de medicamentos de uso contínuo. A RENAME foi instituída em 1975 pela Portaria nº 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com proposta de ser periodicamente revisada, (BERMUDEZ, 1995).

A RENAME era um instrumento estratégico da Política Nacional de Medicamentos. Técnicos da CEME, após diversos estudos, chegaram a listar 305 substâncias farmacêuticas (fármacos básicos) que possibilitariam atender 99% das necessidades médicas da população, racionalizando critérios e procedimentos de compra, (PEREIRA, 1995).

O problema dos módulos padrões do Programa Farmácia Básica foi que o encaminhamento de medicamentos era de forma uniforme para todo país, desconsiderando as diversidades e peculiaridades regionais e epidemiológicas. A falta de planejamento na aquisição e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades recebessem muitos medicamentos com datas de validade muito próximas ao vencimento, provocando grandes perdas inclusive com grande dificuldade de remanejamento entre unidades.

Em Ribeirão Preto, com a introdução do profissional farmacêutico na equipe de saúde (1988), pode-se constatar que a falta de profissional habilitado para tratar das questões dos medicamentos foi uma das causas de muitos desperdícios e paradoxalmente de falta de acesso a medicamentos.

Nesse mesmo ano a autora participou de um fórum de discussão extremamente importante, ocorrido em Brasília, o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, no Ministério da Saúde em Brasília, no período de 30 de agosto a 01 de setembro de 1988. A partir desse

Encontro, surgiu a Carta de Brasília, com a finalidade de contribuir para o aperfeiçoamento dos mecanismos que possibilitassem a efetiva operação do SUS. Esse documento foi elaborado por profissionais farmacêuticos de todos os quadrantes do país, pertencentes a Universidades, Inamps, Conselhos, Sindicatos, CMBs (Comissões de Medicamentos Básicos), representantes de estudantes de Farmácia.

A proposta apresentada, continha instrumentos alicerçados nos princípios do SUS, definido então pela nova Constituição, a saber: universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento. Quanto à descentralização, as propostas do documento pareciam bastante distantes, mas no caso de Ribeirão Preto, esse processo já havia sido iniciado, talvez daí venha o pioneirismo do trabalho farmacêutico no âmbito municipal, assumindo efetivamente a descentralização. A participação da autora nesse encontro foi de fundamental importância para conhecimento de estratégias e articulação com os vários setores incluídos nas discussões de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos. (CARTA DE BRASÍLIA, BONFIN, 1997).

Uma das primeiras atividades realizadas pelo profissional farmacêutico foi uma supervisão em todas as unidades que dispensavam medicamentos, 21 Unidades, do total de 23 Unidades, incluindo Pronto Socorro Central e Pronto Socorro Ipiranga, que não dispensavam medicamentos.

Pode-se constatar grandes estoques de medicamentos vencidos, ocupando espaço, aguardando autorização para recolhimento. O mais impressionante foi encontrar estoques enormes de sulfato ferroso gotas vencidos em uma unidade e ao chegar em outra unidade que atendia apenas saúde da criança, questionava-se sobre a falta, já há meses do mesmo sulfato ferroso gotas. Constatou-se que dentro da

própria Secretaria Municipal de Saúde não havia um setor que realizasse uma distribuição racional dos medicamentos provenientes da CEME. O sub-almoxarifado da saúde, onde era estocada parte dos medicamentos, era ligado ao almoxarifado central, da Secretaria da Fazenda. O sub-almoxarifado da saúde era responsável pela aquisição dos medicamentos de urgência principalmente para atender o Pronto Socorro Municipal e pouquíssimo para as demais unidades. O sub-almoxarifado da saúde encontrava-se sem a organização estrutural adequada, não obedecendo a critérios da Vigilância Sanitária. Para este sub-almoxarifado, os medicamentos CEME eram um “extra”, que ficavam em alguma sala, aguardando alguém fazer uma grade chamada simploriamente de “distribuição de irmãozinho”, com divisão equitativa das quantidades de medicamentos por unidades, sem considerar a população da área de abrangência, o número de atendimentos, as especialidades médicas de cada unidade. Foram encontrados durante as visitas muitos cremes vaginais vencidos em unidades onde não havia ginecologistas e muitos medicamentos em forma de suspensão, como eritromicina, mebendazol, etc em unidades sem pediatras.

Ao contrário do que imaginava o farmacêutico recém contratado, as entregas dos medicamentos CEME não obedeciam a uma cronologia planejada. Como medida iniciou-se um cadastro mínimo das unidades para modificar a distribuição em vigência (distribuição “de irmãozinho”).

No mesmo ano, o diagnóstico identificado como Plano de Ação para 1989, foi realizado por GARCIA, 1988, primeira farmacêutica do SUDS -R.50 (Secretaria Estadual de Saúde) que tinha atribuição de cuidar das questões ligadas aos medicamentos no âmbito regional.

Esse Plano de Ação registrou que o fornecimento de medicamentos ao SUDS-R50, era feito pela Comissão Central de Medicamentos Básicos (CCMB), da Secretaria de Estado da Saúde. A elaboração da previsão e distribuição de medicamentos para as unidades sanitárias dessa regional era efetuada pela Seção de Planejamento, com os profissionais da área, até a vinda de profissional farmacêutico que passou a executar as ações pertinentes.

Quanto a dispensação de medicamentos, no âmbito regional, em 1988, havia farmacêuticos apenas no PAM I – INAMPS e no Ambulatório Regional de Saúde Mental, sendo identificada, nesse Plano de Ação, a necessidade urgente de contratação para as unidades Centro de Saúde Escola Ipiranga, Centro de Saúde I de Jaboticabal, Centro de Saúde I de Ribeirão Preto, unidades que contavam com atendimento de psiquiatria e movimentavam medicamentos controlados, das Portarias 27 e 28/86 – DIMED.

O levantamento realizado pela farmacêutica do SUDS-R50 comprovou que a dispensação de medicamentos nas unidades dos centros de saúde da região era efetuada por funcionários de várias categorias, como demonstrado na TABELA 1.

TABELA 1- Distribuição por categorias, dos profissionais que dispensavam medicamentos nos Centros de Saúde ligados ao SUDS-R50, em 1988

Categoria Profissional	Porcentagem
Atendente	42,5
Escriturário	12,5
Encarregado de Setor	10,0
Técnico Administrativo	7,5
Motorista	5,0
Servente	5,0
Visitador Sanitário	5,0
Agente de Saneamento	2,5

A contratação do profissional farmacêutico na SMS de Ribeirão Preto foi muito bem recebida, inclusive precedida de profundas discussões e apresentações de projetos da Associação Farmacêutica ao Secretário Municipal da Saúde. Nesse mesmo período foram contratadas as primeiras enfermeiras da rede municipal, (até então não possuía profissionais enfermeiros atuando nas unidades de saúde), para a implantação de uma nova política de saúde, alicerçada na mudança de modelo assistencial, até então, baseado exclusivamente no modelo de consulta médica (modelo do INAMPS).

A realidade local mostrava que os medicamentos disponíveis num sub-almoarifado eram basicamente os medicamentos para atendimento do Pronto-Socorro Municipal e alguns medicamentos para curativos.

Não havia uma padronização sistematizada e as compras eram feitas através de alguns laboratórios e distribuidores que vinham oferecer seus produtos, no

próprio balcão do sub-almojarifado. Essa aquisição centralizada era feita diretamente pelo sub-almojarifado. As solicitações partiam da área médica, sem organização ou sistematização, e muitas vezes em duplicidade.

A grande maioria dos medicamentos adquiridos era para uso na própria Unidade, não sendo priorizada a dispensação de medicamentos, conforme mostrado na TABELA 2. Medicamentos para dispensação aos pacientes totalizaram 22,8% dos itens adquiridos. Esses itens de dispensação foram adquiridos no segundo semestre de 1988, com a implantação do Programa de Hipertensão na Secretaria Municipal.

Observa-se que 42,1% das compras eram realizadas pela marca comercial ou nome fantasia, além de 28,1% dos itens que eram vendidos comercialmente com o próprio nome genérico, como a maioria das ampolagens (adrenalina, cloreto de sódio, cloreto de potássio, etc) e os produtos farmacopeicos, conforme demonstrado na TABELA 3.

TABELA 2- Distribuição de Medicamentos adquiridos pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, segundo tipo de utilização, em 1988

Tipo de Utilização	Número de itens	Porcentagem
Medicamentos para uso na Unidade (antissépticos /curativos)	45	39,5%
Medicamentos para dispensação aos pacientes	26	22,8%
Medicamentos injetáveis (uso na Unidade)	43	37,7%
Total	114	100,0%

TABELA 3- Distribuição de Medicamentos adquiridos pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, segundo forma de aquisição, em 1988

Forma de Aquisição	Número de itens	Porcentagem
Medicamentos adquiridos por Nomes Comerciais	48	42,1%
Medicamentos comercializados com nome genérico ou farmacopeico	32	28,1%
Medicamentos adquiridos pela Denominação genérica	34	29,8%
Total	114	100,0%

Outros medicamentos, para dispensação às pessoas atendidas, vinham da CEME, em quantidades e tipos de medicamentos variados, sem levar em consideração as necessidades dos municípios. Devido ao grande número de pontos onde esses medicamentos passavam (CEME, SES, ERSA, Municípios) era comum chegarem com validade muito próxima do vencimento, muitas vezes sem tempo hábil para consumo, além dos constantes recolhimentos por estarem em desacordo com o controle de qualidade, embora na maioria das vezes, estes produtos já tivessem sido consumidos.

Não houve nesse momento (1988) uma discussão sistematizada para a organização de uma padronização de medicamentos, mas naquele momento a Secretaria Municipal da Saúde começava a implantar alguns programas de saúde absorvendo o modelo da Secretaria do Estado.

Os primeiros passos para iniciar o trabalho farmacêutico, pós diagnóstico, foram:

- Aproximação do farmacêutico da Secretaria Estadual de Saúde, representados regionalmente em nosso município pelo SUDS-R50, para desta forma tentar obter parâmetros e algum dado histórico de consumo para que os planejamentos futuros não ficassem tão em desacordo com a realidade, como o que encontramos.
- Assunção de toda a distribuição dos medicamentos CEME para as Unidades, inclusive com acompanhamento pessoal da distribuição e implantação conjunta de um novo instrumento de informação criado pelo farmacêutico, boletim de consumo de medicamentos por unidade, disponibilizando assim um instrumento real de demonstração de consumo por unidade. Esse boletim foi sendo adaptado ao longo do tempo, mas de forma geral, nele constavam os estoques de medicamentos no início do período (mensal), entradas, saídas e estoque no final do período com as respectivas validades.
- Tentativa de assunção pelo profissional farmacêutico do planejamento das aquisições do sub-almojarifado, onde se encontrou muita resistência. Esse almojarifado geral contava com diversos materiais, desde material de limpeza, peças de automóveis, alimentos como café e açúcar até materiais médico-cirúrgicos e medicamentos, incluindo os psicotrópicos, controlados pela Portaria n.º27 e 28/DIMED/93.

Muitos produtos ultrapassados (medicamentos para anti-sepsia não recomendados pelo Ministério da Saúde) foram encontrados e as substituições sugeridas pelo profissional farmacêutico não eram respeitadas nessa fase do trabalho pela equipe do sub-almojarifado, equipe essa que respondia pelas aquisições e era composta basicamente por escriturários. Esses estoques

contavam também com diversas marcas comerciais de um mesmo medicamento. Como exemplo pode-se citar estoques com códigos diferentes de dipirona gotas, Novalgina® gotas e Magnopyrol® gotas.

- A partir desse início, tendo em vista a grande dificuldade de aceitação dos procedimentos técnicos indicados pelo farmacêutico, constatou-se que a maneira de equacionar o problema era separar todo o item medicamento do sub-almojarifado e assumir o trabalho desenvolvido pelo setor. Nos primeiros meses o trabalho contava com um único profissional (o próprio farmacêutico) para adquirir os medicamentos, inserir em planilhas os controles de cada unidade, separar e conferir os medicamentos, dar baixa em cardex, entregar os medicamentos nas unidades, enfim todo o trabalho e acompanhamento do fluxo dos medicamentos até a unidade. Essa decisão de separar os medicamentos gerou grande insatisfação do sub-almojarifado, que apesar da divisão desse trabalho, não cedeu infra-estrutura para esse “novo setor”. A decisão foi de assumir toda a responsabilidade e toda execução das atividades ligadas aos medicamentos, embora o único profissional do setor.
- Implantação de rotina de visitas periódicas às Unidades de Saúde e implantação do novo instrumento recém criado, o Boletim de Controle de Estoque de Medicamentos.

4.3- Assistência Farmacêutica pré-municipalização, 1989 a 1995.

No início de 1989, a resistência em relação às modificações propostas para com as aquisições dos medicamentos, pelo sub-almojarifado da saúde se mantinha. Havia ainda uma ligação contábil (prestação de contas) do sub-almojarifado com o “novo setor” que cuidava agora dos medicamentos, dificultando as ações do farmacêutico. O sistema de informações em uso, ligado a CODERP, tinha subordinação direta com o almojarifado central (Secretaria da Fazenda), onde havia contra-posição das alterações propostas. Mesmo assim com muita argumentação e comprovações, houve modificação no quadro de distribuição de medicamentos, já diferente de 1988, assim como na forma de aquisição, conforme demonstrado nas TABELAS 4 e 5 respectivamente.

A distribuição de medicamentos adquiridos pela SMS, segundo tipo de utilização, passou de 22,8% de medicamentos para dispensação aos pacientes em 1988, para 40% em 1989.

A aquisição pela denominação genérica, passou de 29,8% em 1988 para 51,5% em 1989.

É importante identificar as vantagens de aquisição pela denominação genérica, que proporciona aumento da concorrência entre fornecedores, evitando a parcialidade das compras, podendo reduzir custos e evitar a duplicidade de aquisição de itens equivalentes.

TABELA 4- Distribuição de Medicamentos adquiridos pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, segundo tipo de utilização, em 1989

Tipo de Utilização	Número de itens	Porcentagem
Medicamentos para uso na Unidade (antissépticos /curativos)	36	27,7%
Medicamentos para dispensação aos pacientes	52	40,0%
Medicamentos injetáveis (uso na Unidade)	42	32,3%
Total	130	100,0%

TABELA 5- Distribuição de Medicamentos adquiridos pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, segundo forma de aquisição, em 1989

Forma de Aquisição	Número de itens	Porcentagem
Medicamentos adquiridos por Nomes Comerciais	36	27,7%
Medicamentos comercializados com nome genérico ou farmacopeico	27	20,8%
Medicamentos adquiridos pela Denominação genérica	67	51,5%
Total	130	100,0%

Já em 1990, 100% dos medicamentos foram adquiridos pela Secretaria Municipal da Saúde pela denominação genérica.

Na busca de documentos referentes ao período de 1989 a 1995, não foram encontrados dados financeiros organizados. Havia um único terminal para efetuar as digitações de controle de estoque, terminal este que ficava no sub-almoxarifado da saúde, que não permitia a emissão de relatórios, relatórios estes que eram centralizados do almoxarifado central. Foram encontrados na DFAD-SMS-RP, dados de controle físico, das saídas dos medicamentos em relatórios manuais referentes aos anos de 1991, 1992, 1993 e 1994.

Com relação a 1993, há uma observação, pois foi encontrada uma planilha digitada no Núcleo de Informática SMS-RP, contendo dados físicos e financeiros do período de janeiro a julho de 1993. O valor apresentado de número de unidades dispensadas em 1993 é relativo a média mensal calculada nos sete meses citados, extrapolados para doze meses. Nesse relatório, calculando-se da mesma forma citada os valores gastos, chega-se a CR\$ 79.686.985,00 gasto com medicamentos, sendo 5,3% do gasto total com saúde no mesmo ano, que foi de CR\$ 1.491.958.162,08 (Divisão de Finanças SMS-RP). É importante ressaltar que o primeiro microcomputador do serviço de farmácia foi recebido em 1996.

Esses dados foram digitados, encontrando-se o número de unidades de medicamentos dispensados nos anos de 1991 a 1994, conforme demonstrado na Figura 1.

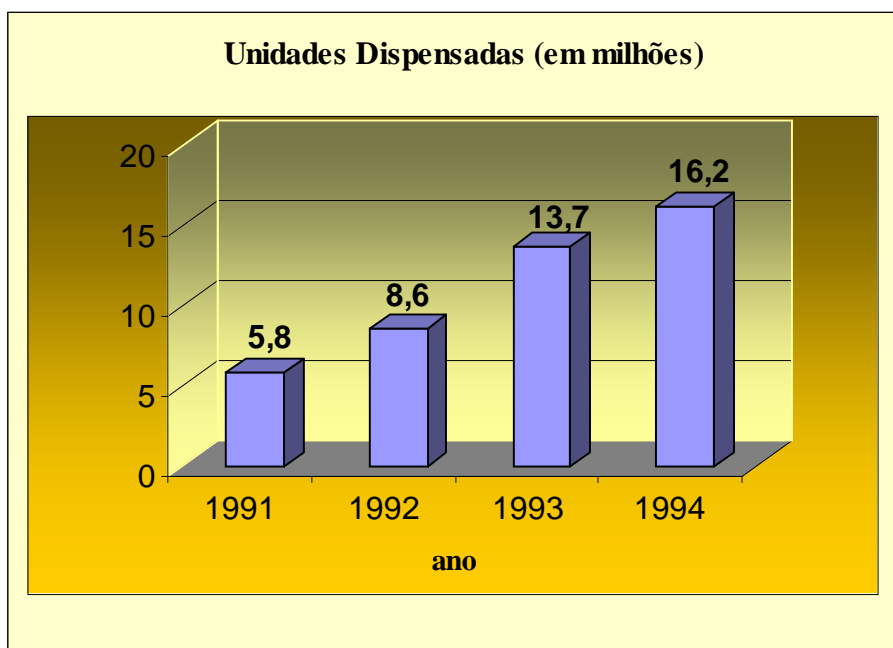


Figura 1- Número de Unidades de Medicamentos dispensadas (em milhões de Unidades) pelo Serviço de Assistência Farmacêutica da SMS-RP, no período de 1991 a 1994

4.4- Padronização de Medicamentos

A seleção de medicamentos se constitui o ponto de partida dentro do ciclo da assistência farmacêutica.

Entre vários fatores e, considerando a multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado e em contra-partida a escassez de recursos financeiros, torna-se imperativo estabelecer prioridades, selecionando-se medicamentos seguros, eficazes e que atendam às reais necessidades da população, o que resultará em benefícios terapêuticos e econômicos.

A padronização de medicamentos, como estratégia, se constitui em várias etapas, iniciando pela constituição de uma equipe técnica que possa

estabelecer critérios de seleção de acordo com as informações da situação de saúde local, com dados de morbidade, por grupo populacional, faixa etária, prevalência e incidência de doenças. Essa comissão deve ter caráter consultivo e de assessoria nos assuntos referentes a medicamentos, podendo desenvolver ações no sentido da seleção, informação, educação e validação de protocolos terapêuticos.

Neste estudo, encontra-se a regulamentação da padronização de medicamentos desde 1989, sendo criada efetivamente a Comissão de Padronização de Medicamentos da Secretaria Municipal da Saúde, comissão esta, renovada periodicamente num processo dinâmico, de caráter multiprofissional. As resoluções e Portarias foram: Resolução Interna nº 16/89, Resolução Interna nº 12/90, Resolução Interna nº 05/97, Portaria SMS-RP nº 343/99 e Portaria SMS-RP nº 40/01.

A lista padronizada de medicamentos da SMS-RP levou em consideração o nível de atendimento dos serviços de saúde e os programas de saúde implantados. A sugestão da criação dessa comissão partiu do profissional farmacêutico em 1989, e até os dias de hoje a coordenação da referida comissão está sob a responsabilidade do farmacêutico.

Alguns fatores tentaram influenciar a padronização de maneira coerciva, como, a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado, lançamentos constantes de novos produtos, “modismos” terapêuticos, questões culturais, influência na prescrição, etc.

São fatores essenciais: a transparência do processo de escolha e a maior participação dos profissionais envolvidos em todo o ciclo do medicamento, para que a Relação de Medicamentos Padronizados seja referendada pela equipe.

Torna-se imperativo estabelecer prioridades, selecionando-se medicamentos seguros, eficazes e que atendam os critérios econômicos, viabilizando a assistência farmacêutica, propiciando o acesso da população aos medicamentos padronizados, permitindo aumento da resolutividade do sistema.

A própria Organização Mundial de Saúde identifica que a falta de medicamentos essenciais onera mais o sistema de saúde, pois propicia internações desnecessárias como exemplo por infecções respiratórias agudas, diabetes, hipertensão, distúrbios mentais, assim como reinternações por interrupção de tratamento (SOBRAVIME, 2001).

Algumas variáveis se contrapõem às necessidades de estabelecimento de critérios de seleção, principalmente as variáveis **Mercado Farmacêutico** e **Prescrição Médica**.

A comissão de padronização tem papel fundamental em articular as questões técnicas, com as questões econômicas, para viabilidade do processo de padronização, apresentando caráter consultivo e deliberativo, com finalidade de assessorar ao gestor e equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos, assim como participar e assessorar a validação de protocolos terapêuticos e desenvolvimento de atividades educativas.

Na composição dessa comissão, ao longo dos anos estudados, foi encontrada a participação em todas as comissões, do farmacêutico, dos coordenadores dos programas da criança, de hipertensão, de diabetes e de saúde da mulher. Isso não implicou na não participação das demais áreas, como enfermagem, odontologia, urgências e emergências, saúde mental etc. As várias áreas foram sendo convidadas para participações especiais, contemplando as necessidades de cada

momento. Nos últimos anos, optou-se por discussões ampliadas em algumas áreas, envolvendo todos os profissionais da mesma, como exemplo, neurologia, psiquiatria e ginecologia.

É claro que a elaboração e execução de uma padronização de medicamentos requerem decisão e apoio político do gestor, para tanto, torna-se necessário apresentação de argumentos técnicos, que demonstrem a importância de uma Relação de Medicamentos Padronizados, mediante prescrições da rede de saúde, número de itens padronizados, acompanhamento de gastos financeiros e consumos, acompanhamento de dados epidemiológicos, situação da saúde local e informações sobre a utilização dos recursos financeiros disponíveis. Via de regra, as informações com relação aos medicamentos partem do serviço de assistência farmacêutica, que também articula os setores envolvidos, como administrativo, financeiro, técnicos e gestor.

Esse início, praticamente pioneiro, de trabalho sistematizado de padronização de medicamentos e divulgação desses procedimentos junto à equipe de saúde, puderam ser evidenciados nos resultados das pesquisas de SIMÕES & MOTTA (1996) e SANTOS (1999), que avaliaram indicadores de prescrição médica de medicamentos pertencentes à lista padronizada de 88,1% (SIMÕES & MOTTA, 1996) e de 80,1% (SANTOS, 1999).

Um dos pontos mais importantes encontrados nesse estudo foi o caráter regulador, efetivado pelo serviço de assistência farmacêutica e subsidiado por condutas da comissão de padronização.

Conforme a análise da variação de preços de mercado e avaliação de consumo dos medicamentos em relação à conduta de prescrição, foram realizadas

modificações na padronização, às vezes substituindo produtos, às vezes aumentando a concorrência entre produtos, abrindo as licitações por grupos, quebrando a hegemonia de alguns medicamentos, propiciando significativa redução nos gastos com medicamentos, conforme será melhor apresentado na página 103, lembrando que quem dá as cartas é quem compra e não quem vende.

Um ponto negativo encontrado, em relação à padronização, foi no tocante a despadronização de medicamentos por questões econômicas ou por associação de questões econômicas, ligadas a hábitos de prescrição. Um exemplo foi a deliberação de manutenção do antibiótico cefalexina 500mg apenas para gestantes e para uso no puerpério, pois o consumo desse antibiótico chegou a valores alarmantes podendo inviabilizar a manutenção da padronização, devido principalmente ao fato de ter se tornado o medicamento mais prescrito em pronto-atendimento. Fazendo uma avaliação crítica, o passo ideal seria incorporação da atividade clínica do farmacêutico, promovendo treinamentos possibilitando a sensibilização dos profissionais prescritores e não o cerceamento da utilização, pois dessa maneira, muitos casos que necessitaram desse medicamento, com certeza podem ter ficado sem acesso. Outros exemplos são os medicamentos ligados especificamente ao programa de saúde mental, restritos à prescrição de psiquiatras, mas que para determinadas patologias, podem ser utilizados.

Em relação aos itens padronizados, no período de estudo, a padronização parte de 114 itens, em 1988, sendo que 75% dos medicamentos faziam parte da RENAME, esse número não sofreu muita alteração no período de 1990 a 1995, mantendo-se em torno de 130 itens, sendo 81,5% integrantes da RENAME.

A padronização atual contém aproximadamente 200 medicamentos sendo 81% pertencentes a RENAME.

4.5-Aquisição de Medicamentos

Um dos pontos de estrangulamento na assistência farmacêutica no serviço público é a aquisição dos medicamentos. Depara-se constantemente com o conflito entre qualidade e preço. Esse conflito tem grande influência de acontecimentos que levaram a um descrédito com relação à produção e conseqüente disponibilização de produtos no mercado sem a qualidade satisfatória.

Encontra-se em LAPORTE, ET AL. (1989), um diagnóstico alarmante, onde podem ser demonstrados dados que nos levam aos conflitos citados. O Serviço de Vigilância Sanitária nesse período, ligado à Divisão de Vigilância Sanitária de Medicamentos (DIMED), esta última ligada à Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), executava ações de fiscalização, sobretudo junto ao comércio varejista. Em 1985, quando um grupo de sanitaristas assumiu a gestão da DIMED, até então pouco conhecida tanto pela população, como pelos profissionais de saúde, impulsionados por uma euforia e otimismo devido ao fim do regime militar elaborou um programa de ação. As ações de fiscalização de rotina foram motivadas, em geral por denúncias de consumidores ou por iniciativa dos próprios técnicos da vigilância sanitária, que desencadearam um processo fiscal.

Os resultados e freqüência das infrações encontradas foram de 41,4% de rotulagem em desacordo, 23,1% de alteração ou adulteração do produto, 16% de

produtos sem registro, 9% de produtos fabricados por empresa sem autorização de funcionamento.

Não fica tão difícil explicar o porque da desconfiança da qualidade dos produtos farmacêuticos.

No setor público, após a implantação da Farmácia Básica, a CEME repassava os medicamentos após toda tramitação já citada anteriormente, e só após alguns meses os laudos de análise chegavam ao conhecimento do serviço, dessa maneira era bastante comum o recolhimento de produtos insatisfatórios. Ficava a pergunta dos profissionais da rede pública: e o medicamento que foi consumido? qual foi a infração? A maioria dos recolhimentos não era acompanhada por essas informações, dificultando significativamente o fortalecimento da CEME perante os profissionais da saúde.

Com esse cenário, em 1989, como proceder agora que o município começou adquirir os medicamentos?

No tocante à aquisição dos medicamentos, uma das primeiras atividades desenvolvidas pelo farmacêutico foi o conhecimento e acompanhamento do fluxo de compras da Secretaria Municipal da Saúde. Nesse fluxo, o simples encaminhamento de uma solicitação de compra não garantia o abastecimento regular. Foi necessário acompanhar cada passo, ou seja, de onde partiam as requisições de compra, como se fazia a reserva orçamentária, para quanto tempo havia recursos disponíveis, qual o trâmite seguido da requisição até o recebimento dos medicamentos, quem fazia a compra e como os medicamentos eram comprados. Para tanto, a equipe de farmacêuticos da Secretaria Municipal da Saúde passou a acompanhar toda tramitação de compra de medicamentos.

Cabe ressaltar que esse fluxo passa por uma relação intersetorial entre várias Secretarias, evidenciando a Secretaria da Fazenda e da Administração.

Com esses questionamentos várias avaliações foram sendo realizadas durante o acompanhamento dos processos.

Foram encontradas várias compras em quantidades equivocadas devido à forma de requisitar. As requisições eram solicitadas por caixas levando a interpretação duvidosa, com grande chance de erros, devido à presença de vários tipos de embalagens comerciais no mercado. A Secretaria Municipal da Saúde chegou a comprar cinquenta vezes mais de um medicamento do que a real necessidade, porque a requisição foi feita sem especificação de unidade, e o setor de compras comprou a quantidade solicitada em caixas com cinquenta comprimidos. Após essa análise foi feita a transformação de todas as unidades de medicamentos na menor unidade possível, por exemplo, passou-se a comprar por comprimidos, ampolas, frascos, tubos, etc, diminuindo significativamente a chance de erros.

Outro ponto de difícil resolução era a manutenção de orçamento para compra de medicamentos. O profissional farmacêutico passou então a participar das discussões relativas ao orçamento, começou conhecer o que era a peça orçamentária da Secretaria da Saúde e a necessidade de manter os gastos dentro do duodécimo, ou seja, o valor mensal estabelecido no orçamento aprovado anualmente. Antes dessas participações, era bastante comum a criação de embates direto com o setor financeiro, pois a argumentação técnica, mostrando a necessidade de manter assistência farmacêutica vinculada aos programas de saúde recém implantados, não era suficiente para com os órgãos que liberavam os recursos, era necessário argumentar em linguagem financeira e não farmacêutica.

Passou-se então a avaliar o período que levava da emissão de uma requisição até a chegada dos medicamentos dela constantes.

Esse levantamento foi feito para cada compra de medicamento, determinando-se o período de aprovação de orçamento, a liberação para proceder à licitação, o período da licitação propriamente dita, o período de liberação de empenho (aprovação da compra) e o prazo de entrega do fornecedor vencedor da licitação. Os dados encontrados foram inseridos em planilhas e o período médio encontrado foi utilizado como argumento comprovado de que as compras de medicamentos deveriam seguir fluxo próprio definindo um ponto de ressuprimento igual ao estoque equivalente ao período total de compra, ou seja, a equipe de farmacêuticos passou a ter instrumentos para provar que as requisições de compra deveriam ser feitas quando o estoque fosse relativo ao período de aquisição. Por exemplo, as compras demoravam em média três meses para completar o fluxo, portanto, quando o estoque fosse equivalente ao consumo médio de três meses, as requisições iniciariam a tramitação para aquisição. As quantidades (para quanto tempo comprar) eram negociadas de acordo com o fluxo de orçamento disponível, não criando uma regra geral para quantidades, mas sim uma quantidade limite para iniciar o processo de compras.

Neste estudo, a análise da estrutura das organizações compradoras foi à mesma que a encontrada em LUIZA, CASTRO & NUNES, 1999. Nesse caso, organizações públicas são empresas onde, via de regra, a missão institucional não está bem definida, as atividades meio são pouco profissionalizadas e os funcionários, conseqüentemente, mal treinados. Nos sistemas de aquisições públicas, existe uma

avaliação intrínseca de submissão aos fornecedores, invertendo a lógica de comando. A importância está em quem dita as regras e comanda o processo.

O quadro torna-se desfavorável no serviço público, pois de um lado, os fornecedores bem equipados, preparados do ponto de vista jurídico, com experiência em outras licitações e com argumentações vinculadas às necessidades das empresas que representam, e de outro lado, uma organização constituída de funcionários mal treinados e freqüentemente desmotivados, atendendo não aos interesses de seus clientes/usuários, mas sim exclusivamente a interpretação da legislação. Foi encontrada neste estudo uma equipe única de compras responsável por toda aquisição da Prefeitura, independente do tipo de objeto, indo desde material de construção até equipamentos ultra-sofisticados, ainda com o viés da interpretação da Lei 8666/93, também chamada de Lei do menor preço, atribuindo compras equivocadas ao mecanismo legal apenas do menor preço, muitas vezes nem avaliando a especificação pertinente do objeto, procedendo a comparações de preços de produtos diferentes.

Consubstanciadas todas essas informações, foram definidos os parâmetros de quantidades de compra e ponto de ressurgimento, faltando definir de quem comprar e como comprar com qualidade.

Uma das primeiras ações do farmacêutico, em 1988, foi conhecer a FURP, (Fundação para o Remédio Popular), empresa farmacêutica estatal autárquica sem fins lucrativos, com linha de produção que abrangia grande parte da padronização estabelecida pela Secretaria Municipal da Saúde.

Todos os esforços foram feitos para iniciar negociações diretas com a FURP. Embora várias compras fossem feitas, a FURP apresentava uma

irregularidade de atendimento ligada a vários fatores: às vezes da produção, às vezes de quebra de equipamentos, às vezes de atraso de compra de matérias primas, etc., o que muitas vezes levava a um descrédito nessa parceria.

O comportamento adotado pela equipe passou a ser o seguinte: uma lista de medicamentos que seriam comprados era elaborada, a FURP era consultada, que, checando a disponibilidade de estoque efetuava a reserva. Os itens não disponíveis ou sem previsão definida iam para trâmite normal de licitação.

Todos esses procedimentos até essa etapa não asseguravam garantia de qualidade, tanto dos medicamentos, como da entrega e dos procedimentos auxiliares.

Passou-se então a busca por parceiros que pudessem assegurar o controle de qualidade dos medicamentos. Foi estabelecida em 1990, parceria com o Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto (IAL), que realizava exames de controle de qualidade dos medicamentos, como análise de orientação ou encaminhavam para o IAL São Paulo, quando não dispunham de técnica apropriada em Ribeirão Preto para análise. Para estabelecimento dessa parceria, várias reuniões de sensibilização foram realizadas entre a Secretaria Municipal de Saúde, através da equipe de farmacêuticos com equipe técnica do IAL.

Paralelamente a isso, foi iniciada uma análise de um grande aliado nas licitações, o **edital**. O edital de licitações é um instrumento que muitas vezes não é bem utilizado. É claro que nele devem constar toda regulamentação e formalidades pertinentes, assim como a legislação que regulamenta as licitações, atualmente ainda a Lei 8666/93 (BRASIL, 1993), mas permite a inserção de critérios de exigência de

qualidade, a partir da submissão de especificações no texto do edital, em fases distintas.

A equipe de farmacêuticos da SMS, após avaliação de vários editais de licitação e estudo mais aprofundado da legislação, inicialmente estabeleceu as regras com relação às entregas, tipo de embalagens, prazo de validade, etc, conforme descritivos abaixo retirados de editais das licitações realizadas a partir de 1994.

- *O objeto será recebido:*

a) Provisoriamente, para efeito de posterior verificação da conformidade do material com a especificação.

b) Definitivamente, após a verificação de exame quantitativo e qualitativo.

- *A apresentação dos medicamentos deverá ser em caixa contendo no máximo 60 (sessenta) comprimidos, drágeas ou cápsulas, devidamente identificada quanto ao número do lote, data de fabricação e validade, ou qualquer quantidade por caixa, desde que acondicionadas em blister ou strip de, no máximo, 20 comprimidos, drágeas ou cápsulas e que em cada blister ou strip estejam gravados o número do lote e validade.*
- *As referidas caixas e frascos deverão estar acondicionados em embalagens conforme praxe do fabricante, trazendo impressa a indicação quantitativa, qualitativa, número do lote, data de fabricação e validade.*
- *Os medicamentos deverão ter data de fabricação recente de, no máximo 6 (seis) meses e validade de, no mínimo, 18 (dezoito) meses, contadas da data da entrega.*

- *Deverão constar na embalagem individual dos medicamentos, de forma destacada e não removível, os seguintes dizeres: “Proibido a Venda pelo Comércio”, etiquetado ou rotulado.*

Faltava ainda assegurar como comprar com segurança. Não havia na época uma relação de indústrias farmacêuticas cadastradas, mas o serviço contava com um arquivo com várias solicitações de interdições de medicamentos de determinadas indústrias. Foram iniciadas coletas aleatórias no estoque para encaminhamento ao IAL, conforme parceria estabelecida e tentou-se proceder à desclassificação de empresas que haviam apresentado algum problema de qualidade.

Com isso novos embates foram criados na intersecção do órgão requisitante (Saúde), com o órgão comprador (Administração), com a interferência do setor jurídico, que questionava que avaliação de qualidade apresentada pelos profissionais farmacêuticos era empírica, ou que os lotes interditados não eram o mesmo do licitado. Questionavam a legalidade dos atos desclassificatórios, pois não havia amparo legal para tal.

Depois de trocados alguns documentos não tão amistosos, com o setor jurídico, a solução encontrada foi montar um arsenal (medicamentos com defeitos) para demonstrar ao setor jurídico o que havia de conteúdo nas argumentações técnicas.

Foram separados vários arquivos contendo todos os documentos de interdição de medicamentos, juntamente com amostras de medicamentos com várias alterações, como por exemplo, alterações físicas macroscópicas, como suspensões com sedimentos compactados, não ressuspensíveis, ampolas com corpos estranhos

no interior, alterações de embalagens, como composição da caixa em discordância com a composição do frasco, alterações nas dosagens informadas na rotulagem, etc.

Ao apresentar vários medicamentos com alterações visíveis, o jurídico foi questionado com a argumentação que muitas alterações não são visíveis, e que a responsabilidade da distribuição dos produtos adquiridos era do profissional farmacêutico, para tanto, era necessário elaborar em conjunto um edital que permitisse avaliação de qualidade, sem violar as regras da publicidade, competitividade e da legislação pertinente.

Com o setor jurídico mais sensibilizado, ou assustado, após uma série de tentativas de formulação de novos editais, chegou-se à elaboração de um edital em comum, criando a pré-qualificação de laboratórios, que seriam testados previamente, e permitindo a participação dos não pré-qualificados, desde que apresentassem os laudos de controle de qualidade exigidos, de maneira similar ao que era feito na pré-qualificação. Toda a discussão da pré-qualificação foi desencadeada pelos profissionais farmacêuticos e contou com a participação da Comissão de Padronização de Medicamentos. Estes procedimentos entraram em vigência nos editais de 1996. Os termos de editais ficaram assim estabelecidos:

- em condições de participação: “ 2.1.3- *empresa que tenham produtos cujos laboratórios já estejam pré-qualificados pela Secretaria Municipal da Saúde, conforme listagem que encontra-se à disposição junto ao Departamento de Materiais e Licitações, à Comissão Municipal de Licitações e à Secretaria Municipal da Saúde, ou que possuam laudo de Controle de Qualidade emitido por Instituto Oficial, de todos os medicamentos cotados, conforme especificado no item 5.2 deste edital.*

- *Item 5.2- Se os produtos cujos laboratórios não constarem da listagem de pré-qualificação de que trata o sub-item 2.1.3., a empresa deverá apresentar Laudo de Controle de Qualidade emitido por Instituto Oficial, de todos os medicamentos cotados, em cópias autenticadas, com data não superior a 12 (doze) meses, a contar da data de encerramento da presente licitação. O laudo deverá conter informações quanto:*
 - *ao teor de princípios ativos;*
 - *ao tempo de dissolução (quando comprimido)*
 - *à esterilidade (no caso de medicamentos que devem ser estéreis)*

Essa proposta não vinculava aquisições com 100% de segurança na qualidade, mas diminuía muito os riscos de aquisição de produtos com qualidade duvidosa.

Outro fator gerado pelo modelo de licitação instituído foi a credibilidade de vários laboratórios produtores, que antes não participavam dos processos licitatórios, alegando que o setor público só comprava por preço, independente da qualidade, conseguindo assim aumentar a concorrência e competitividade, com significativa redução de custos.

No texto de LUIZA, CASTRO & NUNES,1999, um dos pontos identificados para interferir nesse processo foi o estabelecimento de regras claras com os fornecedores e o cumprimento integral das mesmas. O processo deve ser transparente e pode-se constituir parâmetros técnicos que regulamentem a habilitação de fornecedores. Se a organização não cumpre as suas obrigações, não deve esperar ter bons fornecedores. Outro fator limitante para aumentar a competitividade é o

pagamento em dia. O setor público tem um grande papel regulador. Quem compra deve dar as regras.

As formatações das licitações devem atender aos interesses públicos e os fornecedores devem se adaptar as regras estabelecidas e não ao contrário.

Os procedimentos de aquisições precisam ser acompanhados de avaliações de preços praticados pela administração pública, para nortear a regulação de preços.

A relação reguladora já citada no Tópico 4.4, será melhor discutida no Tópico 4.7. sobre acompanhamento de custos, onde serão abordados os instrumentos reguladores encontrados neste estudo.

4.6- Recursos Humanos, a Inserção do Profissional Farmacêutico na Equipe de Saúde.

Segundo relatório da OPAS (2001), existem algumas experiências pioneiras da inserção do farmacêutico na atenção à saúde na área pública. Há necessidade de que essas experiências sejam ampliadas. O documento “Política Nacional de Medicamentos” estabelece como uma de suas prioridades, o desenvolvimento de recursos humanos para a reorientação da Assistência Farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Essa dissertação apresenta uma dessas experiências pioneiras, que será apresentada nesse Tópico, com relação à evolução das contratações no período de estudo.

A contratação do primeiro farmacêutico na SMS-RP deu-se em 1988, (Tópico 4.2), que apresentou em 1989, projeto de ampliação da assistência farmacêutica, subsidiado pela Secretaria de Estado da Saúde, Norma Técnica CCMB 1/89. Essas Normas Técnicas foram criadas para serem seguidas por todas as Unidades próprias ou conveniadas do SUDS-SP.

Nesse momento, com várias ações já sendo implementadas em relação à assistência farmacêutica, conseguiu-se o primeiro concurso para farmacêuticos, em junho de 1989, ocorrendo duas contratações ainda em 1989. Constituiu-se então a equipe do nível central, ampliou-se a supervisão técnica das Unidades de Saúde (23 Unidades em 1989) e iniciaram-se ações junto aos programas de saúde. De 1989 a 1990, a equipe de farmacêuticos participava de praticamente todas as discussões da área de saúde e foi fundamental na estruturação de alguns serviços, como a criação da Comissão de Controle de Qualidade de Esterilização e Desinfecção de Materiais, que foi criada por iniciativa dos profissionais farmacêuticos. A primeira comissão foi nomeada pela Resolução Interna nº 18/90. A referida comissão é hoje coordenada por profissional farmacêutico.

Até este momento, tratou-se da organização do nível central, dos trabalhos de padronização, sistematização, normatização de procedimentos organização de fluxos e assunção da responsabilidade de administrar o controle dos medicamentos, assim como, supervisionar todas as Unidades.

Com a garantia de ter medicamentos nas quantidades necessárias, o próximo passo foi conseguir farmacêuticos para as Unidades, efetivando a dispensação de medicamentos por farmacêutico.

A partir de 1990, as contratações de farmacêuticos foram para atuação nas Unidades. Naquele ano ocorreram duas contratações de farmacêuticos e as Unidades Simioni e Vila Mariana, ambas configuradas como Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), começaram a contar com assistência de farmacêutico. Uma observação é pertinente: a contratação de profissionais de nível superior na SMS-RP é de jornada de quatro horas diárias.

Em 1992, ocorreram mais três contratações expandindo a atividade farmacêutica para as Unidades Vila Virgínia e Central, ressaltando que a Unidade Vila Virgínia tornou-se UBDS.

Nesse período permeava uma discussão em relação à contratação de farmacêutico pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP-Ribeirão Preto, para atuação no Centro de Saúde Escola Cuiabá, incluindo a assistência farmacêutica em um centro de saúde onde as Faculdades de Medicina e Escola de Enfermagem da USP já atuavam como campo de estágio voltado para o tripé, ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade. A contratação foi concretizada em 1992. Houve a participação da equipe de farmacêuticos municipais nessa discussão. A Unidade citada foi integrada a rede municipal e passou a ser UBDS em 1993.

Em 1994 ocorreu contratação de um profissional para a Unidade Castelo Branco, que foi transformada em UBDS nesse ano.

Em 1995 ocorreram mais três contratações e são constituídos os cinco Distritos com farmacêuticos, com cobertura de oito horas de trabalho diárias nas farmácias. Nesse mesmo ano inicia o processo de municipalização em Ribeirão Preto e as Unidades Ambulatório de Saúde Mental e Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-

59), foram incorporados á rede municipal. Ocorreu então a municipalização de dois farmacêuticos.

Em 1998 foram contratados mais quatro farmacêuticos, estruturando a Unidade Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e reestruturando o NGA 59, que passou por uma troca de toda equipe de farmácia. Neste momento, portanto, os cinco Distritos contam com farmacêuticos, além das farmácias de ambulatórios especializados, como NAPS, NGA-59 e Ambulatório de Saúde Mental e uma UBS, a Vila Mariana, totalizando nove Unidades com farmacêutico, além do nível central e laboratório de manipulação.

A estrutura foi montada de acordo com as possibilidades de contratação, mantendo várias ações centralizadas ao nível de Distrito, portanto, as farmácias das UBDS, foram cada vez mais incorporando atividades, como a dispensação de psicotrópicos, dispensação de medicamentos de nível secundário, medicamentos de protocolo, além de manter a supervisão técnica das Unidades de Saúde da área distrital de referência, além da organização interna da própria farmácia, em integração com os vários setores da Unidade.

Até o ano de 2000, as discussões da equipe permeavam as questões de controle, dificuldades orçamentárias, dificuldades de recursos humanos, excesso de trabalho, excesso de centralização, etc, mas um fator importante, trouxe mudanças significativas no mecanismo de trabalho dos profissionais farmacêuticos. Em 1996, o Ministério da Saúde incorporou a distribuição de antiretrovirais como estratégia de combate a AIDS. Esses medicamentos passaram a ser dispensados, de forma centralizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - USP de Ribeirão Preto. A DFAD, não aceitou a descentralização dessa dispensação, pois não havia

condições técnicas de se fazer um trabalho de qualidade, com o sucateamento que ocorreu em relação à crise de 1998-1999, no tocante aos recursos humanos. Ocorreu processo de demissão voluntária e redução de jornada de trabalho, causando sobrecarga ainda maior aos serviços de apoio. A área médica foi contemplada com terceirização de profissionais para o pronto-atendimento, mas as demais áreas continuaram com redução de quadro de pessoal e aumento do trabalho.

A descentralização da dispensação de ARV ocorreu para quatro ambulatorios de DST/AIDS (UBDS Simioni, UBDS Castelo Branco, NGA-59 e UBDS Central, que futuramente foi desvinculado da Unidade com a abertura do Centro de Referência José R. Campi), em novembro de 2000. A UBDS CSE Cuiabá, por problemas de recursos humanos, não participou dessa descentralização, apesar de manter ambulatorio de DST/AIDS.

Essa descentralização não é objeto desse estudo, mas foi precedida de muita discussão, com relação à incorporação de mudança de modelo. Optou-se pela descentralização com dispensação baseada em efetivar “Atenção Farmacêutica”, e dar um novo salto de qualidade ao serviço farmacêutico e conseqüentemente ao serviço de saúde. Esse novo processo também foi evidenciado por UETA, 1999 e ANDRADE, 2002.

O conceito consensual de Atenção Farmacêutica, apresentado pela OPAS, 2001, foi:

- “É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada

à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta integração também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”.

Mais uma vez, o serviço de assistência farmacêutica, conseguiu num momento apropriado, incorporar novas ações e ser pioneiro em atividades, mesmo que ainda incipiente, mas inovadoras, iniciando novos projetos de atenção farmacêutica.

Num primeiro momento, a equipe de farmacêuticos se posicionou de forma resistente às mudanças, devido principalmente às dificuldades de recursos humanos, mas, mesmo por imposição da liderança do grupo nesse momento, a satisfação posterior e o reconhecimento profissional por parte da equipe e da clientela, foram unânimes. No decorrer da implantação desse novo modelo, ficou claro a preocupação dos farmacêuticos em participarem de uma nova proposta, que incorpora a atividade clínica como inerente à sua formação, demonstrando que esse aprendizado ainda é incipiente durante a formação acadêmica.

Outra experiência positiva no tocante à atenção farmacêutica, no final do ano de 2000, por iniciativa do Programa para Uso Racional de Medicamentos (PURAME – FCFRP-USP0 em parceria com o Centro de Saúde Escola Cuiabá iniciaram um programa de atenção farmacêutica no Núcleo de Saúde da Família 3, realizando o cadastramento e o prontuário farmacêutico dos pacientes, com os registros do acompanhamento farmacoterapêutico, realizando a identificação e

solução dos problemas relacionados com os medicamentos. Participam desse programa, três docentes farmacêuticos da FCFRP-USP e estagiários bolsistas, realizando atendimento individual da população da área do núcleo.

No último ano do período estudado, 2001, ocorreu a inauguração da Unidade Jardim Aeroporto, que foi transformada em Centro de Saúde Escola do Centro Universitário Barão de Mauá, e conseguiu-se neste momento incorporar a assistência farmacêutica no convênio, com a interferência da DFAD-SMS-RP, com contratação pela faculdade de mais dois farmacêuticos. Ainda em 2001, três duplicações de jornada são efetivadas, ampliando a assistência.

O quadro funcional de farmacêuticos no final do período de estudo foi de: 5 (cinco) farmacêuticos de 40 horas semanais, 2 (dois) farmacêuticos municipalizados de 30 horas semanais, 12 (doze) farmacêuticos de 20 horas semanais e 3 (três) farmacêuticos ligados aos Centros de Saúde Escola, sendo um de 40 horas semanais e dois de 20 horas, perfazendo um total de 22 (vinte e dois) profissionais atuando nos vários níveis da assistência farmacêutica. Não foram considerados nessa contagem, os farmacêuticos da Vigilância Sanitária (dois) e os que atuam nos Laboratórios de Análises Clínicas (três).

Das 37 (trinta e sete) Unidades de Saúde, 33 (trinta e três) possuem farmácias e 12 (doze) contam com assistência de profissional farmacêutico.

A dispensação dos medicamentos, uma das funções que mais caracteriza o profissional farmacêutico fica, portanto, com uma lacuna entre a real necessidade técnica e a disponibilidade de recursos humanos capacitados.

A Secretaria Municipal da Saúde conta com aproximadamente 2.690 profissionais, sendo 1.130 profissionais (42%) de nível universitário. A proporção de farmacêuticos no total do nível universitário é de 2%.

4.7- Perfil de Consumo e Gastos com Medicamentos após a Municipalização, 1996 a 2001.

Neste estudo, foi encontrada uma variação de 3% a 4,1% de gasto com medicamentos dentre os gastos totais com saúde, sendo encontrado menor percentual em 1996, ano em que de fato a Secretaria Municipal da Saúde assumiu novos serviços, agora municipalizados e de grande atendimento, regional inclusive, como o NGA-59 e Ambulatório Regional de Saúde Mental. Cabe ressaltar, que até 1995 essas unidades eram abastecidas (fornecimento de medicamentos) exclusivamente pela Secretaria de Estado da Saúde, com praticamente as mesmas irregularidades encontradas pelo município, como já evidenciado no Tópico 4.2, essas unidades apresentaram avaliações de necessidades baseadas nas quantidades recebidas e não nas necessidades reais, devido aos constantes desabastecimentos e falta de periodicidade nos fornecimentos.

O Quadro 2, mostra a correlação dos valores gastos em saúde, com os gastos totais de medicamentos, em reais. Foram acrescidos nos valores totais, os valores dos medicamentos repassados em espécie, que também estão computados nos valores gastos com medicamentos.

Quadro 2 – Correlação entre os gastos com Saúde e os Gastos com Medicamentos, no município de Ribeirão Preto, de 1996 a 2001

Ano	Gasto Financeiro em Saúde (R\$)	Valor de Medicamentos repassados em espécie (R\$)	Total (R\$)	Gasto Total com Medicamentos (R\$)	%
1996	70.101.485,75	462.584,09	70.564.069,84	2.118.014,09	3,0
1997	70.479.475,08	678.944,11	71.158.419,19	2.948.056,69	4,1
1998	78.785.778,63	699.539,75	79.485.318,38	3.288.669,48	4,1
1999	98.913.477,77	638.598,92	99.552.076,69	3.289.576,44	3,3
2000	103.821.844,61	1.234.313,06	105.056.157,67	4.053.157,56	3,9
2001	101.879.517,06	1.671.618,20	103.551.135,26	4.226.926,08	4,1

Em relação à fonte de financiamento do gasto com medicamentos, a participação municipal variou de 60,5% em 2001 a 80,6% em 1999, apresentando uma média de 74,1%. A participação federal e estadual variou de 19,4% em 1999 a 39,5% em 2001, apresentando uma média de 25,9%, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Gastos com Medicamentos e respectivas porcentagens, segundo fonte de recebimento, municipal ou federal + estadual, em Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2001

Ano	Gasto Total com Medicamentos (R\$)	Valor Gasto em Medicamentos (Município) (R\$)	% Município	Valor de Medicamentos repassados em espécie (Federal + Estadual) (R\$)	% Federal + Estadual
1996	2.118.014,09	1.655.429,99	78,2	462.584,10	21,8
1997	2.948.056,69	2.269.112,58	77,0	678.944,11	23,0
1998	3.288.669,48	2.589.129,95	78,7	699.539,53	21,3
1999	3.289.576,44	2.650.977,72	80,6	638.598,72	19,4
2000	4.053.157,56	2.818.844,47	69,5	1.234.313,09	30,5
2001	4.226.926,08	2.555.307,88	60,5	1.671.618,20	39,5

Para a análise desses dados, é importante ressaltar que o município de Ribeirão Preto passou a receber os medicamentos do Programa Dose Certa a partir de julho de 1999, quando os municípios com mais de 150.000 habitantes passaram a ser contemplados. Em 2001, além do Programa Dose Certa, o município passou a receber medicamentos relacionados ao Programa de Saúde Mental, medicamentos estes priorizados pela regional de saúde a que pertence.

É importante analisar alguns desmembramentos de valores para identificar melhor a participação das especialidades. Um dos medicamentos, definidos pelo governo federal como medicamento estratégico, a Insulina, apresentou a maior variação de valor unitário como apresentado na TABELA 6. A Variação dos valores da insulina aumentou 220% considerando os anos de 1996 a 2001. O

aumento do valor da insulina interferiu nos valores da fonte federal, principalmente em 2001, em que 31,8% dos valores repassados pelas fontes estaduais e federais foram em insulina.

TABELA 6- Correlação dos valores de Insulina com os valores repassados em medicamentos segundo fonte federal e estadual, no período de 1996 a 2001, em Ribeirão Preto, considerando respectivos valores unitários de Insulina

Ano	Valor total (R\$)	Valor unit. Insulina (R\$)	Valor Total Insulina (R\$)	Porcentagem
1996	462.584,10	4,471	109.713,87	23,7%
1997	678.944,11	5,040	134.944,11	19,9%
1998	699.539,53	6,430	207.777,84	29,7%
1999	638.598,72	6,129	110.328,00 *	17,3%
2000	1.234.313,09	9,280	137.452,00 **	11,1%
2001	1.671.618,20	14,318	519.571,00	31,8%

* Em 1999, R\$ 108.502,00 foram gastos pelo município com Insulina, além do valor repassado, devido à irregularidade de abastecimento.

** Em 2000, o valor gasto pelo município com Insulina foi de R\$ 185.600,00.

Em relação ao número de unidades, a quantidade total de medicamentos dispensados foi crescente ao longo dos anos em estudo, iniciando em 23,3 milhões de unidades em 1996 até 50,1 milhões de unidades em 2001, com queda em 1999, (Figura 2). Essa queda em 1999 não foi tão acentuada, mas reflete-se na variação dos valores gastos com medicamentos (Figura 3).

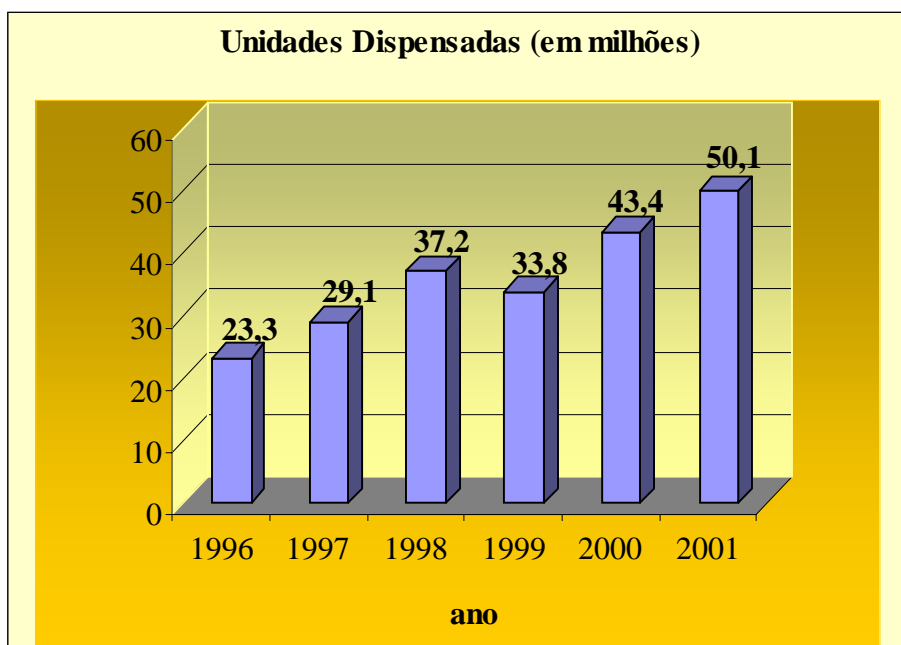


Figura 2- Número de unidades de medicamentos dispensadas (em milhões de unidades), pela DFAD no período de 1996 a 2001, na SMS-RP



Figura 3- Progressão de custos com medicamentos (em milhões de reais), no período de 1996 a 2001, na DFAD da SMS-RP

No Quadro 4 , são apresentados os valores gastos com medicamentos anualmente, subdivididos por categorias terapêuticas.

Algumas categorias apresentam maior variação percentualmente, como é o caso dos medicamentos cardiovasculares, diminuindo de 26% em 1996, para 15% em 2001, outra categoria que diminui é a dos medicamentos anti-infecciosos e antiparasitários, caindo de 29% para 23%.

Os medicamentos antidiabéticos, de saúde mental e saúde da mulher apresentam crescimento percentual.

No Quadro 5, são apresentadas as unidades dispensadas anualmente, de 1996 a 2001.

Nesse Quadro, as maiores alterações ocorrem com relação ao aumento da dispensação de medicamentos de saúde da mulher e de saúde mental.

Quadro 4- Valores Gastos anualmente, pela DFAD-SMS-Ribeirão Preto, com Medicamentos e respectivas porcentagens, por categorias, no período de 1996 a 2001

Ano	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
Categoria	Valor Anual	%	Valor Anual	%	Valor Anual	%	Valor Anual	%	Valor Anual	%	Valor Anual	%
Antiinfeciosos e Antiparasitários	614.811,66	29	852.136,12	29	817.784,16	25	824.055,84	25	902.542,20	22	979.396,68	23
Antidiabéticos	170.305,42	8	214.131,50	7	315.997,08	10	293.620,44	9	446.827,92	11	693.228,84	16
Cardiovasculares	557.489,70	26	597.370,75	20	701.686,68	21	723.882,72	22	691.754,40	17	625.551,60	15
Saúde Mental	93.354,68	5	220.021,63	7	272.918,16	8	369.749,16	11	399.935,28	10	334.502,88	8
Saúde da Mulher	131.158,13	6	302.513,09	10	498.007,08	15	465.977,88	14	739.036,80	18	649.282,20	15
Analgésicos e Antiinflamatórios	124.941,89	6	168.999,85	6	189.043,80	6	117.595,32	4	239.776,56	6	274.734,84	7
Medicamentos urgência/uso na Unidade de Saúde	166.384,57	8	193.264,63	7	197.570,64	6	194.760,12	6	276.134,64	7	300.567,96	7
Outros	259.568,04	12	399.619,12	14	295.661,88	9	299.934,96	9	357.149,76	9	369.661,08	9
Total	2.118.014,09	100	2.948.056,69	100	3.288.669,48	100	3.289.576,44	100	4.053.157,56	100	4.226.926,08	100

Quadro 5- Unidades de Medicamentos Dispensadas anualmente pela DFAD-SMS-Ribeirão Preto, e respectivas porcentagens, no período de 1996 a 2001

Ano	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
Categoria	Unidades Dispensadas	%	Unidades Dispensadas	%	Unidades Dispensadas	%	Unidades Dispensadas	%	Unidades Dispensadas	%	Unidades Dispensadas	%
Antiinfeciosos e Antiparasitários	1.949.818	8	2.151.857	7	2.371.764	6	2.278.102	7	2.717.100	6	3.107.869	6
Antidiabéticos	1.626.606	7	1.788.866	6	2.425.424	7	2.264.225	7	2.921.811	7	3.611.575	7
Cardiovasculares	10.102.920	44	11.958.478	41	16.092.268	43	14.905.730	44	18.154.320	42	21.605.791	44
Saúde Mental	1.794.334	8	3.793.348	13	4.914.797	13	4.935.747	14	6.236.334	14	6.716.807	13
Saúde da Mulher	338.718	1	791.679	3	1.345.669	4	1.371.672	4	1.960.975	5	1.840.801	4
Analgésicos e Antiinflamatórios	3.560.429	15	4.077.024	14	4.336.681	12	3.562.530	11	5.669.048	13	6.689.683	13
Medicamentos urgência/uso na Unidade de Saúde	259.067	1	301.914	1	354.501	1	293.237	1	389.996	1	687.048	1
Outros	3.665.038	16	4.269.944	15	5.370.019	14	4.216.348	12	5.386.278	12	5.894.770	12
Total	23.296.930	101	29.133.110	100	37.211.123	100	33.827.591	100	43.435.862	100	50.154.344	101

Outro resultado encontrado foi o valor médio da unidade de medicamento dispensada, ano a ano, obtida através da relação de gasto total anual, com o total de unidades dispensadas anualmente, mostrando uma certa regularidade nos valores médios de aquisição. A variação encontrada foi de R\$ 0,084 a unidade em 2001 a R\$ 0,101 em 1997, com média de R\$ 0,092, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6- Custo de aquisição de cada unidade de medicamento no período de 1996 a 2001

Ano	Unidades Dispensadas/Ano	Valores Anuais (R\$)	Custo da Unidade (R\$)
1996	23.296.930	2.118.014,09	0,091
1997	29.133.110	2.948.056,69	0,101
1998	37.211.123	3.288.669,48	0,088
1999	33.827.591	3.289.576,44	0,097
2000	43.435.862	4.053.157,56	0,093
2001	50.154.344	4.226.926,08	0,084

Analisando o perfil de consumo dos medicamentos, segundo o número de unidades, subdivididos por categorias, no período de 1996 a 2001, encontra-se um aumento dessa dispensação mais acentuado em relação à Saúde Mental (de 8% para 13%), e Saúde da Mulher (de 1% para 4%) dos medicamentos dispensados, conforme apresentados nas Figuras 4 e 5.

Medicamentos cardiovasculares matem o maior volume de dispensação, 44% na comparação de 1996 e 2001.

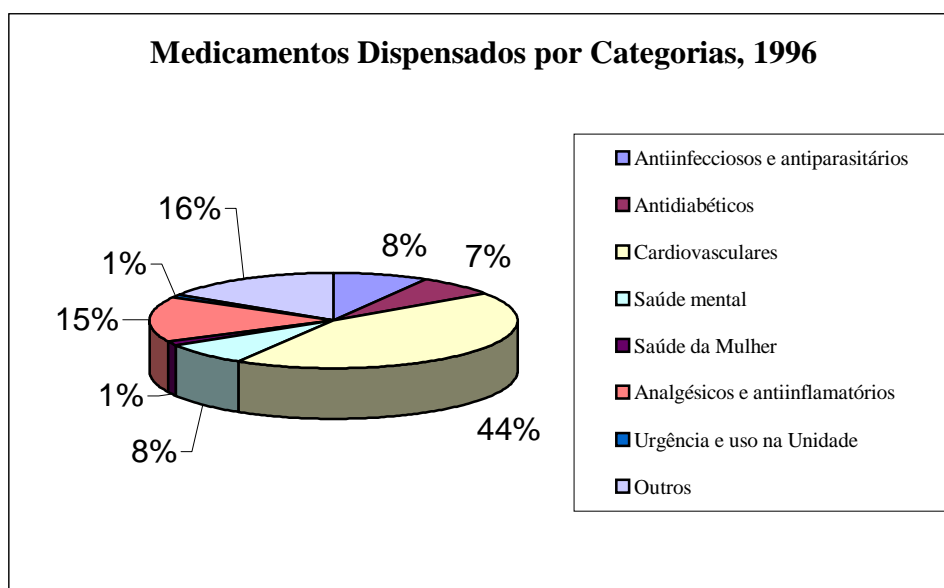


Figura 4- Medicamentos dispensados pela DFAD-SMS-RP, subdivididos por categorias, no ano de 1996

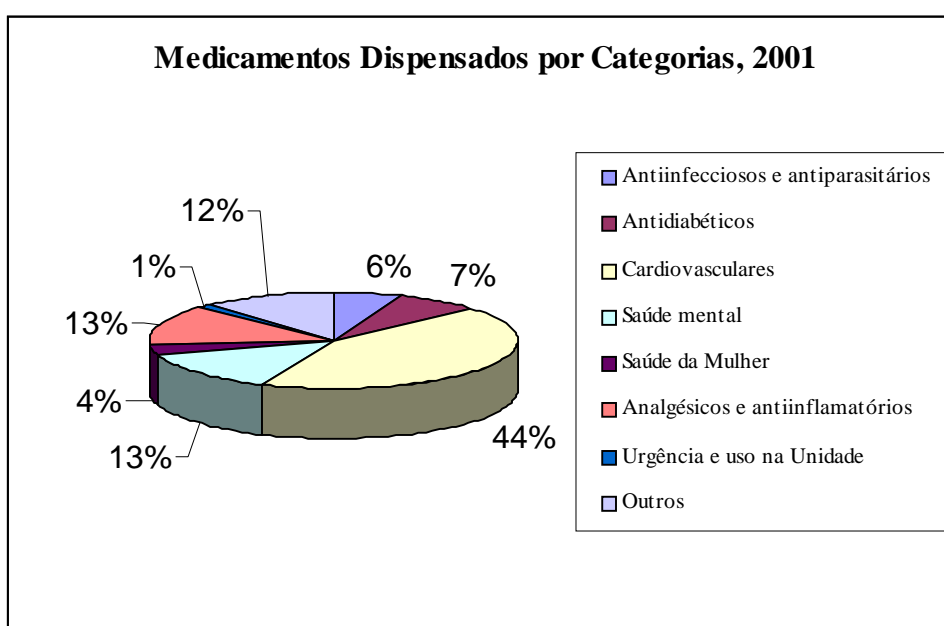


Figura 5- Medicamentos dispensados pela DFAD-SMS-RP, subdivididos por categorias, no ano de 2001

Com toda base de dados já formada, foi possível calcular o valor gasto de medicamentos, dispensados pela DFAD-SMS-RP, por habitante, relacionando ao número de habitantes, segundo fonte DATASUS.

Os dados obtidos estão demonstrados no Quadro 7, e correlaciona também os valores totais e em separado, investidos pelas esferas, municipal e estadual + federal.

Quadro 7- Valor gasto com medicamentos por habitante/ano, pelas respectivas esferas Municipal e Federal + Estadual, em Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2001

Ano	População	Valor Gasto em Medicamentos (Município) (R\$)	Valor per capita Municipal (R\$)	Valor de Medicamentos repassados (Federal + Estadual) (R\$)	Valor per capita (Federal + Estadual) (R\$)	Valor Total per capita ano (R\$)
1996	456.252	1.655.429,99	3,63	462.584,10	1,01	4,64
1997	462.578	2.269.112,58	4,91	678.944,11	1,47	6,37
1998	467.906	2.589.129,95	5,53	699.539,53	1,50	7,03
1999	473.274	2.650.977,72	5,60	638.598,72	1,35	6,95
2000	504.923	2.818.844,47	5,58	1.234.313,09	2,44	8,03
2001	514.160	2.555.307,88	4,97	1.671.618,20	3,25	8,22

Comparando-se com o valor do Piso de Atenção Básica (PAB), definido por habitante para atenção básica, o município de Ribeirão Preto recebia em 2001 o valor de R\$ 15,60 per capita ano e os gastos com medicamentos foram de quase R\$ 5,04 per capita ano. Nesse grupo de medicamentos padronizados, a grande maioria é para atenção básica, mas também contempla programas de atendimento secundário, além do atendimento de pacientes em seguimento no nível terciário.

5- Discussão

5- Discussão

O Sistema Único de Saúde – SUS tem alcançado grandes avanços, caminhando para sua consolidação. O aprofundamento da descentralização gera necessidades de aperfeiçoamento e busca de novas estratégias, para ampliação da capacidade de gestão dos estados e municípios.

O município de Ribeirão Preto foi um dos pioneiros na municipalização, dando os primeiros passos no período das AIS, em 1983, antecipando o que ocorreria de forma mais abrangente no final da década de 90.

Com isso, o município de Ribeirão Preto passou a gerenciar novos recursos, conseguindo ampliar as ações de atenção básica, iniciando ações programáticas, fortalecendo as Unidades de Saúde próprias.

É claro, que foi necessário, visão e decisão do gestor de saúde, agregando à saúde municipal personalidade própria, que acabou por destacar Ribeirão Preto como pólo de saúde, associado ao desenvolvimento de recursos humanos da área e o desenvolvimento de atividades das instituições (faculdades e serviços) na área da saúde (ROCHA,1993). A vontade política no início da descentralização era promover a mudança de modelo assistencial, quebrando a hegemonia do modelo do INAMPS, centralizado na assistência médica, na forma individual, curativa e de baixa resolutividade.

Na constituição das equipes, para o novo modelo, foi fundamental a decisão política, mais uma vez, de iniciar o trabalho com equipes multiprofissionais.

Nesse momento, a participação da Associação dos Farmacêuticos de Ribeirão Preto nas discussões, foi muito importante para a incorporação junto ao gestor, da necessidade de contratação de profissional farmacêutico para essa “nova” equipe.

A proposta da mudança de modelo, a descentralização, o início das ações programáticas, a vinda de novos recursos financeiros foram fatores determinantes para o início da implantação de uma efetiva assistência farmacêutica, mas a introdução do farmacêutico nesse conjunto, foi um marco para dar início a discussão de uma efetiva política de medicamentos no âmbito municipal.

Algumas mudanças são marcantes com relação à situação antes e depois do farmacêutico. Os medicamentos na Secretaria Municipal da Saúde deixaram de ser adquiridos por nomes comerciais, passando de 29,8% adquiridos pela denominação genérica em 1988, para 100% dessa forma à partir de 1989, propiciando o hábito da prescrição pela denominação genérica e reduzindo os custos de aquisição dos medicamentos. Passou também de 22,8% de medicamentos adquiridos para dispensação aos usuários, para 99% do total dispensado.

A modificação dos fluxos de distribuição e armazenamento, sob gerenciamento farmacêutico, nesse início, alteraram significativamente o perfil de perdas por validade e inutilização de medicamentos, como se identifica também em STORPIRTS, 1995.

Uma das primeiras ações do farmacêutico encontrada nesse estudo foi a decisão de mudar a maneira tradicional de trabalho, que era ficar fazendo os controles, à distância, em atividades meramente burocráticas, sem o contato direto com os medicamentos e o serviço de saúde. Essa decisão demonstrou a toda a equipe de saúde, quem era o profissional do medicamento, que assumiu de fato a execução do trabalho prático e não apenas burocrático.

Partindo do princípio de que a Saúde é direito de todos e dever do Estado e que este direito não se restringe apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas inclui também o acesso aos medicamentos, a assistência farmacêutica tem como papel fundamental possibilitar à população, os benefícios terapêuticos trazidos pelos medicamentos.

No ciclo da Assistência Farmacêutica, a seleção constitui ponto fundamental e essencial para execução de uma política de medicamentos. A seleção é um processo de escolha de medicamentos que deve estar baseada nas relações **risco x benefício e eficácia x custo**, para se conseguir padronizar medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma determinada população, tendo como base critérios epidemiológicos e avaliações periódicas de doenças prevalentes e necessidades de medicamentos de caráter preventivo. É necessário garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde.

Além dos critérios epidemiológicos, essa padronização deve estar fundamentada em critérios técnicos e econômicos, assim como, deve estar baseada na estrutura dos serviços de saúde.

Estes aspectos citados estão bem fundamentados e detalhados recentemente no manual lançado em 2002, pelo Ministério da Saúde, intitulado Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, Instruções Técnicas para a sua Organização.

Este estudo conseguiu mostrar como foi possível modificar o acesso aos medicamentos, ao longo dos dez últimos anos. Com a interferência do profissional farmacêutico, houve um crescimento de praticamente dez vezes, em números reais, de 5,8 milhões de unidades dispensadas em 1991, para 50,1 milhões de unidades dispensadas em 2001.

Esse crescimento não foi proporcional ao crescimento da população, que aumentou 18% de 1991 a 2001, comparado ao crescimento em quase dez vezes na dispensação de medicamentos.

Estima-se atualmente que 70% da população seja atendida no SUS, e considerando o crescimento vertiginoso que vem ocorrendo com relação ao aumento da expectativa de vida, cada vez mais serão necessários medicamentos para o tratamento de doenças crônicas dentre outras necessidades com relação à epidemiologia do envelhecimento.

O investimento em medicamentos por habitante ano passou de R\$ 4,64 em 1996 para R\$ 8,22 em 2001, comprovando a melhoria de acesso, principalmente com a constatação da estabilidade conseguida em relação ao custo médio das unidades dos medicamentos, que não se alteraram ao longo dos anos, conseguindo ainda uma redução de custos, muito mais significativa ainda, se a inflação do período for considerada.

Poucos são os trabalhos que mostram os investimentos com medicamentos no setor público, mas constata-se em CONSEDEY ET AL., 2000, que os Programas de Assistência Farmacêutica dos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais, que foram estados pioneiros, investiam respectivamente R\$2,76 hab/ano, R\$ 2,28 hab/ano e R\$ 2,04 hab/ano. Os cálculos para o estado de São Paulo foram feitos por habitante, considerando apenas a população dos municípios atendidos pelo Programa respectivo.

No caso do Estado de São Paulo, especificamente, o Programa Dose Certa iniciou em 1995, como projeto piloto na região de Sorocaba, com elenco de 32 princípios ativos e 40 apresentações. A implantação do programa ocorreu em três fases, a primeira, incluindo 491 municípios com população até 30.000 habitantes, na segunda fase, foram incluídos 90 municípios com população até 120.000 habitantes e na terceira fase, incluídos 14 municípios com até 250.000 habitantes. Até fevereiro de 1998, dos 606 municípios do

estado, 595 eram atendidos pelo programa, ou seja, 98,2% dos municípios, no entanto, com relação à cobertura por habitantes, atingiu 45%, pois os grandes municípios não foram contemplados.

Ribeirão Preto, como os demais municípios do Estado de São Paulo, com mais de 250.000 habitantes, começaram a fazer parte do Programa Dose Certa, a partir de julho de 1999. Neste mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 176/GM, em 08 de março de 1999, estabelecendo critérios e requisitos para qualificação dos municípios e estados ao incentivo a Assistência Farmacêutica Básica e definiu valores a serem transferidos. Os valores definidos para cada esfera de governo foram de R\$ 1,00 por habitante/ano governo federal, mínimo de R\$ 0,50 por habitante/ano governo estadual e mínimo de R\$ 0,50 por habitante/ano governo municipal. O governo do estado de São Paulo negociou com o governo federal e o incentivo para os municípios de grande porte passou a ser o Programa Dose Certa, com R\$ 2,00 por habitante/ano sendo R\$ 1,00 de cada esfera (estadual e federal), não ocorreu repasse financeiro e sim, em medicamentos na equivalência de valores.

No presente estudo, foi possível calcular os valores por habitante/ano repassados pelas esferas (estadual e federal), que foram: R\$ 1,01 em 1996, R\$ 1,47 em 1997, R\$ 1,50 em 1998, R\$ 1,35 e, 1999, R\$ 2,44 em 2000 e R\$ 3,25 em 2001. Os valores são crescentes e devidos principalmente ao aumento de custo unitário da insulina e da inclusão do Programa Dose Certa Saúde Mental, que aumentou significativamente os repasses desses medicamentos para os municípios que participam do referido programa.

Nos dados encontrados, a porcentagem dos gastos com medicamentos segundo fonte de recebimento sofrem um aumento no período de 2000 a 2001, demonstrando os efeitos da Portaria nº 176/GM, com garantia dos repasses estaduais e federais.

Na consideração do valor gasto com medicamentos por habitante ano é importante fazer algumas considerações.

O valor municipal gasto com medicamentos foi em média R\$ 5,04 de 1996 a 2001. Os medicamentos padronizados são definidos principalmente para a atenção básica e chega a um terço dos gastos em relação ao piso de atenção básica (PAB). Em Ribeirão Preto no ano de 2001, o PAB foi de R\$ 15,60 por habitante/ano.

O valor do PAB implantado na maioria dos municípios é de R\$ 10,00 por habitante/ano, e teoricamente seria para atender a necessidade de recurso para atenção básica.

Considerando todos os custos com saúde administrados pelo gestor municipal, apenas 3,75% dos gastos em média foram com medicamentos. O poder de compra e os mecanismos de padronização e aquisição de medicamentos estabelecidos interferiram significativamente para custos baixos e manutenção da estabilidade dos preços, se for comparado com os valores de mercado.

Diferente do que geralmente pensam os administradores de saúde, o Medicamento não é o grande vilão dos custos da assistência à saúde no setor público de maneira global, em contraponto, no mercado da indústria da saúde, quem está em primeiro lugar é a indústria farmacêutica.

As ações do farmacêutico têm ligação direta com atividades técnico-administrativas, inclusive para gerenciar todas as variadas formas de repasse que ocorrem no setor público.

O conhecimento dos processos e dos fluxos relacionados à seleção e à aquisição dos medicamentos é de fundamental importância.

As ações de padronização de medicamentos foram efetivadas pelo profissional farmacêutico, que desencadeou a série de atividades pertinentes. A liderança

da equipe que discute a padronização também é fundamental, pois o farmacêutico é que realiza o fechamento global das discussões, visualiza todos os programas no contexto geral e gerencia todos os dados de consumo/custo além da variação nos vários períodos de avaliação. Normalmente é esse profissional que auxilia na priorização macro do processo de padronização, articulando todas as variáveis de cada programa e cada área de saúde envolvida.

Nesse aspecto é importante ressaltar que a padronização de medicamentos na rede de saúde acaba por impor esse uso à aproximadamente 70% da população do município, que é usuária do serviço público de saúde.

Os membros da Comissão de Padronização de Medicamentos, talvez mais do que os outros profissionais de saúde, recebem uma enchente de visitas e tentativas de imposição de padronização de novos produtos. A influência do marketing pesado da indústria farmacêutica não é só teoria.

Alguns trabalhos recentes mostram que muito ainda se investe na indústria da doença, com tentativas de aumentar as percepções públicas sobre saúde e doença, para alargar mercados para novas drogas, (MOYNIHAN, HEATH & Henry, 2002; MINTZES, 2002; SMITH, 2002). Isso transforma e impõe a criação de demandas, insere novas solicitações por parte da população criando novas necessidades evidenciadas pelos profissionais e pelos usuários dos serviços de saúde.

Após a padronização efetuada, foi necessário o acompanhamento de todo processo de compra, a partir da solicitação, criando assim instrumentos capazes de modificar não só a maneira de aquisição, como interferir na avaliação de qualidade dos medicamentos.

A análise dos dados encontrados, com relação à evolução dos custos dos medicamentos, demonstra os aspectos farmacoeconômicos da assistência farmacêutica, conseguidos com a interferência no processo de seleção e de aquisição dos medicamentos.

Em 2001, MESTRINER ET AL., identificaram uma variação de preços 70% menor para aquisição de antidiabéticos e de 82% menor para aquisição de medicamentos cardiovasculares, comparando-se o preço de aquisição da DFAD-SMS-RP com os preços das farmácias comerciais.

Uma das ações efetivas foi a abertura do leque de opções para medicamentos de mesmo grupo farmacológico, como foi a compra das estatinas (medicamento hipolipemiante) e de inibidores da ECA, em momentos em que a situação de mercado farmacêutico de determinados medicamentos propiciavam um aumento de preços (variação acima dos demais). Nem sempre essas alterações foram bem recebidas pela equipe de saúde, pois a dispensação de medicamentos era descentralizada em várias Unidades de Saúde, não possuindo profissionais farmacêuticos em todas elas para realizar a interface da substituição dos medicamentos (informação sobre a disponibilidade e as trocas necessárias). Essas substituições provocaram vários transtornos na relação usuário, prescritor e farmácia, mas pode-se notar uma grande diferença entre as alterações quanto as estatinas (dispensação centralizada nas farmácias com farmacêuticos) e de inibidores da ECA (dispensação descentralizada), onde na primeira, a inter-relação com a equipe e usuários foi de forma mais tranquila, com a intermediação do farmacêutico.

As alterações da padronização levaram em consideração algumas variáveis que interferem diretamente nos aspectos financeiros da aquisição de medicamentos. Uma delas é relativo ao poder de compra, ou seja, quais são as quantidades adquiridas e a regularidade com que elas ocorrem. Outra variável é o tempo para o pagamento dos fornecedores. Uma variável extremamente relevante é o número de fabricantes do mesmo

medicamento (denominação genérica) que modifica significativamente a competitividade, com conseqüente redução de preços.

Apesar das dificuldades enfrentadas com as substituições propostas, a dispensação de medicamentos cardiovasculares continuou sendo em torno de 44% (de 1996 a 2001) da dispensação em unidades, mas os gastos proporcionais desse grupo (o mais consumido), reduziram de 26% em 1996 para 15% em 2001 do total de gastos com medicamentos.

Esses são alguns dos conflitos do gerenciamento de insumos que dependem de recursos financeiros e precisam sempre economizar, e essa economia dificilmente está em consonância com as necessidades técnicas.

Nesse contexto complexo, as relações profissionais do farmacêutico na tríade: profissionais da área administrativa/financeira, profissionais técnicos da saúde e população tornam-se difíceis e exaustivas.

Associado a esses fatores, muitas dificuldades com relação à formação profissional, quanto ao desenvolvimento das ações, a integração em equipes multi e interdisciplinares ainda permeiam as questões de qualificações técnicas (SANTOS, 1993; SANTOS, 1999; FREITAS ET AL., 2002; RODRIGUES, 2002).

O trabalho farmacêutico, ao longo dos anos e na sua história profissional, atravessou diversas crises, inclusive de identidade, com as várias possibilidades de atuação (FREITAS ET AL., 2002).

Numa revisão atual, realizada por FREITAS ET AL., 2002, foi reafirmado que a profissão farmacêutica está, historicamente entre as mais antigas atividades profissionais e desenvolveu-se como parte integrante da sociedade, sempre com o objetivo de servi-la, e tem, ao longo dessa existência, prestado relevantes serviços à humanidade.

Como modelo hegemônico, cultivando as especialidades, as atividades profissionais refletem a tendência da sociedade, na era pós-industrial, voltada a valorizar a produção e utilização do conhecimento para o domínio do mercado, deixando para segundo plano, a produção de bens e serviços que possam melhorar a qualidade de vida da população.

Um dos motivos do olhar verticalizado dos profissionais é por não entender a capacidade de incorporação da questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1999).

As questões culturais tanto da população, como dos profissionais de saúde, estão ligadas diretamente às questões de acesso e consumo de medicamentos. As mudanças só serão conseguidas quando houver transformações importantes, principalmente na maneira de lidar com as pessoas, não só no sentido de reciclagem e transferência de informações, mas no sentido de educação em saúde, onde se torne possível a transformação das pessoas que atendem no serviço de saúde, das que o usam os serviços e das que o administram, formando assim uma real co-gestão do sistema de saúde com o objetivo de conseguir melhor qualidade de vida paritariamente (CAMPOS, 2000).

A profissão farmacêutica passa atualmente por uma fase em que se coloca de forma ampliada a discussão da volta do farmacêutico com o seu principal instrumento de trabalho, o uso do medicamento, retomando o seu eixo profissional.

Nessa discussão, aflorou a questão do medicamento e a necessidade da volta das atividades tendo como parte de fundamental importância, o usuário dos serviços de saúde.

A conscientização de que os medicamentos podem causar danos à saúde, se mal empregados, e que o farmacêutico é o profissional de saúde mais bem preparado para assegurar o uso racional dos medicamentos, reafirmou a farmácia como local de atendimento primário à saúde, a qual deve estar permanentemente comprometida com a saúde individual e coletiva. Não obstante aos fatores técnicos e econômicos, que fortemente influenciam a assistência farmacêutica, torna-se necessário cada vez mais, a inserção de novos conceitos, como, co-responsabilização, acolhimento, substituição de procedimentos em saúde, por cuidados em saúde e incorporação de valores, como humanização.

6- Conclusões

6- Conclusões

A partir da análise efetuada da implantação da Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, pode-se concluir:

- O município de Ribeirão Preto foi um dos municípios pioneiros a participar do processo de descentralização das ações de saúde, conseguindo ampliar atividades numa proposta de mudança de modelo assistencial, incluindo a Assistência Farmacêutica como um dos pilares desse desenvolvimento.
- A contratação de profissionais farmacêuticos foi um marco para dar início a discussão de uma efetiva Política de Medicamentos no âmbito municipal.
- O trabalho farmacêutico desenvolveu-se no sentido de evidenciar as competências que são conferidas a este profissional nas atividades de direção e administração dos serviços farmacêuticos, no controle e regulamentação de todo o fluxo que envolve desde a seleção até a dispensação dos medicamentos.
- A descentralização da Assistência Farmacêutica foi fundamental para a execução de uma Política de Medicamentos Municipal, inserida na estratégia das Políticas de Saúde, assegurando a eficiência dos recursos públicos para aquisição de medicamentos, tidos como um dos indicadores de qualidade dos Serviços de Saúde.

- Sem o profissional qualificado, não adianta as melhores propostas, os melhores programas, pois se faz necessário o desenvolvimento de atividades estratégicas vinculadas ao núcleo profissional específico.
- Chegou-se até o momento, à organização e sistematização de todo o fluxo de medicamentos, garantindo o acesso da população a esse instrumento de trabalho do farmacêutico.
- Constatou-se que os gastos com medicamentos foram em média 3,75% do gasto total com saúde no período de 1996 a 2001 e o gasto per capita/ano com medicamentos subiu de R\$ 4,64 em 1996 para R\$ 8,22 em 2001, mantendo-se a estabilidade dos custos unitários, com média de R\$ 0,092 a unidade, demonstrando o cumprimento da estratégia principal: propiciar o acesso da população aos medicamentos.
- A dispensação de medicamentos aumentou de 5,8 milhões de unidades em 1991 para 50,1 milhões em 2001.
- O gerenciamento farmacêutico no acompanhamento dos fluxos de seleção e aquisição dos medicamentos foi determinante para a estabilidade dos preços de aquisição, demonstrando os aspectos farmacoeconômicos da assistência farmacêutica.
- Apesar de todo crescimento da assistência Farmacêutica na SMS – RP até o momento atual, o número de profissionais farmacêuticos é insuficiente para a expansão dos novos projetos que priorizam a relação farmacêutico/paciente. A implantação da atenção farmacêutica poderá levar a um melhor uso desse poderoso instrumento, o medicamento, agora já organizado e gerenciado, mas

com um grande caminho a percorrer em relação à atenção à clientela, favorecendo educação para o uso correto dos medicamentos propiciando o uso racional dos mesmos.

7- Anexos

Anexo 1

Relação Nominal dos sub-grupos divididos por

Categorias Terapêuticas



- **Antiinfeciosos e Antiparasitários:**

Acetonido Fluocinolona + Polimixina B
 Ácido Pipemídico 400 mg
 Amoxicilina 500 mg
 Amoxicilina suspensão 150 mL
 Ampicilina 500 mg
 Ampicilina suspensão oral
 Benzilpenicilina (proc+pot 300/100.000 U)
 Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 U
 Benzilpenicilina benzatina 600.000 U
 Cefalexina 2,5% pó p/ suspensão
 Cefalexina 500 mg
 Cloranfenicol colírio
 Deltametrina Loção
 Doxiciclina 100 mg
 Eritromicina 2,5% - suspensão
 Eritromicina 250 mg
 Mebendazol 100 mg
 Mebendazol 2% - suspensão
 Metronidazol 250 mg
 Metronidazol 4% - suspensão
 Metronidazol geléia vaginal
 Miconazol 2% - creme vaginal
 Neomicina 5 mg + Bacitracina 250 UI
 Nistatina 100.000 UI/mL - suspensão oral
 Nitrofurazona pomada
 Praziquantel 150 mg
 Sulfametoxazol+Trimetoprima 400:80mg
 Sulfametoxazol+Trimetoprima suspensão 0,8%
 Tetraciclina + Anfotericina - creme vaginal
 Tiabendazol 250 mg /5 mL - suspensão
 Tinidazol 500 mg
 Aciclovir 200mg
 Azitromicina 500mg
 Cetoconazol 200mg
 Ciprofloxacina 500mg
 Fluconazol 100mg
 Pirimetamina 25mg
 Sulfadiazina 500 mg
 Ganciclovir 500mg inj.
 Pentamidina 300mg inj.

- **Antidiabéticos:**

Glibenclamida 5 mg
 Insulina Humana NPH 100 UI/mL
 Insulina Humana Regular
 Metformina 850 mg

- **Cardiovasculares:**

Captopril 25 mg
 Clonidina 0,15 mg
 Digoxina 0,25 mg
 Enalapril 10 mg
 Furosemida 40 mg
 Hidroclorotiazida 50 mg
 Isossorbida 10 mg
 Isossorbida 5 mg sublingual
 Lovastatina 20 mg ou
 Metildopa 500 mg
 Nifedipina 10 mg - sublingual - cápsula
 Nifedipina 20 mg liberação lenta
 Propranolol 40 mg

- **Saúde Mental:**

Prometazina 25 mg
 Ac. Valpróico 250mg
 Amitriptilina 25 mg
 Biperideno 2 mg
 Biperideno 5 mg/mL - 1 mL
 Carbamazepina 200 mg
 Carbonato de Lítio 300 mg
 Clomipramina 10mg
 Clorpromazina 25 mg
 Clorpromazina 4% - sol. oral
 Clorpromazina 5 mg/mL - 5mL
 Clorpromazina 100 mg
 Diazepam 10 mg
 Diazepam 5 mg
 Diazepam 5 mg/mL - 2mL
 Fenitoína 100 mg
 Fenitoína 50 mg/mL - 5mL
 Fenobarbital 100 mg
 Fenobarbital 200 mg/mL - 1 mL
 Fenobarbital 4% - solução oral
 Fluoxetina cloridrato 20 mg
 Haloperidol 0,2% - solução oral
 Haloperidol 1mg
 Haloperidol 5 mg
 Haloperidol 5 mg/mL - 1mL
 Haloperidol decanoato 70,52 mg/mL - 1mL
 Imipramina 10 mg
 Imipramina 25 mg
 Imipramina 75 mg
 Levodopa 250mg+Carbidopa 25mg
 Meperidina, cloridrato 50 mg/mL - 2 mL
 Midazolam 1 mg/mL - 5 mL
 Nitrazepan 5mg
 Periciazina 1% - gotas - pediátrico
 Periciazina 4% - gotas - adulto

- **Saúde da Mulher:**

Estrógenos Conjugados 0,625 mg
 Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg
 Etinilestradiol 0,03 mg + Desogestrel 0,15 mg
 Medroxiprogesterona 5 mg
 Medroxiprogesterona 150mg/mL
 Noretisterona 0,35mg

- **Analgésicos e Antiinflamatórios:**

Ácido Acetil Salicílico 100 mg
 Ácido Acetil Salicílico 500mg
 Diclofenaco 50 mg
 Diclofenaco Sódico 25 mg/mL - 3 mL
 Dipirona 500 mg/mL - 2 mL
 Dipirona 500 mg/mL – gotas

- **Medicamentos de Urgência e para Uso na Unidade:**

Adrenalina 1mg/mL - 1mL
 Água Destilada 5 mL
 Aminofilina 24 mg/mL - 10 mL
 Amiodarona 50 mg/mL - 3 mL
 Atropina 0,25 mg/mL - 1 mL
 Bicarbonato de Sódio 8,4 % - 10 mL
 Bicarbonato de Sódio 8,4% - 250 mL
 Cloreto de Potássio 19,1 % - 10 mL
 Cloreto de Sódio 0,9 % - 10 mL
 Cloreto de Sódio 0,9% - 500 mL - (Soro Fisiológico)
 Deslanosídeo 0,2 mg/mL - 2 mL
 Dopamina 5 mg/mL - 10 mL
 Ergotamina 0,2 mg/mL - 1 mL
 Etilefrina 10 mg/mL - 1 mL
 Furosemida 10 mg/mL - 2 mL
 Glicose 5% - 500 mL - (Soro Glicosado)
 Glicose 25% - 10 mL
 Glicose 50% - 10 mL
 Gluconato de Cálcio 100 mg/mL - 10 mL
 Hidrocortizona 100 mg
 Hidrocortizona 500 mg
 Hioscina 20 mg + Dipirona 2500 mg - 5 mL
 Imunoglobulina Antitetânica
 Lidocaína 2% - solução injetável - 20mL
 Metoclopramida 5 mg/mL - 2 mL
 Procainamida 100 mg/mL - 5 mL
 Prometazina 25 mg/mL - 2 mL
 Propranolol 1mg/mL - 1 mL
 Ranitidina 25 mg/mL - 2 mL
 Ringer com Lactato 500 mL
 Sulfato de Magnésio 1 mEq/mL - 10 mL
 Sulfato de Terbutalina 0,5 mg/mL - 1 mL
 Verapamil 2,5 mg/mL - 2 mL
 Água Oxigenada 10 vol.
 Álcool 96%

Anestésico colírio
 Benzilpenicilina potássica 5.000.000 U
 Benzina
 Fenoterol 5 mg/mL - 20 mL - gotas
 Glutaraldeído 2%
 Indicador Biológico
 Ipratrópio, Brometo
 Lidocaína 10% - spray
 Lidocaína 2% - geléia
 Lidocaína 5% - pomada
 P.V.P.I. Degermante
 P.V.P.I. Tópico
 Vaselina Líquida
 Vaselina Sólida
 Violeta Genciana
 Atropina 1% - 3 mL - colírio
 Ciclopentolato, cloridrato - 5 mL - colírio
 Colírio Lubrificante
 Dexametasona + cloranfenicol - 5 mL - colírio
 Reepitelizante - pomada oftálmica
 Fenilefrina, cloridrato - 10% - 5 mL - colírio
 Fluoresceína colírio
 Gentamicina, sulfato - pomada oftálmica
 Pilocarpina, cloridrato 2% - 10 mL - colírio
 Pilocarpina, cloridrato 4% - 10 mL - colírio
 Tropicamida 1% - 5 mL - colírio

- **Outros:**

Aminofilina 100 mg
 Aminofilina 240 mg/mL - gotas
 Cimetidina 200 mg
 Cloreto de Sódio 0,9% -30mL
 Colagenase + Cloranfenicol pomada
 Dexametasona 0,1% creme
 Dexclorfeniramina - xarope
 Dexclorfeniramina 2 mg
 Hidróxido de Alumínio 6,2% - suspensão
 Metoclopramida 10 mg
 Óleo Mineral
 Permanganato de Potássio 100 mg
 Piridoxina 40mg - (Vitamina B6)
 Polivitamínico - gotas
 Prednisona 20 mg
 Prednisona 5 mg
 Retinol + Calciferol + Óxido de Zinco
 Sais para Reidratação Oral
 Salbutamol 0,04% - xarope
 Salbutamol 2 mg
 Sulfato Ferroso 40 mg de Ferro elementar
 Sulfato Ferroso gotas (25 mg de Ferro elementar/mL)
 Tiamina 300mg
 Vitaminas do Complexo B
 Folinato de Cálcio 15mg

8- Referências Bibliográficas

8- Referências Bibliográficas*

ANDRADE, R.C.G. **A importância do Farmacêutico na assistência ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2 em duas Unidades Municipais de Saúde de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2002. 137 pág. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BARROS, J.A.C. **Propaganda de Medicamentos atentado à saúde?** Hucitec-Sobravime; São Paulo, 1995.

BERMUDEZ, J.A.Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade.** Hucitec-Sobravime; São Paulo, 1995.

_____. **Medicamentos e a reforma do Setor Saúde,** Hucitec-Sobravime, 1999.

BONFIM, J.R.A. & MERCUCI, V.L. **A Construção da Política de Medicamentos.** São Paulo, Hucitec, 1997.

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

BRASIL. **Lei Orgânica da saúde. Lei 8.080/90.** Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, 10 de novembro de 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia básico para a farmácia hospitalar.** Brasília, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma, Repensando a Saúde**, Editora Hucitec, 2.^a edição, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**, São Paulo, Hucitec, 2000.

CASTRO, L.L.C, (org). **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. São Paulo, AG Gráfica e Editora, 2000.

CARAMONA, M.M. **Farmácia clínica: uma nova farmácia?** Bol. Fac. Farm.Coimbra, v10, n.1, p.19-37. Coimbra, 1986.

COSENDEY ET AL. **Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três municípios brasileiros**. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, 16(1) 171-182, jan-mar,2000.

1º ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS. Brasília, 1988. **Relatório final**. Brasília, CEME - Ministério da Saúde, 1988.

FILHO, B.T., PAYÁ, R.F.T & TOLOSA, R.F. **Manual Prático para Realização de Licitações**. Ribeirão Preto, Editora Ibrap, 2001.

FREITAS, O. ET AL. **O Farmacêutico e a Farmácia: uma análise retrospectiva e prospectiva**. Infarma, v.14, nº 1/2, Brasília, 2002.

GARCIA C.S.C. **Plano de ação para 1989 – Medicamentos - SUDS-R50**. Ribeirão Preto, 1989.

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

GUIA, R.G.P. **Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escala dos custos de saúde: a estratégia alemã.** Cadernos de Saúde Pública, vol.12, n.1, Rio de Janeiro, abr/jun, 1996.

LAPORTE, J.R & TOGNONI, G. **Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilância.** In: LAPORTE, J.R & TOGNONI, G. **Principios de epidemiologia Del medicamento.** 2ª edición. Barcelona, Ediciones Científicas y Técnicas, 1993.

LAPORTE, J.R. ET AL. **Epidemiologia do medicamento.** Hucitec-Abrasco; São Paulo-RJ, 1989.

LUIZA, V.L., CASTRO, C.G.S.O. & NUNES, J.M. **Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo,** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(4): 769-776, out-dez, 1999.

LUZ, M.T. **Culturas Contemporâneas e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do século XX.** Rev.Saúde Coletiva, v.7,n.1,p.13-43,1997.

MENDES, E.V. ET AL. **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Hucitec-Abrasco; São Paulo-RJ, 1994.

MESTRINER, D.C.P. ET AL. **Estudo comparativo de preços de aquisição de medicamentos: um aspecto farmacoeconômico.** European Journal of Pharmaceutical Sciences. 3.º Congress of Pharmaceutical Sciences, Águas de Lindóia, São Paulo, Brasil, 2001.

MINAYO, M.C.S. (org). **Os muitos Brasis. Saúde e população na década de 80.** São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec-Abrasco,1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Central de Medicamentos. **Memento Terapêutico CEME 89/90.** Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica – SUS 01/93**. Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica – SUS 01/96**. Brasília, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, o que é e como funciona**. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME**. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, instruções técnicas para a sua organização**. Brasília, 2002.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, manual básico**. Brasília, 2002.

MINTZES, B. **Does direct to consumer drug advertising medicalise normal human**. British Med. Journal, 324: 909-911. Vancouver, Canadá, 2002.

MOYNIHAN, R., HEATH, I. & HENRY, D. **Action needed to stop “disease mongering”**. British Med. Journal, 324: 886-891, Sydney, Australia, 2002.

OLIVEIRA, F.J.A. **Concepções de Doença: O que os Serviços têm a ver com isso?**. In DUARTE, L.F.D. & LEAL, O. F. (org). **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 1998.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud**. Informe de un Grupo de Consulta de la OMS. Ginebra, OMS, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Relatório da Oficina de Trabalho. Fortaleza, 2001.

PEREIRA, A.A., **Produção Descentralizada de Medicamentos Essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: Um diagnóstico estratégico de sua implementação.** Rio de Janeiro, 1995, Dissertação de Mestrado Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.

PEREIRA, E. B. **Sistemas de informações e informática no sistema de saúde durante 15 anos (1983 – 1997): uma contribuição ao estudo do local, estadual e nacional, em Ribeirão Preto – SP.** Ribeirão Preto, 1999, 284 pág. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

POSSAS, C.A. **Saúde e Trabalho: a crise da previdência social.** Rio de Janeiro, Graal, 1981.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde, **Planejamento em Saúde no Município de Ribeirão Preto – Estado e São Paulo, julho/92 – junho/93.** Ribeirão Preto, 1992.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde, **Plano Diretor 1994.** Ribeirão Preto, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde, **Plano de Saúde de Ribeirão Preto – Período 2001 - 2004.** Ribeirão Preto, 2001.

ROCHA, J.S.Y. **O Sistema de Saúde que temos e o Sistema de Saúde que queremos.** Informativo da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, ano I, n.2, outubro de 1993. Ribeirão Preto, 1993.

ROCHA, L.E. (org) **Isto é trabalho de gente?** São Paulo, Vozes, 1993.

SANTOS, M.R. **Do Boticário ao Bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil**. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz.

SANTOS, M.R.C. **Profissão Farmacêutica no Brasil: História, Ideologia e Ensino**. Ribeirão Preto, Holos Editora, 1999.

SANTOS, V. **Indicadores selecionados do uso de medicamentos-OMS, no município de Ribeirão Preto - São Paulo**. São Paulo, 1999. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Norma Técnica CCMB 1/89**. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 1989.

SIMÕES, M.J.S., MOTTA, M. **Indicadores de prescrição de medicamentos em Ribeirão Preto, SP**. In Seminário de Farmacoepidemiologia 1, 1996, Fortaleza. Resumo. Fortaleza, 1996SP-08, p.32.

SILVA, L.R. - **Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias - uma abordagem sanitária**, 2002, 156 pág. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SMITH, R. **What is and what is not a disease?** British Med. Journal, 324: 883-885, Londres, Inglaterra, 2002.

SOBRAVIME, - **O que é Uso Racional de Medicamentos**. Acción Internacional para la Salud – América Latina y El Caribe, São Paulo, 2001.

STORPIRTS, S. **Farmacia Clínica: reflexões sobre a capacitação profissional e prestação de serviços à comunidade**. Revista Méd. HU-USP, v.5, n.1/2, p.49-53, jan/dez. São Paulo, 1995.

UETA, J. ET AL. **A Farmácia e o “pharmaceutical care”**. Revista do Farmacêutico – órgão informativo do Conselho Regional do Estado de São Paulo, São Paulo, v.39, p.36-37, 1999.

WATANABE, A. **O perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados em hospital terciário e sua relação com a organização do sistema de saúde- Ribeirão Preto- São Paulo**, 1999. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WHO (World Health Organization). **The Selection of Essencial Drugs: First Report of the WHO Expert Committee**. Who Technical Repot Series 615. Genebra, 1977.

ZUBIOLI, A. **A Profissão Farmacêutica: e agora?** Curitiba, Levis, 1992.

Apêndices

Apêndice 1

Medicamentos Padronizados

Secretaria Municipal da Saúde – Ribeirão Preto

Medicamentos Padronizados - Secretaria Municipal da Saúde – Ribeirão Preto

Programa Saúde da Mulher

Ác. Tricloroacético (TCA)
 Ácido Acético 2%
 Azul Toluidina 1%
 Cefalexina 500mg (para gestantes e mastite) **
 Condom de Látex lubrificado
 Dispositivo Intra Uterino (DIU)
 Doxiciclina 100mg
 Estrógenos Conjugados 0,625 mg
 Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg
 Lugol Forte
 Medroxiprogesterona 5mg
 Metronidazol 10% geléia vaginal
 Miconazol 2% creme vaginal
 Noretisterona 0,35 mg
 Tetraciclina + Anfotericina creme vaginal
 Tinidazol 500 mg

Programa Saúde da Criança

Dextroclorofeniramina xarope
 Mebendazol 2% suspensão
 Metronidazol 4% suspensão
 Óleo Mineral
 Polivitamínico gotas
 Salbutamol 2mg / 5mL xarope
 Sulfato Ferroso 25 mg Ferro elem./mL gotas
 Tiabendazol 250mg/mL suspensão

Programa Hipertensão/

Hipercolesterolemia/Ap. Cardiovascular

Captopril 25mg
 Clonidina 0,15mg
 Digoxina 0,25mg
 Enalapril 10 mg
 Sinvastatina 20mg **
 Furosemida 40mg
 Hidroclorotiazida 50mg
 Isossorbida 10mg
 Isossorbida 5mg sublingual
 Metildopa 250 ou 500 mg
 Nifedipina 10mg cápsula
 Nifedipina 20mg retard
 Propranolol 40mg

Programa de Diabetes

Glibenclamida 5 mg
 Insulina Humana NPH 100 UI/mL
 Insulina Humana Regular
 Metformina 850mg

Programa de Saúde Mental ***

Ácido Valpróico 250mg
 Amitriptilina 25mg
 Biperideno 2mg
 Carbamazepina 200 mg **
 Carbonato de Lítio 300 mg
 Clomipramina 10mg
 Clorpromazina 4% - sol. Oral
 Clorpromazina 100 mg
 Clorpromazina 25 mg
 Diazepan 10mg **
 Diazepan 5mg **
 Fenitofina 100mg
 Fenobarbital 100 mg **
 Fenobarbital 4% - sol. oral
 Fluoxetina, clor. 20mg
 Haloperidol 0,2% - sol. oral
 Haloperidol 1mg
 Haloperidol 5mg
 Haloperidol decanoato 70,52 mg/mL - 1mL
 Imipramina 10 mg
 Imipramina 25mg
 Imipramina 75 mg
 Levodopa 250mg + Carbidopa 25mg
 Nitrazepam 5mg
 Periciazina 1% gotas - pediátrico
 Periciazina 4% gotas - adulto
 Prometazina 25 mg
 Tiamina 300mg

Quimioterápicos antibacterianos

Ácido Pipemídico 400 mg
 Amoxicilina 250mg/5mL suspensão
 Amoxicilina 500 mg
 Ampicilina 5% suspensão
 Ampicilina 500mg
 Azitromicina 500mg ****
 Benzilpenicilia benzatina 600.000 UI
 Benzilpenicilia benzatina 1.200.000 UI
 Benzilpenicilia. Proc. + Pot. 300/100.000 UI
 Cetoconazol 200mg ****
 Ciprofloxacino 500mg *****
 Eritromicina 250mg
 Eritromicina 2,5% suspensão
 Nistatina 100.000 UI/mL suspensão
 Pirimetamina 25mg ****
 Sulfadiazina 500mg ****
 Sulfametoxazol + Trimetoprima suspensão
 Sulfametoxazol 400 mg + Trimetoprima 80 mg

Uso Tópico

Acetonido Fluocinolona + Polimixina B
 Água Oxigenada 10 vol.
 Álcool 70%
 AD FURP (Retinol + Calciferol + Óx. de Zinco)
 Benzina
 Cloranfenicol colírio
 Cloreto Mercurioso (Calomelano)
 Dexametasona 0,1% creme
 Fluoreto de Sódio
 Lidocaína 2% - 20 mL
 Lidocaína 2% geléia
 Lidocaína 5% pomada
 Neomicina 5mg + Bacitracina 250 UI
 Permanganato de Potássio 100 mg
 Podofilina 25% - 20 mL
 Pasta de UNNA
 P.V.P.I. Degermante
 P.V.P.I. Tópico
 Sulfadiazina de Prata 1%
 Vaselina líquida
 Vaselina sólida
 Violeta Genciana

Ap. Respiratório/Anti-Histamínico/Glicocorticóide

Aminofilina 100 mg
 Dextroclorofeniramina 2 mg
 Fenoterol 5 mg/mL - 20 mL gotas
 Ipratrópio, Brometo
 Prednisona 5 mg
 Prednisona 20 mg
 Salbutamol 2mg

Anti-Parasitário/Nutrição/Anti-Emético/Anti-Ácido

Deltametrina loção
 Hidróxido de Alumínio 6,2% suspensão
 Mebendazol 100 mg
 Metoclopramida 10 mg
 Metronidazol 250 mg
 Oxamniquina 250 mg *
 Oxamniquina 50mg/mL suspensão *
 Praziquantel 150 mg *
 Sais para Reidratação Oral
 Sulfato Ferroso 40mg de Ferro elementar
 Vitaminas do Complexo B

Analgésico/Anti-Inflamatório

Ácido Acetil Salicílico 100 mg
 Ácido Acetil Salicílico 500 mg
 Diclofenaco 50 mg
 Dipirona gotas

Injetáveis

Adrenalina 1mg/mL - 1 mL
 Água Destilada 5 mL
 Aminofilina 24 mg/mL - 10 mL
 Amiodarona 50mg/mL - 3 mL
 Atropina 0,25 mg/mL - 1 mL
 Bicarbonato de Sódio 8,4% - 250 mL
 Bicarbonato de Sódio 8,4 % - 10 mL
 Biperideno 5mg/mL - 1mL
 Cloreto de Potássio 19,1 % - 10 mL
 Cloreto de Sódio 0,9 % 10mL
 Clorpromazina 5mg/mL - 5mL.
 Deslanosídeo 0,2mg/mL - 2 mL
 Diazepan 5mg/mL - 2 mL
 Diclofenaco Sódico 25mg/mL - 3 mL
 Dipirona 500mg/mL - 2 mL
 Dopamina 5mg/mL - 10 mL
 Ergotamina 0,2mg/mL - 1 mL
 Etilefrina 10mg/mL - 1mL
 Fenitoína 50mg/mL - 5 mL
 Fenobarbital 200mg/mL - 1 mL
 Furosemida 10mg/mL - 2 mL
 Gluconato de Cálcio 100mg/mL - 10 mL
 Haloperidol 5mg/mL - 1 mL
 Hidrocortizona 100 mg
 Hidrocortizona 500 mg
 Hioscina 20mg + Dipirona 2500mg - 5 mL
 Metoclopramida 5 mg/mL - 2 mL
 Midazolam 1mg/mL - 5 mL
 Procainamida 100mg/mL - 5mL
 Prometazina 25 mg/mL - 2 mL
 Propranolol 1mg/mL
 Ranitidina 25mg/mL - 2 mL
 Solução Glicose 25% - 10 mL
 Solução Glicose 50% 10 mL
 Solução Ringer com Lactato 500 mL
 Soro Fisiológico 0,9% - 500 mL
 Soro Glicosado 5% - 500 mL
 Sulfato de Magnésio - 1 mEq/mL - 10 mL
 Sulfato de Terbutalina 0,5mg/mL - 1 mL
 Verapamil 2,5mg/mL - 2 mL

Uso Oftalmológico

Anestésico col.
 Atropina 1% col.
 Ciclopentolato col.
 Colírio lubrificante
 Dexametazona + cloranfenicol col.
 Reepitelizante pom.
 Fenilefrina 10% col.
 Fluoresceína col.
 Gentamicina pom.
 Pilocarpina 2% col.
 Pilocarpina 4% col.
 Tropicamida 1% col.

* Divisão de Farmácia e Apoio Diagnóstico

** Unidade Distrital de Saúde

*** A.R.S.M., N.A.P.S. I e C.S.E. Cuiabá

**** Programa DST/AIDS

***** Fornecidos pela Sec. Est. Saúde

Apêndice 2

Boletim Mensal de Medicamentos



