A política pública de assistência farmacêutica diante das demandas judiciais de fornecimento de medicamento

The public policy of pharmaceutical assistance front of judicial proceedings for the supply of medicine

Ana Carla Vasco de Toledo [a]
Kássia Martins Fernandes Pereira [b]
Luiz Carlos Barnabé de Almeida [c]
Marcelo Lamy [d]
Sonia Francisca Monken de Assis [e]

RESUMO: Objetivo: Explicitar empiricamente a colisão de ordens relacionadas à Assistência Farmacêutica; de um lado, as ordens da política pública de Assistência Farmacêutica; de outro, as ordens judiciais de fornecimento de medicamentos. **Resultados:** O Município estudado tinha 157.384 habitantes. Com 16 Unidades Básicas de Saúde e 6 farmacêuticos que atendiam o SUS em 26 unidades de dispensação de medicamentos (que é a análise da prescrição com a identificação do sujeito que está sendo atendido, pois isto determina os caminhos tomados neste processo). Destas unidades, 6 são gerenciadas por empresa terceirizada. Neste cenário e considerando o período de outubro, novembro e dezembro de 2011 constatamos o registro de 177 itens provenientes de mandatos judiciais e 132 itens constante da lista padronizada. Do total de comprimidos, drágeas, cápsulas, ampolas ou unidades verificou-se 3.627.445, sendo que 1.420.110 unidades atreladas a listas padronizadas, 2.162.941 unidades ao sub-estoque da Prefeitura e 44.394 a mandatos judiciais. No entanto, quando transformados em valores monetários de aquisição, as 44.394 unidades representam R$ 418.930,28 e o restante de 3.583.051 unidades, R$ 460.051,19. Enquanto que cada unidade originada dos processos judiciais equivaleu a R$ 9,44; as padronizadas equivaleram ao valor unitário de R$ 0,13. Praticamente todos os pedidos foram concedidos por liminar, o que implica na entrega do medicamento, sem defesa prévia do gestor. Outro resultado deste estudo é que os mandatos judiciais obrigam os Municípios a arcar com gastos que em grande parte deveriam ser arcados pelos Estados ou pelo Ministério da Saúde. **Conclusões:** Fica a proposta de uma reanálise quanto às dosagens de alguns medicamentos padronizados com possível inclusão de alguns itens solicitados judicialmente. Sugere o estudo que os médicos prescritores, advogados, promotores e juízes se aprofundem no estudo da legislação sobre a exigência e responsabilidades de cada instância do governo. O bom gerenciamento abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

---

[a] Advogada. Bacharel em Direito (UNIMES). Mestre em Direito Internacional (UniSantos). Doutoranda em Direito Ambiental Internacional patrocinada pela CAPES/PROSUP (UniSantos).

[b] Graduada em Farmácia Generalista pelo Centro Universitário da Grande Dourados/MS. Especialista em Farmacologia Clínica pelas Faculdades Oswaldo Cruz/SP. MBA em Gestão de Serviços de Saúde pela UNINOVE/SP.

[c] Bacharel em Ciências Econômicas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; em Comunicação Social - Jornalismo pela Faculdade Varzeagrandense de Comunicação Social. Mestre em Administração pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS.

[d] Advogado. Bacharel em Direito (UFPR). Mestre em Direito Administrativo (USP). Doutor em Direito Constitucional (PUC-SP). Diretor da Escola Superior de Direito Constitucional. Professor de Direito da Faculdade de Direito da Universidade Santa Cecília. ResearcherID: H-5424-2015.

[e] Doutora em Saúde Coletiva (FSP/USP). Mestre em Administração de Empresas - Marketing (Mackenzie). Especialista em Administração Hospitalar CEAHS pela (FGV- SP), no Programa de Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROHASA). Bacharel em Serviço Social (UGF/RJ). Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional de Administração em Gestão de Sistemas de Saúde da UNINOVE. Linhas de Pesquisa: Operações em Serviços de Saúde, Estratégias e Terceiro Setor.

PALAVRAS-CHAVES: assistência farmacêutica; gestão em saúde; racionalização de medicamentos; judicialização da saúde.

ABSTRACT: **Objective**: Explain the collision empirically orders related to the Pharmaceutical Assistance; on the one hand, orders of public policy on pharmaceutical assistance; the other, the court orders the supply of medicines. **Results**: The studied municipality had 157,384 inhabitants. With 16 Basic Health Units and 6 pharmacists who attended the National Health System in 26 medication-dispensing units (which is the analysis of the prescription with the identification of the subject serviced, as this determines the paths taken in this process). Six of these units are managed by a third party. In this scenario and considering the period of October, November and December 2011 found the record of 177 items from injunctions and 132 items of constant standardized list. Of the total of tablets, pills, capsules, ampoules or units there was 3,627,445, with 1,420,110 units linked to standard lists, 2,162,941 units at City Hall sub-stock and 44,394 to judicial mandates. However, when transformed into monetary values acquisition, the 44 394 units represented R $ 418,930.28 and the remaining 3,583,051 units, R $ 460,051.19. While each unit originated the judicial proceedings amounted to R $ 9.44; standardized amounted to the value of R $ 0.13. Virtually all requests were granted by a preliminary, which implies the delivery of the medicinal product without previous defense. Another result of this study is that the court orders require the municipalities to bear expenses that should be largely borne by the States or by the Ministry of Health. **Conclusions**: It is proposing a re-examination as to the dosages of some standard medicines with possible inclusion of some items requested court. The study suggests that prescribing doctors, lawyers, prosecutors and judges to deepen in the study of legislation on requirement and responsibilities of each government body. Good management includes action planning, implementation, monitoring and evaluation of results.

KEYWORDS: pharmaceutical assistance; health management; rationalization of medicines; judicialization of health.

1. Introdução

A Assistência Farmacêutica, definida pela Política Nacional de Medicamentos, é o grupo de atividades relacionadas ao medicamento para apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em cada etapa constitutiva, a conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica, o acompanhamento e avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, assegurando assim o uso racional de medicamentos (OLIVEIRA et al, 2002).

O principal objetivo da política de saúde, em diferentes países é o acesso equitativo aos serviços e produtos de saúde, onde a estratégia fundamental é o aumento da capacidade aquisitiva e o conhecimento técnico do consumidor, atrelado ao aumento da disponibilidade e melhor organização dos recursos médicos e serviços existentes (OLIVEIRA et al, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e gestores de qualidade recomendam a padronização de insumos, de medicamentos e de protocolos de tratamento, como alternativa segura para uniformizar a qualidade e reduzir os custos (LUIZA et al, 1999).

A necessidade do acesso aos medicamentos àqueles que deles necessitam está ligada paralelamente à preocupação do uso indiscriminado dos mesmos, causado principalmente pela frágil regulamentação e atuação das empresas farmacêuticas (BRASIL, 2011). Muitos são os desafios nessa área. Ampliar o acesso da população aos medicamentos, essenciais e excepcionais é uma realidade com múltiplas demandas frente a recursos escassos (TAVARES, 2007).

Observa-se que mesmo com os avanços no acesso aos medicamentos no SUS, a procura é crescente pelo seu fornecimento através da demanda judicial. Estas requerem desde o fornecimento de medicamentos básicos, não incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)[1], até medicamentos prescritos para indicações não previstas em bulas, em situações experimentais e sem registros no país (BRASIL, 2011).

[1] O Decreto 72.552 apontava, desde 1973, para o Plano Diretor de Medicamentos, políticas e diretrizes gerais e medidas

Para estimar a média de unidades de medicamentos totais consumidos no país, primeiro seriam necessários dados de todos os medicamentos dispensados pelo SUS. Em 2002, o Ministério da Saúde despendeu 1,8 bilhões de reais somente para a aquisição de medicamentos para uso em unidades ambulatoriais. Os valores chamam a atenção para o volume de medicamentos que está sendo utilizado pela população e a preocupação é real no sentido de que pode haver muita irracionalidade no seu uso, aumento do risco de morbidades relacionadas a eles, e ainda elevação dos custos para os sistemas de saúde (VIEIRA, 2007).

A racionalidade se traduz na avaliação de disponibilidades e oportunidades, riscos e benefícios e também na análise dos dados numéricos, onde a utilização de medicamentos é um processo dinâmico e instável, no decorrer do tempo de qualquer ambiente, seja unidade de saúde, hospital ou cidade (OSORIO-DE-CASTRO et al, 2002).

Na Portaria n. 3.439 de novembro de 2010, o Ministério de Estado da Saúde, considerando a necessidade de aprimorar os instrumentos e estratégias que asseguram e ampliam o acesso da população aos serviços de saúde, incluindo o acesso aos medicamentos com os princípios da Constituição e do SUS, relacionam-se os medicamentos de responsabilidade de cada instância do poder público.

Os desafios dos gestores do sistema são significativos para obter o uso adequado das tecnologias em saúde, o cuidado efetivo às pessoas e a utilização adequada e econômica dos recursos disponíveis (BRASIL, 2011). A importância da implantação de um sistema de controle logístico de medicamentos, que funcione conforme planejado, certamente permitirá uma agilização e melhor controle de todo o processo, além de reduzir a carga burocrática e os custos e promover a racionalização do trabalho (OLIVEIRA et al, 2002).

Nesse contexto, o presente trabalho apresenta e analisa as informações obtidas em um município do Estado de São Paulo, propondo discussões e readequações da lista de medicamentos padronizados, tendo em vista a dispensação de medicamentos decorrentes de mandados judiciais. Analisa os itens da lista padronizada e da lista de mandados judiciais, estimando o consumo de medicamentos em quantidades e valores, separando por tabelas e classificando-os, e ainda, fazendo comparações entre os medicamentos adquiridos e fornecidos pelo Município e as tabelas anexadas na referida Portaria n. 3.439/2010, do Ministério da Saúde.

2. Fundamentação teórica

2.1 A Saúde no Brasil

A homologação da Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado. Reformou-se então, o sistema de saúde pública brasileiro, implantado em 1990, pela Lei n. 8.080, o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios de universalidade de acesso aos serviços, a integralidade da assistência, o controle social, a igualdade e a descentralização político-administrativa. Essa reestruturação da atenção à saúde provocou mudanças na assistência farmacêutica (MESSEDER et al, 2005).

A partir de 1988, estabeleceu-se a saúde como direito social e o seu cuidado como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Segundo o Art. 196, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2011).

Após discussões envolvendo diferentes segmentos da sociedade, institui-se a Política Nacional de Medicamentos (PNM), pela Portaria Técnica do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde de n. 3.916, em outubro de 1998. Dentre seus objetivos está a formulação das diretrizes de reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, definindo o papel das três instâncias político-administrativas dos SUS (MESSEDER et al, 2005).

Os princípios do SUS asseguram os direitos sociais garantidos por lei a todo cidadão brasileiro, especialmente quando contempla a Assistência Farmacêutica como seu elemento integrante, como parte da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). No item das

---

de integração da ação do governo na coordenação e controle do sistema nacional de produção, distribuição e comercialização farmacêutica; determinando oficialmente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

responsabilidades do governo, coloca como papel dos gestores, em esfera federal, a reorientação e a implantação da Política Nacional da Assistência Farmacêutica, e na esfera estadual, a estruturação e operacionalização dos componentes dela (OLIVEIRA, 2004).

Com a normatização do SUS em 1990, o sistema de saúde brasileira foi reformulado, suscitando a necessidade de elaboração de uma política específica para medicamentos, que garantisse o acesso à Assistência Farmacêutica integral. A PNM reorienta o modelo de Assistência Farmacêutica equiparando em mesmo nível de importância a todas as ações, com caráter mais abrangente, explicitando como fundamental, o acesso aos medicamentos, a garantia de sua qualidade, a segurança e o uso adequado do mesmo (MAGARINOS-TORRES et al, 2007).

A demanda por medicamentos é crescente e a tendência não aponta mudanças nesta área. A disponibilidade de insumos envolve elevados recursos financeiros, cuja ausência de um gerenciamento efetivo pode trazer grandes desperdícios (BRASIL, 2011). Tendo em vista o volume de produtos farmacêuticos comercializados no mundo todo, é preocupante a forma de aceitação dos medicamentos pela sociedade (VIEIRA, 2007). Cresce a exigência para que os serviços de saúde se organizem de modo a responder às necessidades das pessoas, oferecendo um cuidado efetivo e humanizado, provendo todas as informações que o usuário precisa (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007).

O racionamento nos sistemas de saúde tende a ser burocrático devido ao fato de a oferta de cuidados em saúde, depender tanto da necessidade, quanto da capacidade e quantidade de recursos disponíveis. Isso requer maior cooperação de diferentes agentes do setor. O controle de custos e a distribuição dos recursos devem ocorrer com a redução do desperdício e políticas de incentivo, porém, sem ignorar a promoção da eficiência, equidade e qualidade dos serviços (VEIGA, 2008).

2.2 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica engloba atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Quando bem organizado, promove o acesso da população aos medicamentos, em boas condições de uso, na dispensação adequada sob orientação na racionalização do uso, melhorando assim a qualidade de todo o serviço e da vida da população atendida (OLIVEIRA, 2004).

A qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica é possível a partir do planejamento, da organização e da estruturação das atividades desenvolvidas, visando sempre o aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população. Essa assistência, como ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde, envolvendo a alocação de grande volume de recursos públicos (BRASIL, 2011).

A Assistência Farmacêutica apresenta-se como uma área estratégica para os sistemas, já que o medicamento representa uma das principais ferramentas de intervenção sobre grande parte das doenças e agravos que acometem a população (TAVARES, 2007).

O ciclo da Assistência Farmacêutica é um sistema de componentes de serviços interdependentes, onde a ausência ou precariedade de uma atividade há comprometimento da qualidade de todo o processo. Aplicar a gestão de suprimento e logística neste contexto pode contribuir muito na totalidade da gestão do sistema de saúde (EMMERICK et al, 2009).

O papel fundamental dos gestores, prescritores, órgãos de vigilância e controle e inclusive, da população em geral é trabalhar de forma conjunta na perspectiva de uma Assistência Farmacêutica que assegure o acesso e o uso racional dos medicamentos. Essa assistência representa hoje uma das áreas com maior impacto financeiro do SUS de forma geral, e nas Secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 2011).

2.3 Racionalização e Acesso ao Medicamento

O simbolismo que revestem os medicamentos na sociedade tem contribuído com o uso irracional dos mesmos. Segundo a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), o medicamento é parte do complexo médico-industrial que influi na percepção da saúde e da doença, tanto nos profissionais de saúde quanto na sociedade. Ele não se apresenta sozinho, como substância química, mas vem acompanhado por um cortejo de publicidade, informação, brindes, estudos que configuram uma forma de pensar (VIEIRA, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de promover o uso racional de medicamentos, criou o conceito de medicamentos essenciais, sendo aqueles que atendem as necessidades sanitárias da população, demonstrada ssua eficácia e segurança, disponíveis em quantidade e qualidade adequadas e em custo compatível com quem os adquire. Apresentou, ainda, listas padronizadas de medicamentos e guias terapêuticos como estratégias de implementação (OSORIO-DE-CASTRO et al, 2002).

A Rename é uma ferramenta de racionalização da Política de Medicamentos, porque através da seleção de medicamentos essenciais é possível melhorar a qualidade de atenção à saúde, a gestão de medicamentos e melhor proveito do custo efetivo dos recursos sanitários (OLIVEIRA, 2004). O objetivo de padronização e dos guias é aumentar a efetividade da terapêutica, permitindo aos prescritores e outros profissionais da saúde, maior conhecimento sobre o fármaco prescrito com a clínica e estudos específicos. Não é para restringir a oferta ou defender o conservadorismo (OSORIO-DE-CASTRO et al, 2002).

A PNM tem como finalidades principais: a garantia da segurança, da eficácia e da qualidade de medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais. Das diretrizes para alcançar esses objetivos, as prioridades são a revisão permanente da Rename, a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária como reguladora da área (BRASIL, 2011).

A OMS define que o acesso, como garantia da disponibilidade e provisão equitativa dos medicamentos essenciais enfatizados nas enfermidades da pobreza, depende de fatores como: a seleção racional de medicamentos baseada na lista e diretrizes de tratamentos; preços acessíveis para os governos, agentes provedores dos serviços de saúde e aos consumidores; financiamento sustentável e um sistema confiável de distribuição que inclua uma combinação de serviços públicos e privados (OLIVEIRA, 2004).

Os principais fatores que inviabilizam e dificultam o acesso aos medicamentos essenciais são: pouco recurso financeiro, alto custo dos medicamentos, impacto da proteção de patentes de medicamentos e necessidade de profissionais de saúde mais treinados. O conceito de acesso não é somente sinônimo de disponibilidade de serviços e recursos de saúde, mas também, a importância de que estes estejam disponíveis no momento e lugar que o paciente necessita, de forma clara (OLIVEIRA et al, 2002).

Os dirigentes dos serviços públicos discutem a questão do abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, onde os medicamentos são apenas um instrumento da prestação de um serviço e geralmente não há preocupação com a estruturação e organização deste (VIEIRA, 2007).

2.4 Gestão de Saúde

É exigido do setor público que este seja mais eficaz, gastando menos. Exige-se que ele preste mais e melhores serviços, ou seja, fazer mais com menos recursos. Os profissionais de saúde, que convivem com a pressão gerada pelo contato direto com os pacientes, não toleram a escassez de materiais e são os principais geradores de demandas. Em contrapartida, os profissionais responsáveis pelo suprimento ficam obrigados a satisfazer aqueles, com contenção máxima de custos (LUIZA et al, 1999).

Os custos em saúde têm aumentado progressivamente em todo o mundo, em alguns países desenvolvidos esse crescimento tem superado o crescimento do Produto Interno Bruto. Assim, os gestores de serviços de saúde procuram definir prioridades e organizar racionalmente a assistência, usando o mínimo de recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados (ESCRIVAO JUNIOR & KOYAMA, 2007).

Para uma gestão com bons resultados é necessária a construção de um processo de planejamento. É preciso clareza aonde se quer chegar, definir os passos necessários, obter os recursos necessários, e estabelecer prazos para a realização, definindo formas de medir e avaliar os resultados. Na assistência farmacêutica esse planejamento[2] é importantíssimo, pois esta é essencial para a garantia de bons resultados em saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

---

[2] O planejamento estratégico é uma técnica administrativa que através da avaliação do ambiente de uma organização identificam-se as oportunidades e ameaças buscando elencar os pontos fortes e fracos para o cumprimento da missão estabelecida. Assim podem-se aproveitar melhor as oportunidades e reduzir os riscos (CHIAVENATO, 1987). O planejamento estratégico é um método de cálculo que precede a ação, deve ser contínuo, evitando a inviabilização do plano e garantindo o alcance dos objetivos propostos. Trabalha com a incerteza e complexidade de variáveis, admitindo

A gestão da cadeia de suprimentos depende de um conjunto de abordagens utilizadas para integrar e sincronizar eficientemente diversos setores para que os materiais e os serviços sejam produzidos, distribuídos e consumidos na quantidade, qualidade, localização e tempo certos com o objetivo de minimizar os custos globais dos sistemas, ao mesmo tempo de atingir o nível de serviço desejado (SIMCHI-LEVI et al, 2003).

2.5 Judicialização da Saúde

É bastante problemática, para a gestão pública, a judicialização da saúde. As decisões tomadas pelos gestores da saúde são confrontadas pelos advogados, promotores e juízes. Os orçamentos já restritos são comprometidos com a compra de medicamentos mais caros, até com eficácia e segurança duvidosas. E o interesse e influência da indústria farmacêutica confrontam com as necessidades do coletivo, frequentemente envolvendo manipulação e disputa entre poderes (NETO, 2007).

As principais preocupações decorrentes da judicialização da saúde podem ser apresentadas sob três ângulos:

- Infração dos princípios do SUS: embora favoreça àquele que tem maior possibilidade de acesso à Justiça, fere o princípio da integralidade, pois as ações são individuais e não se estendem a todos os portadores com mesma patologia, não beneficiam a todos;
- Dificuldade na Gestão da Assistência Farmacêutica: exigem-se respostas rápidas, imediatas às demandas judiciais, não previstas no planejamento, compras não programadas que resultam em gasto mais elevado de aquisição de medicamentos;
- Segurança do paciente: muitas prescrições endossadas pelo Judiciário são aparentemente inadequadas, pois ancoradas em novos medicamentos e/ou novas indicações com baixa evidência científica, muitas vezes aceitas mais pela influência da indústria farmacêutica do que pela certeza do resultado (PEPE et al, 2010).

Para promover a integralidade da saúde a todos, deve-se primeiro garantir o mínimo de forma isonômica a todos, englobando a proteção à vida, junto ao princípio da dignidade humana, sem abusos de poder ou ineficiência de assistência (PARADELA, 2011).

Não se questiona a justiça de uma determinação judicial de fornecimento de medicamentos, mas preocupa-nos saber se a soma dessas determinações não acaba por prejudicar a política pública de Assistência Farmacêutica, e, em decorrência, ao restante da população.

3. Metodologia da pesquisa

Foi feito um levantamento quantitativo e qualitativo sobre a gestão em saúde, especialmente da Assistência Farmacêutica, de um Município do Estado de São Paulo, a partir de uma análise da lista de medicamentos padronizados e da distribuição de medicamentos por mandados judiciais, bem como as quantidades e valores de consumo desses.

O Município estudado terceiriza o suprimento de materiais hospitalares e medicamentos, bem como toda a logística dos mesmos. A empresa contratada trabalha com um sistema informatizado de gestão de todo o processo de suprimento até a dispensação e controle de estoque dos produtos, onde disponibilizam dados de consumo. O sistema utilizado é integrado ao ERP (Enterprise Resource Planning), que padroniza e integra os diversos processos, garantindo a transformação de dados em informações, e gera conhecimento do negócio para a tomada de decisão dos gestores.

Não será divulgado o nome do Município, nem o nome da empresa terceirizada, protegendo a privacidade dos mesmos, já que o objetivo do trabalho não é de divulgar a identidade do caso.

---

diversas possibilidades de situações, com contexto explícito, parcialmente explicável, considerando a existência de outros atores sociais e vários planos de ação segundo as circunstâncias (TAVARES, 2007).

3.1 Coleta de Dados

Para avaliar o perfil da Assistência Farmacêutica do Município estudado foi necessário coletar dados gerados através do sistema que trabalha com o conceito cliente/servidor, que apresenta interface gráfica, usado pela internet através de acesso remoto terminal Service, com plataforma Windows, Banco de dados Microsoft SQL e linguagem de programação Delphi.

Para avaliar o consumo de cada modalidade, padronizada ou mandados judiciais, foram utilizados relatórios chamados Placar de Movimentação de Estoque, utilizando filtros de pesquisa para cada caso: período (outubro, novembro e dezembro de 2011), local de saída (Central de Distribuição de medicamentos), local de entrada (Prefeitura Municipal) e tipo de estoque (padronizados ou mandados judiciais).

Foram relacionados os medicamentos constantes na lista padronizada, considerados Sub-estoque 1; os medicamentos dispensados através de mandados judiciais, Sub-estoque 8; e os medicamentos pertencentes à Prefeitura, advindos de programas especiais ou Furp, Sub-estoque 2.

Todos os relatórios foram transportados para planilhas individuais do Excel, os medicamentos foram classificados de acordo com a indicação terapêutica, e então, cada lista foi analisada minuciosamente e comparadas entre si, avaliando itens e quantidade consumida, e ainda, foram comparadas com as tabelas anexas na Portaria n. 3.439/2010, verificando possíveis divergências de distribuição.

4. Análise dos Dados

Segundo o Caderno de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, em 2009, o Município estudado apresentava uma população estimada em 157.384 habitantes. Com 16 Unidades Básicas de Saúde e 6 farmacêuticos que atendiam o SUS. Hoje tem em média 26 unidades de dispensação de medicamentos, onde 6 são gerenciadas por empresa terceirizada.

A Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo tem o programa Dose Certa como parte da Assistência Farmacêutica Básica, com o fornecimento de quase 70 tipos de medicamentos para seus Municípios. Os produtos são fabricados principalmente pela Furp e cobrem as doenças consideradas de maior incidência. O Município estudado conta com esse programa, onde o recebimento, distribuição e controle de armazenamento e estoque dos medicamentos (Sub-estoque 2) ficam sob responsabilidade da empresa contratada.

A lista padronizada do Município estudado apresenta hoje 374 itens, com ampla variedade de classes terapêuticas, abrangendo importantes tipos de patologias, incluindo fármacos antineoplásicos. O consumo de medicamentos totalizados nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2011 foi de 177 itens através de mandados judiciais e 132 itens constantes da lista padronizada, apenas 35,3% do total.

O consumo em quantidade unitária, neste trimestre, totalizando número de comprimidos, drágeas, cápsulas, frascos, ampolas ou unidades foi de 44.394 unidades de mandados, 1.420.110 unidades da lista padronizada e 2.162.941 unidades de medicamentos do sub-estoque da Prefeitura.

É interessante salientar que a lista de medicamentos do sub-estoque 2 apresenta pouca variedade de medicamentos, mas a quantidade unitária dispensada dela foi muito maior que a dispensada da padronizada.

Os medicamentos mais consumidos incluídos na lista padronizada e no sub-estoque 2 estão relacionados na tabela 1.

Analisando essa tabela, pode-se observar que o medicamento mais dispensado foi Captopril 25 mg, e em segunda posição, Hidroclorotiazida 25 mg, medicamentos utilizados no tratamento e controle da Hipertensão Arterial.

Em terceiro lugar, está Metformina 850 mg, medicamento hipoglicemiante utilizado no tratamento da Diabete, constituinte da lista padronizada do Município.

O Ácido Acetilsalicílico 100 mg, segue em quarto lugar, usado como antiagregante plaquetário, também da padronizada, e em quinto, Glibenclamida 5 mg, hipoglicemiante, da Prefeitura.

	Medicamento	Classe Terapêutica	Quantidade Trimestral	Lista
1	Captopril 25 mg	Anti-hipertensivo	574.900	Sub-estoque 2
2	Hidroclorotiazida 25 mg	Diurético	352.880	Sub-estoque 2
3	Metformina 850 mg	Antidiabético	300.771	Padronizada
4	Ácido Acetilsalicílico 100 mg	Antiplaquetário	257.709	Padronizada
5	Glibenclamida 5 mg	Antidiabético	202.080	Sub-estoque 2
6	Losartana Potássica 100 mg	Anti-hipertensivo	165.450	Padronizada
7	Omeprazol 20 mg	Antiácido/Antiulceroso	159.279	Padronizada
8	Propranolol 40 mg	Anti-hipertensivo/Antiarritmico	151.600	Sub-estoque 2
9	Diclofenaco sódico 50 mg	Anti-inflamatório	142.100	Sub-estoque 2
10	Levotiroxina sódica 50 mcg	Hormônio Tireoidiano	82.800	Padronizada

Tabela 1 – Relação de Medicamentos Mais Consumidos

Essa pequena análise mostra que a lista padronizada pelo Município junto com alguns medicamentos do Programa Dose Certa da Furp atende boa parte de pacientes, com certa variedade de medicamentos, incluindo diversos anti-hipertensivos, antidiabéticos, antibióticos e até medicamentos controlados que atuam no Sistema Nervoso Central.

Foi gerado no sistema um relatório chamado Classificação de Estoque conforme Curva ABC, onde apresentou 10 itens de classificação A, ou seja, os medicamentos mais importantes.

A padronização de medicamentos é uma solução viável para gerir o estoque porque define o que exatamente se deve manter. A classificação ou curva ABC é um meio de separação e grupamento para melhor controle. Criada por Pareto, a classificação ABC faz a separação de produtos com valores e consumos semelhantes, visando processos de gestão apropriados a cada um. Basicamente a classificação pode ser:

Classe A - Itens mais importantes, correspondentes em média 20%, representando aproximadamente 80% do valor total de estoque;

Classe B - Itens intermediários entre A e C;

Classe C - Itens em média de 70%, com importância pequena em valor, correspondendo em média 20% do valor de todo o estoque (NOVAES; GONÇALVES; SIMONETTI, 2006).

A avaliação das comparações entre as listas de medicamentos e tabelas da Portaria n. 3.439/2010 pode ser observada a seguir. A saber, as listagens anexadas nela são classificadas em:

Anexo I: - Grupo 1A. Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas neste Componente;

- Grupo 1B. Medicamentos financiados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para tratamento das doenças contempladas neste Componente.

Anexo II: - Grupo 2. Medicamentos financiados pelas Secretarias de Estado da Saúde para tratamento das doenças contempladas neste Componente;

- Grupo 3. Medicamentos cuja dispensação é de responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal para tratamento das doenças contempladas neste Componente.

Fez-se uma comparação da lista padronizada do município com as tabelas da Portaria, mostrando os medicamentos padronizados que constam nas tabelas.

Encontram-se medicamentos que não deveriam constar na relação padronizada pelo Município, cuja compra fica a cargo também do Município, já que a aquisição dos mesmos é de responsabilidade do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado, podendo-se citar o Tracomolinus.

Nessa comparação foi possível verificar que 7 itens padronizados pelo município são medicamentos que fazem parte da relação de medicamentos da Furp, Programa Dose Certa, com modalidade de aquisição e repasse de recurso diferentes.

Foi feita também a comparação entre as tabelas da Portaria com a relação de medicamentos consumidos, no período trimestral estudado, através de mandados judiciais contra o Município. Nesse caso, destacam-se:

- O medicamento Adalimumabe 40 mg/0,8 ml é de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde;
- Cabergolina 0,5 mg deve ser financiado pelo Ministério da Saúde;
- Atorvastatina 10 mg e 20 mg, Azatioprina 50 mg, Ciprofibrato 100 mg, Clobazam 10 mg e 20 mg, Fenofibrato 250 mg, Gabapentina 300 e 400 mg, Piristigmina 60 mg e Ácido Risedrônico 35 mg devem ser financiados pela Secretaria Estadual;
- 30 medicamentos dispensados por pedidos judiciais contra o Município também constam na lista padronizada, de composição igual ou apenas em dosagens diferentes.

Fica evidente que o Município estudado gasta parte do seu recurso para a aquisição de suprimento de medicamentos que deveriam ser financiados pela Secretaria Estadual ou do próprio Ministério da Saúde.

O crescente número de ações confirma, de qualquer forma, a necessidade de investigação. Evidenciam-se dificuldades da população não só ao acesso aos medicamentos de atenção básica, mas também ao desconhecimento sobre o papel de cada instância de gestão no processo, levando a manifestação mais intensa de seu poder de reivindicação (MESSEDER et al, 2005).

A seleção de medicamentos consiste no primeiro passo para o acesso da população. Esta deve ser feita juntamente com a elaboração do Formulário Terapêutico e da relação de medicamentos essenciais. O processo deve ser feito por uma equipe multiprofissional de saúde, assessorada pelo gestor, com avaliação constante, sempre buscando ganhos terapêuticos e econômicos (OLIVEIRA, 2004).

Sabe-se que a missão constitucional dos governos é atender às necessidades da população, no entanto, a falta de esclarecimento, inclusive da Defensoria Pública, quanto à divisão de responsabilidade entre os gestores, parece não assegurar a melhoria de acesso aos medicamentos pelo cidadão, além de impedir a concretização da descentralização. As instâncias condutoras e julgadoras das ações judiciais, concentradas no interesse individual em tela, não estão atentas ao uso racional de medicamentos, nem estão aptas a avaliar os possíveis danos ocasionados pela má indicação e mau uso de medicamentos (MESSEDER et al, 2005).

A proposta do uso racional de medicamentos significa que o medicamento cumpra seu papel de instrumento terapêutico: quando prescrito realmente previna, diagnostica, alivia ou cura doenças; estabelecendo inicialmente, a real necessidade do emprego. A prescrição responsável é atenta às evidências de eficácia e segurança, à forma farmacêutica mais apropriada – dose e período de tratamento, à disponibilidade do mercado e acesso do paciente (OSORIO-DE-CASTRO et al, 2002).

É necessário que o responsável pelo suprimento, participe ativamente das discussões sobre os rumos e perfis de atendimento de cada unidade de saúde, propondo alternativas mais racionais e melhor planejamento das ações. Construir relações contratuais entre fornecedores e compradores, como contratos com registros de preços e terceirização que podem contribuir para a gestão de custos (LUIZA et al, 1999).

Os problemas decorrentes da judicialização da saúde que afetam a gestão da Assistência Farmacêutica não estão apenas nas entregas de medicamentos presentes ou não nas listas oficiais, mas também nas características da demanda. Por exemplo, praticamente todos os pedidos são concedidos por liminar, o que implica em entrega imediata do medicamento, sem defesa prévia do gestor, ocasião em que poderiam ser apresentadas alternativas (PEPE et al, 2010).

Cabe ainda dizer, que certamente uma administração e gestão ineficientes, principalmente da Assistência Farmacêutica Municipal, pode contribuir ainda mais para essas confusões e problemas apresentados. Não há como imaginar uma gestão eficiente que não levasse em conta as repetidas demandas judiciais e buscasse ajustar a própria política pública.

Outro ponto levantado foram os valores desprendidos pelo Município, durante outubro, novembro e dezembro de 2011. O valor gasto com suprimentos em saúde neste período pode ser observado na tabela 2.

Mês 2011	Tipo	Valor	Subtotais
Outubro	Mandados Judiciais (Medicamentos + Material Médico)	R$ 126.368,04	R$ 326.715,55
	Padronizada (Medicamentos + Processos Administrativos)	R$ 200.347,51	
Novembro	Mandados Judiciais (Medicamentos + Material Médico)	R$ 143.345,79	R$ 385.833,73
	Padronizada (Medicamentos + Processos Administrativos)	R$ 242.487,94	
Dezembro	Mandados Judiciais (Medicamentos + Material Médico)	R$ 149.216,45	R$ 346.432,19
	Padronizada (Medicamentos + Processos Administrativos)	R$ 197.215,74	
Total			**R$ 1.058.981,47**

Tabela 2 – Valor Gasto com Mandados Judiciais e Medicamentos e Materiais Padronizados

Pode ser observado, que o gasto total foi maior no mês de novembro, porém em dezembro gastou-se mais com mandados judiciais. Em dezembro, por conta de recessos e férias de final de ano e até desacordos políticos podem ter acarretado o aumento da demanda de pedidos judiciais. Confirma-se aqui, que mandados judiciais exigem maior gasto ao Município, sendo que parte desses medicamentos deveria ter sido financiada pelo Estado ou Ministério de Saúde e não pelo Município.

Mesmo que as políticas públicas na área da saúde sejam insuficientes, a interferência do Judiciário, concedendo medidas de urgência para o fornecimento de medicamentos, pode proporcionar um drástico efeito. Essas decisões podem destruir qualquer planejamento, em um momento que satisfaz uma necessidade individual, podendo esvaziar os recursos que seriam suficientes a toda a população (PARADELA, 2011). Por outro lado, a gestão da política pública farmacêutica que não considere e não se ajuste à usual e corriqueira demanda judicial não é uma verdadeira gestão.

Considerações Finais

Para a tomada de decisão, a utilização da informação depende da forma que é apresentada para os gestores e da cultura da organização. Existe a carência de profissionais capacitados para analisar dados e informações do sistema de saúde e para implantar os modelos adequados de disponibilização dos mesmos aos interessados, sejam eles gestores ou munícipes (ESCRIVÃO JUNIOR, 2007).

O Município estudado conta com uma ferramenta muito importante para eficiência e contribuição em sua gestão de saúde, que é o sistema de logística usado pela empresa contratada. A partir de relatórios como os utilizados aqui, pode-se estudar e avaliar informações úteis de controle de estoque e consumo de medicamentos.

Essas informações podem ser transformadas em subsídios essenciais para o entendimento da situação em busca de melhoria no serviço de saúde prestado pelo Município. Através das relações de consumo e das comparações entre as listas pode-se readequar a lista padronizada, inserindo ou excluindo itens, ajustando-a conforme a realidade do caso.

Tem-se um rico banco de dados, não só para gestores, mas também para todos os profissionais de saúde, contribuindo com o trabalho diário durante consultas médicas, bem como na elaboração de protocolos clínicos até medidas educativas para a comunidade.

A gestão de materiais de saúde exige constantes esforços, onde não se pode deixar de estabelecer diretrizes básicas, como não deixar faltar qualquer item vital para a saúde, e definir quais os estoques mínimo e máximo devem ser mantidos para o abastecimento de 100% de serviço (AGAPITO, 2005).

Fica como proposta uma reanálise quanto às dosagens de alguns medicamentos padronizados com a possível inclusão de alguns itens mais solicitados judicialmente, na relação municipal, de modo a atender maior número de pacientes, e também, favorecer a programação de compras com quantidades e prazos bem estimados.

A preocupação com a gestão na saúde, particularmente, na Assistência Farmacêutica, com eficiente controle de suprimentos de medicamentos proporciona melhor planejamento e estratégias na tomada de decisão do gestor público, com melhor administração dos recursos e com a racionalização de medicamentos, beneficiando principalmente a saúde da população atendida. A defesa do direito universal da saúde e sua relevância pública devem estar acima de qualquer interesse econômico (PESSOTO et al, 2007).

É importante acrescentar que é essencial aos médicos prescritores e advogados ou juízes se aprofundarem no estudo da legislação sobre as exigências e responsabilidades de cada instância de governo. E, até mesmo, encaminhar os mandados ao órgão que for competente, como o Estado ou Ministério da Saúde. E ainda, não permitir a interferência e influência políticas e das indústrias farmacêuticas sobre os autores (paciente, médicos, advogados) durante a prescrição da terapêutica medicamentosa.

A judicialização da saúde mostra limites e possibilidades institucionais instigando a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor da saúde e da Justiça. O uso de ações judiciais para o fornecimento de medicamentos das listas oficiais públicas é uma forma legítima de garantir a plena assistência individual terapêutica. O gestor deve atuar de maneira administrativa e judicial, a fim de que possa responder às ordens judiciais e evitar o crescimento de novas ações, juntamente com a preservação dos princípios do SUS (PEPE et al, 2010).

Aplicar instrumentos de gestão de suprimentos redunda em importante melhoria em qualquer âmbito, demonstrada em muitos estudos, tanto em termos quantitativos, como redução de estoque e de custos, quanto em termos qualitativos, como reestruturações técnico-organizacionais e maior conhecimento entre os setores (SIMCHI-LEVI et al, 2003).

O bom gerenciamento é consequência de conhecimentos, habilidades e atitudes, que abrangem ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. A avaliação deve ser permanente, porque pode carecer de em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação (BRASIL, 2011)

Referências

AGAPITO, N. Gerenciamento de Estoques em Farmácia Hospitalar. Estudos Realizados GELOG-UFSC, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

EMMERICK, I. C. M.; LUIZA, V. L.; PEPE, V. L. E. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (4): 1297-1306, 2009.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (3): 655-666, 2007.

ESCRIVÃO JUNIOR, A.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (4): 903-914, 2007.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; NATAL, S.; ALVEZ, C. K. A. Contribuindo coma institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (9): 2091-2102, set, 2008.

LIMA-COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (3): 735-743, mai-jun, 2003.

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.

MACHADO, M. H.; de PAULA, A. E.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no Mercosul: uma abordagem brasileira sobre a questão. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2): s292-s301, 2007.

MAGARINOS-TORRES, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva 12 (4): 973-984, 2007.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (2): 525-534, mar-abr, 2005.

NETO, A. J. F. Judicialização da Saúde. Caderno Mídia e Saúde Pública. vol II. Belo Horizonte, 2007.

NOVAES, M. L. O.; GONÇALVES, A. A.; SIMONETTI, V. M. M. Gestão das farmácias hospitalares através da padronização de medicamentos e utilização da curva ABC. XIII SIMPEP. São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, M. A.; SANTOS, E. M.; MELLO, J. M. C. AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (4): 863-875, jul-ago, 2001.

OLIVEIRA, M. A. ESHER, A. F. S. do C.; dos SANTOS, E. M.; COSENDEY, M. A. E.; LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro, 18 (5): 1429-1439, set-out, 2002.

OLIVEIRA, M. J. L. Assistência farmacêutica: a percepção dos gestores e profissionais de saúde em São Luiz (MA). UFRS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre, 2004.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEIXOTO, M. A. P.; CASTILHO, S. R. Câmbio na assistência perinatal como determinante de consumo e diversidade de antiinfecciosos? Estudo em UTI neonatal no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (1): 257-269, jan-fev, 2002.

PARADELA, V. A. S. Judicialização da saúde. Revista da Procuradoria Geral do Município de Juiz de Fora – RPGMJF. Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 153-166, jan/dez, 2011.

PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; SIMAS, L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5): 2405-2414, 2010.

PESSOTO, U. C.; HEIMANN, L. S.; BOARETTO, R. C.; CASTRO, I. E. N.; KAYANO, J.; IBANHES, L.C.; JUNQUEIRA, V.; ROCHA, J. L.; BARBOZA, R.; CORTIZO, C. T.; MARTINS, L. C.; LUIZ, O. C. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na região Metropolitana de São Paulo. Ciências & Saúde Coletiva, 12 (2): 351-362, 2007.

PESSOTO, U. C.; NASCIMENTO, P. R.; HEIMANN, L.S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 17 (1): 89-97, JAN-FEV, 2001.

SIMCHI-LEVI, D.; KAMINSKY, P.; SIMCHI-LEVI, E. Cadeias de suprimentos: projeto e gestão – Conceitos, estratégias e estudos de casos. Porto Alegre: Bookman, 2003.

TAVARES, G. R. P.; CERUTTI, A. A. P.; FREITAS, C. S. C.; MOREIRA, G. L. MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. Planejamento estratégico como ferramenta para melhoria da gestão da assistência farmacêutica CONSAD - III Congresso Consad de Gestão Pública Painel 40/158, 2007.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (1): 213-220, 2007.

VEIGA, P. A. C. V. Fórum: racionamento dos cuidados de saúde. Posfácio. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (3): 708-709, mar, 2008.

Recebido para publicação em 15/08/2015.
Aceito para publicação em 31/08/2015.



Este trabalho foi licenciado sob uma Licença
Creative Commons Atribuição 3.0 Não Adaptada

Publicação original disponível em:
http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc