

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARCOS GIORINO MURUCI FERREIRA

Perfil das Demandas Judiciais para acesso a Medicamentos no Município de Itaperuna: Uma contribuição sobre novas perspectivas de acesso racional e igualitário

Rio de Janeiro  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCOS GIORINO MURUCI FERREIRA

Perfil das Demandas Judiciais para acesso a Medicamentos no Município de Itaperuna: Uma contribuição sobre novas perspectivas de acesso racional e igualitário

Dissertação de Mestrado submetida à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre em Saúde da Família. Orientadora: Profa. Dra. Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui

Rio de Janeiro  
2007

MARCOS GIORINO MURUCI FERREIRA

Perfil das Demandas Judiciais para acesso a Medicamentos no Município de Itaperuna: Uma contribuição sobre novas perspectivas de acesso racional e igualitário

Dissertação de Mestrado submetida à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do Grau de mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues  
Universidade Estácio de Sá

---

Profa. Dra. Vera Lúcia Luiza  
Escola Nacional de Saúde Pública

Dedico este trabalho, a meu falecido pai, Carlos, a minha mãe Eloiza, sempre presente, solícita e disposta a auxiliar; a minha companheira de caminhada Ivy, e a minha filha Anita.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Variáveis e indicadores adotados para análise do perfil dos mandados em Itaperuna	39
<b>Quadro 2.</b> Adequação do Hiperdia e os indicadores a serem empregados	41
<b>Quadro 3.</b> Indicadores de custo e classe terapêutica	43
<b>Quadro 4.</b> Apresentação dos custos das associações e monodrogas	46
<b>Quadro 5.</b> Alguns custos por unidade posológica e classe terapêutica	48
<b>Quadro 6.</b> Resultados dos indicadores de adequação	50

## LISTA DE SIGLAS

AF - Assistência Farmacêutica

CEME - Central de Medicamentos

CF – Constituição Federal

DCB - Denominação Comum Brasileira

ECA - Enzima Conversora de Angiotensina

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

HIPERDIA - Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão e Diabetes *Mellitus*

IADO - Insulinas e Antidiabéticos Orais

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

MSNCP - Medicamentos que Atuam no Sistema Nervoso Central e Periférico

NEM - Novas Entidades Moleculares

NOB - Norma Operacional Básica

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

## RESUMO

A Assistência Farmacêutica no Brasil procurou, nos últimos anos, estabelecer programas capazes de atender às necessidades dos usuários do SUS, baseada em seus princípios fundamentais e seguindo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos. Apesar deste esforço, um número cada vez maior de usuários procura a Justiça para assegurar acesso aos bens e serviços de saúde gratuita. A utilização das vias judiciais como garantia de acesso a medicamentos sinaliza para um desajuste entre o que os programas de Assistência Farmacêutica do SUS oferecem e o que as prescrições no serviço público solicitam cotidianamente na clínica. Esta situação indica a necessidade de estudos que esclareçam a qualidade do acesso, o grau de adequação das listagens de medicamentos e a real necessidade dos itens prescritos, considerando os critérios da Organização Mundial da Saúde para seleção e as novas questões acerca do princípio da equidade. Estudo seccional realizado de janeiro/2004 a junho/2007, sobre os itens inclusos nas ações judiciais para o município de Itaperuna, foi utilizado para descrever e analisar a frequência, o perfil farmacoterapêutico e de custo dos medicamentos solicitados nas demandas judiciais. Para conferir elementos capazes de contribuir com a discussão a respeito do grau de adequação das listagens de medicamentos no SUS, foram escolhidos como referência aqueles que compõem a lista do Programa Hiperdia. Os resultados apontam algumas questões: superposição de classes terapêuticas nas prescrições constantes dos mandados, utilização excessiva das associações medicamentosas em detrimento das monodrogas, um grau de inadequação das listagens para essa amostra, prescrição e dispensação irracionais e a não utilização da RENAME como parâmetro para a prescrição (somente 47,6% dos itens dos mandados figuram na sua listagem). A maioria dos medicamentos encontrados é usada para tratamento de doenças relacionadas ao aparelho cardiovascular, com 29,48% do total de itens e 34,65% dos custos, e ao sistema nervoso central e periférico, com 28,81% do total de itens e 50,15% dos custos. Esse panorama aponta para a necessidade de se discutir, dentro do sistema, a organização do acesso a medicamentos considerando o risco social e sanitário, a adequação das listas existentes, critérios de organização do acesso, novos mecanismos de financiamento e a real necessidade.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica, demandas judiciais, adequação, acesso.



## ABSTRACT

### **Accesso to Medication in the Municipality of Itaperuna, state of Rio de Janeiro: Analysis on the profile of judicial demands**

In recent years, Pharmaceutical Assistance in Brazil has been trying to establish programs able to meet the needs of SUS's users, guided by its basic principles and following the guidelines of the National Medication Politics. Despite this effort, more and more users seek the Justice to ensure access to free health goods and services. The use of judicial ways to ensure access to medication points to a disagreement between what is offered by SUS Pharmaceutical Assistance and the usual prescriptions issued by the public health care. This situation points to the need of carrying out studies that explain the quality of access, the degree of adequation of drug lists, and the real need of the prescribed items, considering WHO's selection criteria and the new issues on the equity principle. A cross-sectional study carried out from January/2004 to June/2007, on items included in judicial actions in the municipality of Itaperuna, state of Rio de Janeiro, was used to describe and analyze the frequency, pharmacotherapeutic profile and costs of drugs requested in judicial demands. In order to check for elements able to discuss the degree of adequation of drugs list at SUS, we chose the ones included in the list of the Hiperdia Program. Results point to some issues: superposition of therapeutic classes in injunctions' prescriptions, excessive use of drugs associations instead of monodrugs, inadequacy of lists for this sample, prescription and irrational dispensation, and the non-use of RENAME as prescription parameter (only 47% of items in injunctions are in this list). Most drugs are used to treat cardiovascular diseases (29.48% of items and 34.65% of costs) and central and peripheral nervous system (28.81% of items and 50.15% of costs). This fact shows the need to discuss, within the system, the organization of access to medication, considering the social and sanitary risk, the adequation of existing lists, organization criteria of access, new financing procedures and the real need.

**Key words:** Pharmaceutical Assistance, judicial demands, access, adequation.

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
2.1. Assistência Farmacêutica Básica no SUS	14
2.2. Judicialização como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos	22
2.3. Eqüidade e acesso a medicamentos	25
2.4. Programa Hiperdia	28
2.5. Justificativa	31
<b>3. OBJETIVO GERAL</b>	<b>33</b>
3.2. Objetivos específicos	33
<b>4. MARCOS CONCEITUAIS</b>	<b>34</b>
4.1. Qualidade do acesso	34
4.2. Indicadores de estrutura, processo e resultado para a Assistência Farmacêutica	36
4.2.1. <i>Adequação</i>	36
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>38</b>
5.1. Local da pesquisa	38
5.2. Variáveis de escolha	39
5.3. Indicadores de adequação	40
5.4. Amostra	42
5.5. Coleta de dados	42
5.6. `Preços dos medicamentos	42
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>43</b>
6.1. Sobre as ações judiciais	43
6.2. Gastos com medicamentos	45
6.3. Adequação da listagem de medicamentos do Hiperdia	49
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>54</b>
<b>8. REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

A distribuição de medicamentos dentro do Sistema Único de Saúde respeita uma regulamentação que, em última análise se divide em três estratégias. A primeira trabalha com um programa que atende a Atenção Básica, regulado atualmente pela Portaria MS 2084/2005. A segunda estratégia, esta amparada pelo programa de medicamentos de alto custo e doenças raras, o Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional, regulado pela portaria 1318/99. Além destes, o MS estabelece programas para atender a doenças de importância epidemiológica, como por exemplo: Tuberculose, DST/AIDS, Hanseníase, Saúde Mental, Dengue etc.

Assim como determina a Lei 8080/90, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), estes programas encontram nos municípios, e nos estados de forma complementar, seu ponto de dispensação dos medicamentos padronizados. Apesar dos medicamentos considerados essenciais pelo Ministério da Saúde estarem listados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), é fato que as prescrições dentro do serviço público, muitas vezes, não atendem a esta referência ,logo, não se enquadram na padronização dos programas ou não encontram nas listagens oficiais todos os itens necessários à necessidade da clínica. Como consequência deste desajuste, os usuários muitas vezes encontram na via judicial a única alternativa para garantir acesso aos medicamentos prescritos.

Esta prática, ao longo dos anos, acabou por transformar as demandas judiciais para acesso a produtos e serviços de saúde, numa das principais questões da atual discussão da Assistência Farmacêutica no SUS. Fundamentada no direito garantido na CF (Constituição Federal), no seu artigo 196, a Justiça demanda o fornecimento

de medicamentos que nem sempre se enquadram no conceito de essencialidade, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a despeito da tentativa de uma organização do acesso a medicamentos através da Lei Orgânica da Saúde (LOS ) e outros instrumentos normativos complementares.

Moraes (2006) contribui quando discute o conflito entre interesses comerciais e interesses públicos no segmento farmacêutico.

Inúmeros trabalhos manifestam o conflito de interesses comerciais que cercam o medicamento, na medida em que corresponde a uma dualidade entre o primeiro com as ações em saúde, em particular à Assistência Farmacêutica e Terapêutica, que através da arte e de conhecimentos técnico-científicos deve concentrar-se no conceito amplo recomendado pela Organização Mundial da Saúde, quando busca contemplar um elenco de medicamentos, com base nos pressupostos doutrinários de essencialidade. (Moraes, 2006, p. 1)

A LOS, ao estabelecer competências para as esferas de governo, regulamentando a CF, gera interfaces de responsabilidades nas ações de saúde, cuja delimitação é alvo de intensas negociações nas instâncias políticas do SUS, ocasionando eventualmente, uma indefinição no momento da oferta dos procedimentos. Soma-se a isto o fato de que uma lei com um objeto tão amplo e complexo, dispensa o legislador da responsabilidade de abordar questões específicas a respeito da Assistência Farmacêutica e da terapêutica, que podem necessitar de leis complementares, isto é, um instrumento normativo submetido ao legislativo. Estas leis podem definir responsabilidades, listagens mais abrangentes e protocolos mais específicos de acordo com as especialidades da medicina.

Na ausência destes instrumentos, os procedimentos acabam regulamentados por portarias ou outros instrumentos do poder Executivo, que não são submetidos ao Legislativo e talvez, por conta disto, muitas vezes, não são considerados pelo Judiciário, e não respaldam profissionais e gestores.

Na Introdução o trabalho pretende apresentar uma discussão a respeito da atual disposição dos programas oferecidos pelo SUS, oferecer informações sobre as questões que compõem o tema judicialização do acesso a medicamentos e sua relação com algumas considerações a respeito do termo equidade. Propõe ainda uma metodologia adaptada de Luiza (2003), para construir dados capazes de apoiar conclusões a respeito da qualidade do acesso a medicamentos e sua possível relação com a judicialização, utilizando como referência os medicamentos do programa HIPERDIA.

Ao analisar as demandas judiciais para obtenção de medicamentos no município de Itaperuna, este estudo pretende gerar dados para contribuir com a discussão do tema e se utilizar dos resultados para propor sugestões a fim de auxiliar no gerenciamento do problema e na promoção do Uso Racional dos Medicamentos.

## **2. INTRODUÇÃO**

### **2.1. Assistência Farmacêutica básica no SUS**

A história recente da Assistência Farmacêutica no Brasil encontra na Central de Medicamentos (CEME) um capítulo importante. Extinta em 1997, a CEME representava, segundo Gomes (2002), um modelo centralizado de produção e distribuição de medicamentos, e se apresentava como uma ferramenta de controle de preços e oferta de medicamentos essenciais no país.

A desativação da CEME e a necessidade de reorientação da Assistência Farmacêutica, contemplada na Norma Operacional Básica 01/96, dentro dos preceitos da Lei nº 8.080/90, culminou com a edição da Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que define Assistência Farmacêutica como:

Grupo de atividades relacionadas ao medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização 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 (BRASIL, 1998).

As diretrizes aprovadas na Política Nacional de Medicamentos são: a adoção da relação de medicamentos essenciais; a regulação sanitária de medicamentos; a reorientação da assistência farmacêutica; a promoção do uso racional de

medicamentos; o desenvolvimento científico e tecnológico; a promoção da produção de medicamentos; a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e, por fim, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Essas diretrizes objetivam nortear as ações nas três esferas de governo e, ainda segundo a PNM, prevêm essa reorientação fundamentada nas seguintes questões: descentralização da gestão; promoção do uso racional dos medicamentos; otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos do setor privado.

Após a publicação da PNM, o Ministério da Saúde edita o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, através da Portaria GM nº. 176/99 de 8 de março de 1999<sup>1</sup>, regulamentada pela Portaria nº 956/GM, de 25 de agosto de 2000 e, finalmente, a Portaria nº 16, de 14 de dezembro de 2000, que previa um elenco mínimo de medicamentos (Anexo I).

Essas normas, em última análise, determinavam critérios e parâmetros para uma fórmula de financiamento conjunto da lista de medicamentos essenciais, para atender ao Programa de Farmácia Básica, a partir da pactuação entre as três esferas de governo. Apresentavam, ainda, um sistema de contrapartida financeira, como pré-requisito para habilitação dos municípios e estados a receberem os recursos da União, usando critério populacional como parâmetro de distribuição dos recursos federais. De forma quase concomitante, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, oficializado pela Portaria GM nº. 1.077/99, de 24 de agosto de 1999.

---

<sup>1</sup> A Portaria GM nº 176/99 estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

Ainda dentro desse esforço para adequar a Assistência Farmacêutica àquilo que preconiza a PNM, o Governo Federal estabelece o Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional (Portaria GM nº. 1.318, de 23/07/02), destinado a garantir o acesso a medicamentos de alto custo e doenças raras, que até hoje enfrenta problemas.

O crescimento da demanda e o aumento dos preços praticados pelo mercado acarretaram defasagens entre os valores repassados pelo MS e os valores gastos. Para fazer frente às necessidades de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, as Secretarias Estaduais de Saúde – SES têm financiado esta diferença com recursos próprios. Entretanto, face à ampliação, do acesso aos medicamentos “excepcionais”, as Secretarias Estaduais de Saúde encontraram problemas em suas estruturas operacionais para atender ao crescimento desta demanda (BARROS *et al.*, 2005, p. 2).

As dificuldades da esfera estadual na gerência do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, causadas principalmente pelo aumento da demanda, além do subfinanciamento desse mesmo programa pelo Governo Federal, contribuem para dificultar o financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) na alta complexidade (BARROS *et al.*, 2005).

... no caso do Estado do Rio de Janeiro, considerando apenas um elenco de 126 itens, o gasto médio orbita em torno de **R\$ 15,00 milhões/mês**, enquanto que o repasse médio, está na casa de **R\$ 5,00 milhões/mês**, portanto a **diferença é de 66,7%**. (Moraes AC, 2006, p.21).

Isto causa uma sobrecarga nos municípios, que, como representantes da federação mais próximos e acessíveis, acabam por co-financiar o Programa de Dispensação dos Medicamentos Excepcionais, naqueles momentos em que o Estado não atende à demanda de forma satisfatória.

Os municípios também precisam desembolsar recursos acima do pactuado, a fim de financiar o Programa de Farmácia Básica, além de outros itens que não



fazem parte de nenhuma listagem de medicamentos estabelecida nos programas do SUS, mas apresentam pressão de demanda. Dentre estes, alguns essenciais, que não são contemplados nos programas estabelecidos para acesso a medicamentos no nível local (Anexo II).

No município de Porciúncula (Noroeste Fluminense), por exemplo, a verba repassada pelo Governo Federal correspondia, em 2004, a aproximadamente R\$ 18.000,00/ano (R\$ 1,00/hab/ano – Portaria nº 176/99), e o gasto real girava em torno de R\$ 10.000,00/mês (SMS Porciúncula, 2006). Este valor se destinava somente a adquirir os itens do elenco mínimo que estabelecia a Portaria GM nº 176/99 (SMS Porciúncula, 2006).

A tentativa de mitigar a insuficiência flagrante das listagens propostas pelos programas anteriormente citados, levou a Unidade de Assistência Farmacêutica do município de Natividade a propor a implantação do Programa Municipal de Acesso a Medicamentos Especiais (ou de média complexidade). Esse programa é financiado com recursos próprios e estabelece normas para dispensação de uma listagem adicional composta por 51 itens, destinada a atender à média complexidade (Anexo II). A organização do acesso a esses itens atende a uma triagem que segue parâmetros baseados no risco social e sanitário, e pretende se organizar de acordo com o sistema de referência e contra-referência, padronizando itens por especialidades e atrelando sua prescrição ao profissional médico especialista.

O mesmo programa foi agora implantado no município de Itaperuna, e é regulamentado pela Portaria SMS nº 12/07, de 25 de maio de 2007 (Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna - Anexo III).

A falta de uma definição clara, na forma de Lei, da responsabilidade das esferas de governo na oferta de uma Assistência Farmacêutica, nos seus três níveis

de complexidade, está forçando estes municípios a legislarem a este respeito. Logo, independente do tamanho e da estrutura orçamentária dos municípios, estes optam por estabelecer uma listagem de média complexidade, utilizando, porém, mecanismos de triagem e racionalização imprescindíveis à garantia do acesso regular e racional a esses itens.

Em outubro de 2005, o Governo Federal editou a Portaria nº 2.084/GM (BRASIL, 2005), que estabelecia “normas e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica” e definia “o elenco mínimo obrigatório de medicamentos”, substituindo a dinâmica proposta na Portaria nº 176/99.

A Portaria GM nº 2.084/2005 surgiu como uma tentativa de incremento do acesso a medicamentos, já que o sistema de financiamento pactuado até então não correspondia à realidade dos gastos dos municípios e à necessidade da clínica medicamentosa. Ao definir o elenco mínimo obrigatório, a Portaria nº 2.084/05 divide a listagem em dois componentes: o primeiro, listado no Anexo IV deste trabalho, é chamado de “componente estratégico”. Este componente o Governo Federal financia sozinho, através de repasse de recursos diretamente aos municípios, fundo a fundo, ou usa na aquisição de medicamentos, para posterior distribuição.

O “componente descentralizado”, que atende à Atenção Básica (Anexo V), “será financiado pelos três gestores e a transferência de recursos do gestor federal é condicionada à contrapartida dos gestores estadual, municipal e do Distrito Federal” (Portaria nº 176/99).

Alguns avanços podem ser percebidos com a Portaria nº 2.084 de 28 de outubro de 2005, que, além de propor uma nova dinâmica no financiamento, inclui itens que ainda não haviam sido contemplados nas listagens anteriores. No

tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), houve a inclusão de um agonista  $\beta_2$  inalatório (Salbutamol Aerosol) na lista básica, além de um corticosteróide inalatório (Beclometasona), com a possibilidade de acesso no nível local, já que itens semelhantes figuravam apenas na listagem do Programa de Medicamentos Excepcionais. Além disso, houve o direcionamento do uso da Metildopa como antihipertensivo para gestantes, entre outras mudanças (Portaria nº 2.084/05).

É preciso considerar ainda, alguns grupos de enfermidades importantes que não são contemplados na nova portaria: problemas vasculares (grandes vasos e circulação periférica) e oftalmológicos; problemas ósseos causados por disfunções hormonais, principalmente na mulher; alternativas para hipertensão severa, refratária aos anti-hipertensivos oferecidos, somente para citar alguns exemplos.

Podemos encontrar outras enfermidades não contempladas, cujo tratamento necessita de itens que, assim como os anteriormente citados, podem não ser de consenso, mas que, pela importância e consumo, merecem uma avaliação no sentido de compor uma eventual nova listagem e uma nova dinâmica para regulamentação do acesso.

Se levarmos em consideração as distorções características desse segmento, que incluem as estratégias de mercado para direcionamento das prescrições (PICON, 2005), os novos fármacos que nem sempre dividem benefícios aos usuários, medicamentos para uso contínuo apresentado em caixa com 28 comprimidos, entre outras, existe a necessidade de se estruturar no serviço público mecanismos que protejam o nível local dessas distorções. Além disso, é importante determinar parâmetros de triagem, dentro da mais nova significância do termo equidade, num universo de recursos escassos.

Se considerarmos a crescente oferta de produtos farmacêuticos e os interesses envolvidos num mercado deste tamanho,

Em 2000, estimou-se que o mercado mundial de medicamentos mobilizou cerca de 400 bilhões de dólares... O Brasil está entre os dez maiores mercados, sendo o principal da América latina. (Médecins Sans Frontières *apud* WANNMACHER, 2004, p. 92).

Os programas de fornecimento de medicamentos necessitam de mecanismos para analisar a real necessidade das ditas “inovações”, que não necessariamente representam avanços na clínica, além de desenvolver as discussões a respeito da necessidade eventual da incorporação de um novo item ou tecnologia, que realmente divida benefícios entre os usuários (MOSEGUI, 2002).

As características socioeconômicas do Brasil completam este cenário, e assim, não há como desconsiderar o componente social determinante nos índices de morbidade, num país onde “90% dos mais pobres da população receberam em 1989, 46,8% da renda, enquanto os 10% mais ricos receberam 53,3%” (SCHILLING *apud* BERMUDEZ, 1995), nem a necessidade da construção de parâmetros que norteiem a priorização do atendimento daqueles menos favorecidos. Devemos responder à pergunta: “como ser mais igualitário com os recursos hoje disponíveis?” (TRAVASSOS, 1997, p. 3). A mesma autora também cita que:

não existem, até o presente, dados que possam avaliar o impacto da criação do SUS nas desigualdades em saúde e no consumo de serviços de saúde. Esse fato indica a urgente necessidade de construir-se um novo inquérito nacional sobre o tema. (TRAVASSOS, 1997, p. 4).

Ainda segundo a autora, há necessidade de o poder público assumir que os recursos são insuficientes para promover acesso universal e igualitário à medida que “não há possibilidade de um sistema de saúde igualitário, sem a solidariedade

daqueles que ganham mais, por meio de sua maior contribuição ao financiamento do sistema” (TRAVASSOS, 1977, p. 3).

Talvez o avanço das discussões sobre a necessidade de critérios mais específicos para nortear a distribuição dos recursos venha reforçar o caráter igualitário das ações. A priorização dos recursos já disponíveis para a camada menos favorecida pode depender do desenrolar dessas questões. Os princípios fundamentais do sistema são conquistas, mas precisamos discutir sua real possibilidade e abrangência num cenário de demanda crescente e subfinanciamento.

A pretensão retórica de financiar todos os “tipos de tratamento” para todos, sugerido pelos princípios fundamentais, pode impossibilitar a inclusão de fármacos nas listagens de medicamentos dos programas do SUS. Itens que são essenciais, a maioria compoendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2007 (RENAME, 2007), mas que são de difícil financiamento, principalmente se não existirem mecanismos de racionalização do acesso (Anexo II).

A prática local dentro das Unidades de Assistência Farmacêutica evidencia a insuficiência dos itens que compõem a atual listagem básica (Portaria nº 2.084/05), mas também aponta para a eminente necessidade de se criar critérios, inclusive sociais, de acesso a determinados itens que são essenciais, mas de custo elevado, o que pode dificultar a garantia de uma oferta universal e regular. Um bom exemplo é a ausência na lista de itens que contemplem dores severas, cuja necessidade é muito comum no tratamento de alguns tipos de câncer; outro exemplo é a ausência de qualquer hipolipemiante, com acesso garantido no nível local, como a sinvastatina, uma estatina que, apesar de fazer parte da RENAME-2007, figura na

listagem do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional (Portaria nº 2.577/GM, 2006).

A ausência de programas que organizem o acesso racional, regular e gratuito à média complexidade em Assistência Farmacêutica, além do subfinanciamento dos outros programas, obriga os usuários a recorrerem às vias judiciais como única possibilidade de acesso.

O município de Itaperuna enfrenta hoje uma realidade desalentadora naquilo que diz respeito ao acesso a medicamentos por vias judiciais. Um movimento que começou de forma tímida em 2003, atinge hoje em cheio as finanças do município, fato a ser explorado de forma mais detalhada adiante.

## **2.2. Judicialização como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos**

Apesar da tentativa do setor público de organizar o acesso a medicamentos, a utilização das vias judiciais para obtenção de acesso no SUS se tornou, nos últimos anos, um dos principais problemas para o sistema e para os gestores. A utilização excessiva desse direito mostra “a conscientização de uma parcela da população no que se refere aos seus direitos” (BARROS *et al.*, 2005, p. 3), mas também pode apontar certo grau de inadequação das listagens, além de evidenciar algumas distorções e excessos.

O médico receita o remédio que o laboratório quer e o paciente nunca questiona o médico. O Ministério Público não pode mudar a receita, e a Justiça sempre decide pelo direito garantido na Constituição. Dessa forma, o Estado tem de arcar com um gasto

muito maior para fornecer aquele medicamento e faltam recursos para os pacientes da atenção básica. (PICON, 2005).

O mesmo autor chama a atenção para o fornecimento de medicamentos sem registro (PICON, 2005) e itens cuja aplicação terapêutica está diametralmente contrária àquela preconizada na definição de medicamentos essenciais<sup>2</sup>, como o Viagra®<sup>3</sup> (CONASEMS, 2005, p. 1). Neste cenário, o número de ações judiciais aumenta a cada ano.

Os registros de mandados judiciais na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) iniciam-se em 1991; a partir de 2000, percebe-se um grande aumento no número de ações impetradas contra a gestão estadual solicitando medicamentos para todos os tipos de indicação terapêutica, inclusive de atenção básica. Ao final de 2002, somavam-se 2.733 ações judiciais contra o estado. (MESSEDER e col., 2005, p. 526).

A falta de uma discussão realística a este respeito obriga o Poder Judiciário a definir prioridades e determinar tratamentos, que, em última análise, são procedimentos médico-farmacêuticos, que deveriam seguir parâmetros técnicos científicos preestabelecidos e submetidos à análise da sociedade.

São fatores que contribuem para estas ações: as demandas por medicamentos não registrados no país ou não incluídos na Tabela do SIA/SUS do Ministério de experimentais ou de pesquisas científicas; a indicação de medicamentos que não atendem aos critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas; entre outros. (BARROS et al., 2005).

Em contraponto ao exposto anteriormente, precisamos analisar, através do esforço para a medida isenta e responsável da adequação das listagens, a

---

<sup>2</sup> “Medicamentos essenciais são aqueles medicamentos que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde da maioria da população; devem, portanto, estar disponíveis em todos os momentos, em quantidades adequadas e em apresentações apropriadas. A um preço que a comunidade possa pagar.” (WHO, 2000a; SOBRAVIME, 2004, p.36).

<sup>3</sup> Viagra (Laboratório Pfizer) - Citrato de Sildenafil 25mg, 50mg, 100mg – medicamento usado para tratamento da disfunção erétil.

disposição do setor público para a eventual necessidade de inclusão de novos itens e novos critérios de acesso aos medicamentos no nível local.

Quanto à delimitação da responsabilidade das esferas de governo na Assistência Farmacêutica, Messeder e colaboradores (2005) emitem o seguinte parecer:

O nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, seria o responsável pela execução das ações, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos por ele próprio, quanto os fornecidos pelos outros dois níveis de gestão. À gestão estadual caberia a responsabilidade de organização e coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade específica quanto à dispensação dos medicamentos de alto custo (ou excepcionais). O gestor federal seria responsável pela regulação de todo o sistema, devendo providenciar os mecanismos de financiamento, bem como propor as diretrizes das ações a serem implantadas pelos estados e municípios. (MESSEDER *et al.*, 2005, p. 526).

Esta responsabilidade segue a organização que mostra a referência anterior, mas o incremento das listagens não deve prescindir da discussão sobre os itens cuja dispensação deve ser de responsabilidade do setor público, além dos critérios de seleção preconizados pela OMS (WHO, 2003) e da negociação de mecanismos de financiamento entre as esferas de governo.

Neste contexto, a estratégia da Saúde da Família pode se transformar em via importante de triagem do acesso a medicamentos. Funcionaria como uma alternativa para minimizar os efeitos deste problema, à medida que pode subsidiar, dentro do sistema de referência e contra-referência, a organização do acesso a itens, por especialidade de referência<sup>4</sup>, que não fazem parte da listagem básica dos municípios e estados, mas que, por serem essenciais, podem compor uma padronização da média complexidade em Assistência Farmacêutica (AF).

---

<sup>4</sup> A prescrição desses itens está atrelada ao profissional de referência do município para aquela especialidade.



O acesso a itens de média complexidade em AF deve depender de critérios técnicos, através de protocolos preestabelecidos, e atrelando sua prescrição ao especialista de referência. As discussões a respeito da real possibilidade da abrangência do princípio da equidade inauguram algumas tendências para rediscussão de parâmetros de triagem de acesso, baseados no risco sanitário e social (Portaria nº 001/2006, SMS Natividade, 2006).

O município de Natividade experimenta a possibilidade de regulamentação do acesso através de uma padronização de média complexidade, com prescrição exclusiva do especialista, e triagem social através de diagnóstico realizado pelo Serviço de Assistência Social. Através deste programa, o índice de demandas judiciais contra o município em dois anos de vigência do programa é zero (SMS Natividade, 2007).

### **2.3. Equidade e acesso a medicamentos**

A discussão do princípio da equidade relativo ao acesso a medicamentos parece necessitar de uma abordagem mais realista do sentido da igualdade.

Em geral, o princípio de igualdade de acesso tem sido operacionalmente tratado, pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais. Ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais. (Van Doorslaer e colaboradores, 1993 *apud* TRAVASSOS, 1997, pág. 2).

Por este aspecto, talvez seja necessário analisar o sentido da igualdade com critério social, para o acesso aos itens de média complexidade. Mais uma vez, há

confirmação da municipalização como política indispensável, à medida que se destaca “a fundamental importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços e saúde” (TRAVASSOS, 1997, p. 3).

As questões referentes aos limites de financiamento e ao acesso encontram ponderações globais, pois “um estudo feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) constatou que em 23% dos 104 países em desenvolvimento avaliados, menos de 30% da população tinha acesso a medicamentos essenciais” (WHO, 1988; apud BERNUDEZ, 2004, P. 46).

Considerando a definição de Bermudez (2004) para acesso a medicamentos essenciais,

a relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual esta necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado (BERMUDEZ *et al.*, 2004, p. 51).

Este estudo opta pela determinação do perfil farmacoterapêutico e de custo das demandas judiciais para medicamentos do município de Itaperuna, levantando-se a possibilidade de geração de dados importantes para discussão sobre a dimensão adequação do acesso na listagem de medicamentos disponíveis no município, utilizando como referência os medicamentos do Programa Hiperdia.

Para tanto, serão utilizados indicadores desenvolvidos por Luiza (2003), adaptados pelo pesquisador. Considerando o perfil dos itens relacionados ao tratamento da hipertensão e diabetes encontrados nas ações, pretende-se gerar subsídios capazes de contribuir para a discussão acerca da dimensão adequação da qualidade do acesso das listagens de medicamentos no município. Trabalhamos

com o conceito de acesso de Bermudez (2004), também proposto por Donabedian (1973) e ampliado por Penchansky & Thomas (1981). Esses autores propõem as seguintes dimensões para o acesso:

**disponibilidade (volume e tipo)** de serviços em relação às necessidades; **acessibilidade** – tomada aqui como uma dimensão do acesso –, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes; **acolhimento (accomodation)**, que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; **capacidade de compra**, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; **e aceitabilidade**, que representa as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um. (Penchansky & Thomas *apud* TRAVASSOS, 2004, p. 2).

Bermudez e colaboradores (2004), buscando extrapolar esta conceituação para questões ligadas ao acesso a medicamentos essenciais, propõem as seguintes dimensões para o acesso a medicamentos: poder de compra, disponibilidade, acessibilidade geográfica e aceitabilidade e adequação.

Na definição das dimensões do acesso acima em referência, o termo “*accomodation*” é interpretado como acolhimento, mas, para efeito deste trabalho, nos parece mais conveniente interpretar como adequação, que pretende inferir o grau de adequação ou ajuste dos itens oferecidos pelos programas e aquilo que a demanda racional solicita. Esta discordância na tradução do termo se justifica à medida que o dicionário (*The Landmark Dictionary*, 1996) lista o termo “*accommodate*” traduzido como “acomodar, hospedar”, o que poderia justificar sua interpretação como acolhimento, mas também como “adaptar e ajustar”.

A próxima seção do trabalho vai apresentar de forma sucinta o Programa Hiperdia, cuja listagem de medicamentos será empregada como referência para a proposição de indicadores capazes de gerar parâmetros matemáticos que podem

contribuir com a discussão do grau de adequação da listagem do Hiperdia, e sua relação com a solicitação de itens relacionados através das demandas judiciais.

#### **2.4. Programa Hiperdia**

O aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas colocou a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* como principais fatores de risco para muitas doenças do aparelho circulatório (BRASIL/MS-OPAS, 2004), como por exemplo: O infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. (BRASIL/MS-OPAS, 2004).

O diabetes é um estado hiperglicêmico crônico, de alta prevalência e ocupa lugar de importância no mapa epidemiológico do país e do mundo. “Estima-se que em 1995 atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%”, com uma concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL/MS-OPAS, 2004).

A hipertensão, doença crônica que acomete “40 a 50% da população adulta com mais de 50 anos” (BRASIL/MS-OPAS, 2004), apresenta grande impacto no perfil de morbimortalidade da população, “sua prevalência varia com o critério diagnóstico empregado e aumenta em faixas etárias maiores” (BRASIL/MS-OPAS, 2004). O impacto social destes agravos e sua importância e participação nos gastos em saúde, demandam uma série de ações em saúde pública, e estimulam vasta publicação a respeito do seu comportamento e medidas de controle.

Na tentativa de diminuir a prevalência dos agravos decorrentes da hipertensão e do diabetes, e como parte do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (Portaria Conjunta nº 02, de 05/03/2002), o Ministério da Saúde editou a Portaria GM nº 371/02 de 04 de março de 2002, instituindo o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Hiperdia.

A Assistência Farmacêutica para o Programa Hiperdia prevê uma listagem específica para tratamento medicamentoso composta pelos seguintes itens (DATASUS, 2007), para hipertensão arterial: **Captopril comp. 25 mg** – antihipertensivo vascular – inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA); **Hidroclorotiazida comp. 25 mg** - diurético tiazídico; **Propranolol comp. 40 mg** – bloqueador  $\beta$  não-seletivo.

Para o tratamento do diabetes, os medicamentos indicados pelo programa são: **Glibenclamida comp. 5,0 mg** - antidiabético oral pertencente ao grupo farmacológico das sulfoniluréias de segunda geração; **Metformina comp. 850 mg** - composto do grupo das biguanidas que aumenta a sensibilidade da insulina nos tecidos periféricos, principalmente no fígado, além de e **Insulina NPH - 100 UI**.

A insulina é um hormônio produzido pelas células beta das ilhotas de Langerhans do pâncreas, e seus efeitos consistem em reduzir os níveis sanguíneos de glicose (GILMAN, 2003)).

Segundo o MS, esses itens foram escolhidos de acordo com o que preconiza a OMS e referendados pelo Comitê Técnico Assessor do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2002).

A medida da adequação destes fármacos às possíveis variações do estado clínico dos pacientes e à variabilidade biológica inerente a qualquer grupo de indivíduos coloca em xeque a capacidade de cobertura de um esquema farmacoterapêutico rígido, já que este pode não se adaptar a todas as situações. Um bom exemplo é o captopril, que apresenta como principal efeito adverso a “tosse seca e incômoda” em 5 a 20% dos pacientes (GILMAN, 2003), fato facilmente referendado pela prática diária como principal queixa dos pacientes submetidos ao tratamento com este fármaco.

Qual o esquema alternativo que o serviço público oferece a esses pacientes? O propranolol, com todos os inconvenientes de um  $\beta$  bloqueador não-seletivo, também pode ser outro exemplo.

Este estudo não pretende se aprofundar nas variações clínicas possíveis dos desdobramentos desses tratamentos, mas destacar a necessidade de discussões a respeito da real abrangência dos tratamentos que são oferecidos, à luz dos princípios fundamentais que devem nortear o sistema.

Apesar de a listagem da Farmácia Básica ser colocada como elenco mínimo, podendo ser aumentado pelos municípios, não existe mecanismo específico para garantir o financiamento dos novos fármacos. Assim, a maioria dos municípios acaba por oferecer o mínimo estabelecido nos programas, à medida que...

À luz das evidências científicas mais atuais, o Ministério da Saúde adotou como padrão de tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes *Mellitus*, medicamentos essenciais, preconizados pela Organização Mundial de Saúde - OMS, referendados pelo Comitê Técnico Assessor do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (DATASUS, 2007).

A garantia do princípio da universalidade pode encontrar aí um obstáculo, já que a rigidez dos esquemas propostos pode impossibilitar a cobertura de parte dos casos.

## **2.5. Justificativa**

O alcance e a abrangência de um sistema de saúde como o SUS representam uma conquista extraordinária da sociedade brasileira. A construção de critérios para acesso a medicamentos, num plano de tal amplitude, talvez dependa da definição de uma relação entre aquilo que o sistema pretende oferecer e quanto é possível gastar. Naquilo que diz respeito à Assistência Farmacêutica, o aprofundamento desta discussão se torna condição indispensável à garantia de um acesso racional e regular a medicamentos essenciais.

A escolha da listagem de medicamentos disponíveis para o Programa Hiperdia como itens de referência, na tentativa de proposição do grau de adequação da qualidade do acesso a medicamentos, acontece não só pela importância em saúde pública destas duas síndromes, cujas características já foram sucintamente descritas, mas sobretudo, pela regularidade e uniformidade na oferta dos itens, característica importante em patologias que prevêm evolução crônica. Outra razão para escolha desse programa é o fato de seus dados serem amparados pela alimentação de um programa específico, que garante o envio dos medicamentos como contrapartida. Todas estas características facilitam a coleta de dados e a comparação com esquemas terapêuticos diferenciados e alternativos, necessários nas várias fases da evolução crônica dessas patologias.

O levantamento destas questões busca possibilitar a otimização dos recursos disponíveis, com a conseqüente ampliação do acesso aos medicamentos essenciais, e maior aplicação dos princípios fundamentais em Assistência Farmacêutica no SUS, além de facilitar o desenvolvimento de um trabalho de educação continuada aos prescritores, dispensadores, usuários de medicamentos e outros.

Na tentativa de estabelecer relação entre uma eventual inadequação das listagens para acesso a medicamentos no nível local e o aumento exagerado do uso da via judicial, este estudo vai apresentar indicadores de adequação adaptados de Luiza (2003), utilizando-se da listagem do Hiperdia como referência, procurando discutir sua adequação como um dos fatores importantes na construção de alternativas e sugestões que possam auxiliar no gerenciamento do problema.

É necessário esclarecer que as demandas judiciais, na sua maioria, respeitam um regime jurídico chamado de “tutela antecipada” ou “antecipação da tutela” – ou seja, “ordem judicial obrigando o réu a fornecer medicamento antes do julgamento do mérito da ação” (MESSEDER *et al.*, 2005), o que pode justificar gastos e aquisições sem o cumprimento do rito necessário à aquisição de bens e serviços no serviço público, com o tempo necessário para a aquisição de forma mais racional. Este cenário facilita um ambiente de aquisição de medicamentos sem o devido controle, além de aumentar sobremaneira o gasto e o uso irracional com medicamentos.



### **3. OBJETIVO GERAL**

Este trabalho analisará o perfil farmacoterapêutico e de custo das demandas judiciais para acesso a medicamentos no município de Itaperuna, estado do Rio de Janeiro.

#### **3.1. Objetivo específico**

- Propor indicadores capazes de contribuir com a discussão acerca do grau da dimensão adequação do acesso.
- Gerar subsídios para a questão do acesso à Assistência Farmacêutica no nível primário e local
- Propor sugestões que podem auxiliar o poder público no gerenciamento dessas questões.

## **4. MARCOS CONCEITUAIS**

### **4.1. Qualidade do acesso**

A busca pela construção de um ambiente ideal para acesso a medicamentos no SUS necessita de uma clara definição de seus objetivos, abrangência e o nível de qualidade que se pretende atingir.

Donabedian (1986) definiu, como propósito dos sistemas de atenção à saúde, “proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, da maneira mais eqüitativa e ao maior número de pessoas possível”, mas por conta da abrangência do conceito de qualidade do acesso, segundo esse autor, isso torna a “definição tão geral que quase não resulta valor”. No entanto, ele toca nos três princípios constitucionais do SUS, já com menção à atual discussão a respeito dos limites do possível alcance destes princípios, dependendo das características peculiares àquele sistema de saúde.

Por este aspecto, ao se evoluir num ensaio a respeito da qualidade da atenção à saúde, e notadamente da Assistência Farmacêutica, torna-se imprescindível determinar que parâmetros vão nortear o padrão de qualidade, segundo a presente pesquisa: o que se espera, o que é necessário e o que é possível.

A dificuldade para medir esse conceito não apenas aparece por conta de sua característica abstrata, mas sobretudo pela diversidade de fatores que influem na concepção adequada de qualidade que se pretende medir.

A correlação estabelecida por Donabedian (1986), daquilo que descreve como os domínios principais da investigação da qualidade em saúde, o sócio - organizativo e o clínico, com sua “conhecida tríade” de estrutura, processo e resultado, é uma tentativa de estabelecer uma distinção de “conceitos”, mas “sem estabelecer limites artificiais”, facilitando o caminho do conceito ao indicador. O autor define estrutura com referência “às características mais estabelecidas e invariantes”; o processo com referência aos aspectos da atenção, “do ponto de vista técnico e da interação do terapeuta com o paciente”; e resultados se referem às conseqüências da atenção (DONABEDIAN, 1986, p. 324).

Segundo o mesmo autor, “o coração da investigação da qualidade está no esclarecimento da relação entre o processo e o resultado, e entre a estrutura e o processo”, e a investigação da qualidade baseada nessa correlação não pode prescindir do caráter interativo e contínuo dos conceitos, permitindo maleabilidade desses limites na definição dos grupos de indicadores (DONABEDIAN, 1986, p. 324).

Muitas vezes, o nível de qualidade depende fundamentalmente de uma relação estabelecida entre necessidade e custo. Neste sentido, há que se considerar a definição de procedimentos realizáveis através de protocolos como imprescindível, e mais uma vez considerar a discussão em torno do termo “equidade”, com definição de critérios de prioridade ao acesso baseado no risco sanitário e social.

Apesar disso, parece necessário estabelecer tal correlação, não como forma de impedir ou restringir acesso, mas ao contrário, como instrumento capaz de permitir o exercício do princípio da equidade, quando racionaliza a utilização de novas tecnologias e bens em saúde e prioriza o acesso de acordo com critérios preestabelecidos, já que “a equidade depende da alocação de recursos de acordo

com algum princípio de justiça e imparcialidade” e “segundo um sistema de prioridades baseadas na relação de custo efetividade” (DONABEDIAN, 1989, p. 326).

A metodologia propõe instrumentos diversos para análise das demandas judiciais, além dos indicadores estabelecidos *a priori* por Luiza (2003) e adaptados pelo pesquisador, no intuito de discutir o grau da dimensão adequação do acesso aos medicamentos do Hiperdia no município de Itaperuna, considerando também, entre outros aspectos, o perfil dos medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes pleiteados nos mandados.

#### **4.2. Indicadores de estrutura, processo e resultado para a Assistência Farmacêutica**

Luiza (2003) trabalhou com cinco dimensões do acesso a medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro. As dimensões contemplam tanto a estrutura, quanto o processo e resultado. São elas: disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, aceitabilidade e adequação. Para efeito deste estudo, pretendemos utilizar os indicadores propostos pela mesma autora para a dimensão adequação, nos aspectos preconizados por Donabedian (1986), para organização da medida da qualidade do acesso.

#### **4.2.1. Adequação**

A dimensão adequação do acesso a medicamentos “refere-se ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como as normas técnicas e legais de funcionamento” (LUIZA, 2003). Pretende determinar o grau de ajustamento do elenco de medicamentos do município à realidade da clínica.

Considerando que a utilização da via judicial para acesso a medicamentos usados no tratamento da hipertensão e diabetes pode estar relacionada, entre outros fatores, a um eventual grau de inadequação da listagem do Hiperdia, propusemos abaixo indicadores que buscam fornecer parâmetros matemáticos para contribuir com a discussão sobre tal relação.

Os indicadores de adequação propostos por Luiza (2003) são: percentual de medicamentos prescritos no setor público que faz parte da relação pactuada de medicamentos destinados à atenção básica e percentual de medicamentos da relação estadual de medicamentos básicos discordantes da Relação Nacional de Medicamentos essenciais (RENAME).

No quadro 2, adiante, são apresentados os indicadores adaptados pelo pesquisador para medida da dimensão adequação da qualidade do acesso a medicamentos, de acordo com os critérios estabelecidos para essa amostra. Para tanto, utiliza-se a listagem do Hiperdia relacionada com os medicamentos encontrados na amostra usados para tratamento de hipertensão e diabetes.

É fato que o universo das ações judiciais para medicamentos não é padrão de referência, mas a listagem do hiperdia, que é um programa oficial, pode ser

considerada referência. A disposição desses indicadores não pretende estabelecer um número absoluto capaz de determinar uma graduação rígida para um conceito dependente de tantas variáveis. O que se pretende é gerar referências matemáticas capazes de sedimentar a discussão.

## **5. METODOLOGIA**

Esta pesquisa pretende traçar um perfil farmacoterapêutico e de custo dos medicamentos encontrados nas ações judiciais impetradas na comarca de Itaperuna, com mandados expedidos pelo Judiciário contra o município, durante o período de janeiro de 2004 a junho de 2007.

As informações foram coletadas na Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna, com a análise de todas as ações, num total de 1.313 ações. Esses dados também serão utilizados para alimentar indicadores de adequação, segundo o exposto anteriormente.

### **5.1. Local da pesquisa**

O local do estudo é o município de Itaperuna, situado no noroeste fluminense. O município possui 91.194 habitantes (2004) e é “referência de procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro e de média complexidade para Campos dos Goytacazes e Rio de Janeiro” (UERJ,2005, p. 15). Segundo os dados da mesma fonte, Itaperuna possuía em 2004, 41,5 % da população coberta pelo PSF e 13,4% pelo PACS.

## 5.2. Variáveis de escolha

As variáveis escolhidas pretendem gerar dados para traçar o perfil farmacoterapêutico, além de outros aspectos dos itens encontrados nos mandados, segundo disposto no quadro 1.

**Quadro 1. Variáveis e indicadores adotados para análise do perfil dos mandados em Itaperuna**

VARIÁVEL	INDICADOR	MEDIDA	FONTE
Classe terapêutica	% de classes terapêuticas encontradas nos mandados judiciais de acordo com o critério de inclusão	$\sum$ medicamentos de cada classe terapêutica dividido pelo $\sum$ medicamentos encontrados x 100	Ações judiciais
Medicamentos pleiteados nos mandados utilizados para hipertensão e diabetes	% de medicamentos utilizados no tratamento de Hipertensão e Diabetes pleiteados nos mandados	$\sum$ de medicamentos utilizados em hipertensão e diabetes dividido pelo $\sum$ de medicamentos encontrados x 100	Ações judiciais
Esfera de competência	% de medicamentos encontrados nas ações judiciais por esfera de competência tomando como base as Portarias 1318/02 e 2084/05	$\sum$ itens por esferas de competências de acordo com as portarias dividido pelo total de medicamentos encontrados x 100	Ações judiciais
Medicamentos Pertencentes ou não a RENAME	% de medicamentos encontrados nos mandados pertencentes à RENAME	$\sum$ de itens pertencentes à RENAME dividido pelo total de itens encontrados	Ações judiciais
Apresentação dos medicamentos em associação e monodroga para hipertensão e Diabetes	Percentagem de medicamentos encontrados nos mandados em associação ou monodrogas para hipertensão e Diabetes	$\sum$ de itens em associação ou monodrogas dividido pelo total de itens encontrados para Hipertensão e Diabetes	Ações judiciais
Desembolso de recursos por classe terapêutica	Percentagem do total gasto por classe terapêutica incluídas na pesquisa	$\sum$ do gasto por classe terapêutica dividido pelo total gasto x 100	Notas fiscais e ações judiciais
Desembolso de recursos por esfera de competência	Percentagem do total gasto por esfera de competência	$\sum$ do gasto por esfera de competência dividido pelo total gasto x 100	Notas fiscais e ações judiciais

Além dessas variáveis, o estudo pretende aplicar os indicadores visualizados no quadro 1, para apoiar a discussão sobre a qualidade do acesso, notadamente sua dimensão adequação, tomando como referência a listagem do Hiperdia e sua



relação com os medicamentos utilizados para tratar hipertensão e diabetes encontrados na amostra.

### **5.3. Indicadores de adequação**

Os indicadores de adequação para o elenco de medicamentos do Hiperdia poderão ser utilizados para investigar a possível causa da solicitação de itens para hipertensão e diabetes através de ações judiciais. Estão listados no quadro 2, a seguir e serão os seguintes:

- % de medicamentos encontrados nas ações judiciais que fazem parte da relação de medicamentos destinados ao Hiperdia;

- % de enfermidades mais prevalentes com tratamento não contemplado na lista de medicamentos da atenção básica;

- % de medicamentos encontrados nas ações judiciais discordantes da RENAME.

**Quadro 2. Adequação do Hiperdia e os indicadores a serem empregados**

DIMENSÕES	CONCEITO	INDICADOR	MEDIDA	INSTRUMENTO	FONTE
Processo	A relação de medicamentos pactuada para o Hiperdia, em vigor no momento da pesquisa	% de medicamentos encontrados nas ações judiciais para tratamento de Hipertensão e diabetes que fazem parte da relação de medicamentos destinados ao Hiperdia	$\sum$ medicamentos pertencentes a relação pactuada dividido pelo $\sum$ medicamentos encontrados nos mandados classificados pela RENAME como antihipertensivos e antidiabéticos x 100	Ações judiciais	Ações judiciais
	Patologias cujo tratamento não esta contemplado com o leque de medicamentos dispostos na lista de medicamentos básicos	% de enfermidades mais prevalentes com tratamento não contemplado na lista de medicamentos da atenção básica	Entre as 20 enfermidades mais prevalentes no município, quais possuem medicamentos na lista de atenção básica para seu tratamento	Informações do DATASUS e lista de medicamentos básicos	Informações do DATASUS e lista de medicamentos básicos
	Foram considerados para comparação os medicamentos listados na RENAME 2007, levando em conta o fármaco e a concentração*	% de medicamentos encontrados nas ações judiciais discordantes da RENAME	$\sum$ itens discordantes da RENAME dividido pelo $\sum$ medicamentos encontrados x 100	RENAME e ações judiciais	RENAME e ações judiciais

- Indicador a validar.
- Os indicadores de estrutura e resultados não se aplicam neste caso.

#### 5.4. Amostra

Foram analisados todos os processos judiciais, num total de 1.313, utilizando-se como critério de inclusão na amostra os itens que figuravam nos mandados com repetição de pelo menos quatro vezes.

Ao se analisar os mandados, observou-se que o número de itens era muito grande. Dos 1.313, alguns traziam mais de dez medicamentos diferentes, além de outros itens correlatos e de nutrição associados. A análise dos dados contava com apenas uma pessoa e era preciso determinar um corte para possibilitar a conclusão do trabalho. Após triagem preliminar, foram escolhidos aqueles medicamentos que

se repetiam mais de quatro vezes, numa manobra para escolher apenas os mais prescritos, já que se percebeu que não haveria mudança no perfil se fossem incluídos outros itens.

### **5.5. Coleta de dados**

O material utilizado como fonte de dados foram as ações judiciais disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna, no setor criado especificamente para atender às demandas judiciais. Este departamento conta hoje com um farmacêutico, três advogados, quatro estagiários de farmácia, além de outros oito funcionários de nível médio.

### **5.6. Preços dos medicamentos**

Os preços de aquisição dos medicamentos foram retirados das notas fiscais mais recentes de compra dos itens e fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. Sobre as ações judiciais

Foram encontrados nas ações judiciais um total de 148 (Cento e quarenta e oito) itens de medicamentos, que se repetem 4 (quatro) vezes ou mais. A proporção das classes terapêuticas encontradas, classificadas de acordo com o modelo retirado da RENAME-2007, estão dispostas no quadro 3.

**Quadro 3. Indicadores de custo e classe terapêutica**

CLASSES TERAPÊUTICAS	Erro! Vínculo não válido.	%	% custo
1- ANESTÉSICOS E ADJUVANTES	1	0,67	0,018
2- ANALGÉSICOS	1	0,67	0,53
3 – ANTIINFLAMATÓRIOS	12	8,04	3,46
4- ANTIALÉRGICOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS EM ANAFILAXIA	2	1,35	0,22
5- ANTIINFECTANTES	2	1,35	0,32
6 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO MANEJO DE NEOPLASIAS	3	2,02	3,44
11-VIAMINAS E SUBSTÂNCIAS MINERAIS	6	4,04	0,49
12 - ATUAM SOBRE O SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO	43	28,81	50,15
13 - ATUAM NO SISTEMA CARDIOVASCULAR E RENAL	44	29,48	34,65
13.4 ANTIHIPERTENSIVOS	15		13,25
14 - MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SANGUE	3	2,02	0,17
15 - MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA DIGESTIVO	7	4,71	1,86
16- MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA RESPIRATÓRIO	7	4,71	1,2
17- ATUAM SOBRE O SISTEMA ENDÓCRINO E REPRODUTOR	10	6,69	2,1
17.3 - INSULINAS E ANTIABÉTICOS ORAIS	7		1,21
18- TÓPICOS USADOS EM PELE MUCOSAS E FANEROS	3	2,02	0,49
19 - MEDICAMENTOS TÓPICOS USADOS NO SISTEMA OCULAR	4	2,69	0,9
TOTAL	148	99,97	99,998

OBS: Os antihipertensivos, as insulinas e antidiabéticos são subitens, logo seus percentuais não estão incluídos na soma do total.

Pode-se observar que a disposição das classes terapêuticas concentra sua maior frequência nos medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular e

renal (MSCR), com 29,48%, seguida dos medicamentos que atuam no sistema nervoso central e periférico (MSNCP), com 28,81% do total de itens selecionados. Para esses dois grupos, Messeder e colaboradores (2005) encontraram a seguinte percentagem de freqüência: 21% e 17,5%, respectivamente.

A pequena discordância observada nos resultados dos dois estudos sinaliza para uma esperada diferença entre o perfil de mandados quando impetrados contra níveis de competência diferentes. Mas tal discordância pode não ser conclusiva a respeito da adequação dos programas do governo para cobrir tais patologias, já que não pudemos analisar os critérios de prescrição e diagnósticos médicos, entre outras questões relativas à adequação dos programas.

Não obstante, os mandados não respeitam os níveis de competência estabelecidos nas normas complementares, como a Portaria GM nº 1.318/02 e a Portaria nº 2048/05, entre outras, e acionam os níveis estadual e municipal à revelia dessas normas. Ignoram, assim, as listas estabelecidas como de competência do nível federal, estadual ou municipal por legislação complementar.

Nos mandados contra o município de Itaperuna, foi possível observar que 12,7% dos medicamentos selecionados compõem a listagem para atender ao Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional e 9,1% figuram na listagem da Portaria nº 2.084/2005. O restante – ou seja, 78,2% – constituem itens que não possuem competência definida nas listagens estabelecidas na AF no SUS. Alguns classificam esses itens como pertencentes à “zona cinzenta”, ou seja, local onde a legislação não define qual ente federado será responsável pelo financiamento e/ou gerenciamento do acesso a estes itens.

O estudo realizado por Messeder (2005) reforça a diferença no perfil dos medicamentos pleiteados contra diferentes esferas de governo para essas amostras.

Segundo esse estudo, dos mandados contra o Estado do Rio de Janeiro, 31,4% solicitavam medicamentos excepcionais e 30,8% eram de medicamentos que foram considerados “sem mecanismo de financiamento explícito”.

Há que se considerar, ainda, que os processos administrativos para o Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional exigem enquadramento nos diagnósticos estabelecidos como indicação para os itens pleiteados que fazem parte da Portaria nº 1.318/90. Logo, “sua dispensação está condicionada à doença do paciente” (MESSEDER *et al.*, 2005). Assim, alguns destes mandados para itens desta portaria podem ter sido expedidos, solicitando medicamentos para tratamento de doenças não especificadas na listagem (Anexo VI).

## **6.2. Gastos com medicamentos**

Na medida das variáveis referentes ao gasto com medicamentos, foi possível observar que 82,3% do total de recursos são utilizados para comprar medicamentos que não fazem parte da RENAME. Isto mostra que, para esta amostra, a RENAME não parece referência importante.

A classe terapêutica que mais consumiu recursos foi a MSNP, com 50,15% do total, seguida pela MSCR, com 34,65% do total. As outras proporções de custo estão dispostas no quadro 3. As duas classes juntas respondem por 84,80% do total gasto com os mandados judiciais no município de Itaperuna, com medicamentos que se repetem quatro vezes ou mais nos mandados.

Foram encontradas seis associações de medicamentos para tratamento de hipertensão. Algumas delas merecem considerações importantes, e seguem abaixo no quadro 4:

**Quadro 4. Apresentação dos custos das associações e monodrogas**

<b>Associações/Custo</b>	<b>Monodrogas/Custo</b>	<b>Soma do Custo das Monodrogas</b>
Losartana Potássica 50mg + Hidroclorotiazida 25mg – R\$ <b>1,75/Comp</b>	Losartana Potássica 50mg – R\$ 0,25/Comp.	R\$ 0,28
	Hidroclorotiazida 25mg - R\$ 0,03/Comp.	
Atenolol 100mg + Clortalidona 25mg Comp – R\$ <b>0,39/Comp.</b>	Atenolol 100mg Comp. – R\$ 0,05 /Comp.	R\$ 0,21
	Clortalidona 25mg Comp. – R\$ 0,16/Comp.	
Espironolactona 50mg + Hidroclorotiazida 50mg – R\$ <b>0,57/Comp.</b>	Espironolactona 50mg Comp. – R\$ 0,28/Comp.	R\$ 0,33
	Hidroclorotiazida 50mg Comp. – R\$ 0,05/ Comp.	

Este trabalho reconhece a importância da possível aplicação da apresentação de medicamentos em associações em algumas situações, mas é necessário analisar sua real necessidade no âmbito do serviço público e sua relação custo-benefício. Podemos observar, no quadro 4 (quatro), que para essas associações, sua aquisição em monodrogas poderia significar uma economia considerável. No primeiro exemplo, o preço de aquisição seria 6,25 vezes menor, de acordo com os dados da Secretaria.

Ainda a respeito do gasto com medicamentos, foram encontradas algumas especialidades da mesma classe terapêutica que também mereceram atenção especial. Esses medicamentos nem sempre representam benefícios terapêuticos em relação aos outros, mas uma grande diferença no que diz respeito aos custos. Este estudo não pretende discutir questões específicas sobre a efetividade das drogas quando comparadas, mas chamar a atenção para a necessidade de se construir

parâmetros melhor definidos para sua prescrição, de acordo com o interesse público.

Em última análise, no caso das ações com mandados expedidos contra o governo, é o serviço público quem paga, e precisa exercer o direito de racionalizar a prescrição para adquirir melhor e proporcionar melhor organização e eficiência no processo.

Seguem abaixo, no quadro 5, alguns exemplos e seus respectivos custos:

#### **Quadro 5. Alguns custos por unidade posológica e classe terapêutica**

Classe Terapêutica	Especialidade	Preço por unidade posológica
Estatinas	Sinvastatina 20mg	0,05
	Rosuvastatina 20mg	6,09
Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina 25mg	0,08
	Maprotilina 25mg	0,84
	Imipramina 25mg	0,08
	Nortriptilina 10mg	0,22
	Clomipramina 25mg	0,48
	Benzodiazepínicos	Alprazolam 1mg
Bromazepam 6mg		0,16
Clonazepam 2mg		0,07
Clozapolam 1mg		0,29
Antiácidos inibidores da bomba de prótons	Omeprazol 20mg	0,11
	Pantoprazol 40mg	1,30
Inibidores da recaptção de Serotonina	Fluoxetina 20mg	0,07
	Paroxetina 20mg	0,08
	Sertralina 50mg	0,30

Nos mandados contra o município de Itaperuna, figuram dois representantes das estatinas, e, de acordo com os dados acima, o preço da Rosuvastatina 20mg, segundo valores de aquisição da Secretaria de Saúde de Itaperuna, é pelo menos 100 vezes maior que o preço da Sinvastatina 20mg.

No caso dos antiácidos, o preço por unidade posológica do Pantoprazol 40mg é 11 vezes maior que o preço da cápsula de Omeprazol de 20mg, além dos outros exemplos.



É claro que a diversidade dos panoramas clínicos possíveis nas patologias tratáveis por esses medicamentos merece um arsenal terapêutico diverso disponível. Do mesmo modo que é preciso admitir incluir alguns destes itens numa possível padronização de média complexidade, o SUS necessita desenvolver mecanismos eficientes para analisar a possibilidade de disponibilizar de forma mais sistemática protocolos mais específicos e sofisticados, a ponto de determinar segundas escolhas e considerar desdobramentos da cronicidade de determinadas patologias, protegendo o sistema de possíveis problemas relacionados à prescrição irracional e de fármacos com benefício real ainda não completamente comprovado.

### **6.3. Adequação da listagem de medicamentos do Hiperdia**

Para se obter o total de medicamentos encontrados nas ações judiciais para tratamento da hipertensão e diabetes, somaram-se os itens das classes AH (subitem da classe MSCR), 15 itens; insulinas e antidiabéticos orais (IADO), sete itens; além das associações para tratamento da hipertensão, sete itens. Esses medicamentos perfizeram um total de 29, ou 19,59% do total dos fármacos dispostos nas ações judiciais.

Todos os medicamentos da listagem do Hiperdia figuram nas ações judiciais, o que pode indicar uma dificuldade no acesso a estes itens no nível local, ou, mais uma vez, um excesso na utilização desse direito.

Com relação à RENAME–2007, apenas 47,6% dos itens dos mandados figuram na sua listagem. Considerando que a RENAME é um documento publicado

pelo Ministério da Saúde, que a define como: “um elemento técnico-científico que oriente a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS” (RENAME, 2007, p. 4), esse dado sugere um certo grau de desajuste entre aquilo que o governo classifica como essencial e a realidade encontrada nas ações judiciais.

#### **Quadro 6. Resultados dos indicadores de adequação**

<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>Resultado</b>
1 - % de medicamentos encontrados nas ações judiciais para tratamento de Hipertensão e diabetes que fazem parte da relação de medicamentos destinados ao HIPÉRDIA	$\sum$ medicamentos pertencentes a relação pactuada dividido pelo $\sum$ medicamentos encontrados nos mandados classificados pela RENAME como antihipertensivos e antidiabéticos x 100	30%
2 - % de enfermidades mais prevalentes com tratamento não contemplado na lista de medicamentos da atenção básica	Entre as 20 enfermidades mais prevalentes no município, quais possuem medicamentos na lista de atenção básica para seu tratamento	-----
3 - % de medicamentos encontrados nas ações judiciais discordantes da RENAME	$\sum$ itens discordantes da RENAME dividido pelo $\sum$ medicamentos encontrados x 100	53,6%

A indisponibilidade de informações claras e oficiais a respeito de critérios de prescrição no SUS, baseados em protocolos clínicos mais abrangentes para as várias patologias ou co-morbidades mais prevalentes, a possível resistência dos profissionais aos documentos existentes, além da falta de conhecimento sobre a própria existência destas diretrizes, podem contribuir para esse desajuste.

Por este aspecto, alguns questionamentos parecem importantes: quantos dos profissionais prescritores do serviço público sabem o que é RENAME? Daqueles que conhecem este documento oficial, quantos o consideram na hora de prescrever?

Por outro lado, a ausência de medicamentos classificados como essenciais pela própria RENAME nos programas de dispensação de medicamentos no nível

local, pode contribuir para este panorama. Um bom exemplo é a Sinvastatina, um antilipêmico da classe das estatinas, que figura na RENAME-2007, mas somente está disponível no Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional. (Portaria SAS/MS nº 921, de 25/11/2002).

A Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, no seu artigo terceiro, estabelece que as prescrições no SUS devam adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB). Somente o respeito ao estabelecido nesta lei já facilitaria e muito o enquadramento de determinados esquemas terapêuticos dentro daquilo que a AF no SUS pode oferecer, já que alguns mandados são expedidos baseados somente em nomes comerciais.

A tarefa de construir uma AF dentro de um padrão de qualidade aceitável, na sua dimensão adequação, não pode caminhar sem a inclusão do padrão de prescrição na medição do desempenho do processo dentro dos preceitos de qualidade. Sem prescrição de qualidade não há adequação possível em qualquer programa de saúde.

Por outro lado, este panorama aponta para a necessidade da rediscussão de uma listagem que contemple não somente a hipertensão e diabetes como patologias isoladas, mas todos os seus níveis de gravidade e cronicidade, além de seus desdobramentos naquilo que concerne às complicações clínicas destas duas síndromes, com acesso racional, porém no nível local (referência).

O número de medicamentos listados na RENAME para tratar hipertensão e diabetes é de 20 itens, mas somente seis figuram na listagem de medicamentos do Programa Hiperdia – ou seja, 30%. Há necessidade, então, de dar início a uma discussão da adequação desta listagem à luz da definição de medicamentos essenciais e da própria RENAME.

Não foi possível calcular o indicador de adequação número 2, que pretende relacionar as enfermidades mais prevalentes com os medicamentos disponíveis nas listagens, pois os programas que gerenciam a assistência das enfermidades de importância epidemiológica no município não ordenam a prevalência de todas estas patologias, além de não computarem algumas co-morbidades, sendo necessário um novo ensaio para determinar a ordem de prevalência, o que não é o objeto deste estudo.

Um sistema de saúde que mantém um programa para tratamento de hipertensão e diabetes deveria prever tratamento definido em protocolos para outras co-morbidades relacionadas a essas síndromes. Não havia na listagem sugerida pela Portaria GM nº 2.084/05, por exemplo, nenhum bloqueador seletivo para receptores  $\beta_1$ . Não raro, havia pacientes desfavorecidos economicamente, hipertensos, com várias co-morbidades associadas, como AVC, insuficiência cardíaca, diabetes descompensado, insuficiência renal etc. – neste caso, o número de variáveis para o esquema terapêutico medicamentoso pode-se tornar muito grande, principalmente quando não há padrão preestabelecido pelo poder público. E quando o sistema não oferece alternativas, a única se torna a via judicial.

As alternativas de medicamentos para tratamento das co-morbidades das patologias previstas nas portarias que regulamentam o acesso no nível local podem compor uma listagem de média complexidade, orientada pela RENAME, cujo financiamento pode ser (por que não?) por um sistema de pactuação entre as esferas de governo.

Vários podem ser os fatores que contribuem para um possível desajuste entre os medicamentos pleiteados nas ações judiciais e aqueles oferecidos pelo serviço público: inadequação da listagem, falta de adesão dos prescritores, vários

representantes da mesma classe terapêutica, propaganda confundindo a prescrição, ausência de protocolos mais específicos, abrangentes e disponíveis etc. No entanto, a inexistência de “plano municipal de assistência farmacêutica e o fato do plano estadual de saúde não definir meta de cobertura” (LUIZA, 2003, p. 116) contribuem para a dificuldade de se estabelecer uma discussão mais minuciosa acerca desses valores.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso da via judicial como ferramenta de acesso aos medicamentos torna-se uma realidade, tanto no nível estadual, quanto no nível municipal. O panorama traçado pelo perfil dos medicamentos pleiteados nos mandados sinaliza com um desajuste entre o que a sociedade deseja e o que o sistema de saúde brasileiro oferece.

Parece claro que o mandado judicial para fornecimento de medicamentos, por conta do regime de antecipação de tutela, não encontra respaldo técnico prévio para racionalização da prescrição, da dispensação, do uso e da aquisição dos itens.

De acordo com o estudo de Messeder e colaboradores (2005, p. 527), “nos anos de 2001 e 2002, há um baixo percentual de ações julgadas (2,0 e 1,3%, respectivamente)”. Ou seja, sem o julgamento do mérito, a maioria desses medicamentos continua sendo dispensada, tendo como único respaldo a prescrição, que nem sempre possui o necessário alinhamento com os programas de dispensação de medicamentos do SUS. Enquadra-se neste cenário a análise da pertinência de prescrições com origem na rede privada de assistência médica, sendo que, no caso da demanda judicial, quem paga a conta é o setor público. O SUS não deve se esquivar da necessidade de uma AF mais abrangente, mas, em contraponto, deve-se empoderar da capacidade e do direito de definir diretrizes de triagem de acesso e esquemas de tratamento mais abrangentes de acordo com o interesse público.

A respeito dos medicamentos da mesma classe terapêutica encontrados e descritos nos resultados, o estudo não reúne dados para analisar a racionalidade do esquema terapêutico proposto, mas algumas observações parecem importantes:

No anexo E da RENAME-2007, que lista os pareceres de exclusão, aparece o medicamento Atorvastatina com a justificativa de sua exclusão informando que “nenhum representante (estatinas) se mostrou significativamente mais eficaz do que outro, ou apresentou perfil de segurança diferente”. E mais, “estudo comparando altas doses de Atorvastatina e doses usuais de Sinvastatina em pacientes pós-infarto do miocárdio não mostrou diferença estatisticamente significativa no desfecho primário do evento coronariano maior”.

Em relação aos antidepressivos, o estudo realizado por Wannmache (2004, p. 1) conclui em seu resumo que “todos os antidepressivos estudados apresentam eficácia similar. A seleção de diferentes representantes orienta-se por outros critérios, dentre os quais se salienta a segurança”.

A superposição de classes terapêuticas encontrada na análise dos mandados, também citada anteriormente, por si só não exclui a pertinência destes esquemas terapêuticos, mas aponta para a necessidade de uma padronização prévia, com análise da eficácia, segurança, custo, risco e benefício do tratamento. O Poder Executivo necessita de tempo e padrão para conseguir adquirir bens de forma eficiente, racional e segura.

A antecipação de tutela justifica a aquisição desses itens num regime diferente daquele exigido para aquisição de bens e serviços no setor público, o que facilitaria o aparecimento de eventuais fraudes na compra destas especialidades.

O cenário forjado por conta do uso excessivo dos mandados para a garantia do acesso a medicamentos no SUS, apesar de apresentar à sociedade um panorama complexo que pede solução, e obrigar o desembolso de recursos de forma desordenada e crescente, pode se transformar na grande oportunidade para que as esferas de governo, agora pressionadas, percebam a eminente necessidade da reformulação de suas políticas para o tema.

A ponderação a respeito de temas polêmicos e de difícil tratamento parece condição anterior à proposição de uma resposta do poder público a esta distorção do direito.

A revisão do conceito de equidade dentro de critérios de risco social e sanitário, a necessidade da criação de uma listagem de medicamentos de média complexidade com seus critérios de acesso, a revisão das listagens existentes, o diálogo com o Poder Judiciário com devida e tempestiva informação técnica de qualidade, a racionalidade da prescrição dentro de preceitos de interesse público e legislação, entre outros, são temas polêmicos, mas que necessitam de abordagem madura para se caminhar na direção de um ambiente de acesso a medicamentos com qualidade e racionalidade.

O Programa de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, pode se transformar em ferramenta importante para auxiliar na adequada triagem do acesso a eventuais listas de medicamentos complementares, que, divididas por especialidades e atrelando o acesso à prescrição do especialista, dentro do sistema de referência e contra-referência, podem auxiliar na organização do acesso a esses itens.

A discussão das responsabilidades das esferas de governo no financiamento e gerenciamento dos programas de AF talvez encontre agora um momento preciso



para o caminhar das negociações, à medida que as ações acabam por provocar um desembolso desmedido de recursos.

A judicialização do acesso a medicamentos parece agora provocar a necessidade de uma ampla discussão acerca do tema, com todos os atores envolvidos: sociedade civil, Poder Executivo, médicos, farmacêuticos, Judiciário. Considerando que todas as esferas de governo são acionadas sem consideração às deliberações na legislação complementar, esta questão se torna comum, sinalizando com um panorama propício para a convergência no sentido de padronizar listagens de medicamentos, protocolos e prescrições.

O próprio Judiciário espera do Poder Executivo uma solução mais definitiva, com possibilidade de resolução dos problemas relacionados ao tema dentro dos limites do SUS, evitando ações judiciais que, pelo volume de demanda e importância do tema, contribuem para a sua sobrecarga.

Os princípios constitucionais do SUS são conquistas extraordinárias da sociedade brasileira. Cabe a ela analisar sua real possibilidade e abrangência num universo de subfinanciamento. A regulamentação do direito do exercício desses princípios constitucionais não deve significar um retrocesso nestas conquistas, mas o direcionamento responsável dos recursos pode funcionar como instrumento importante na garantia do acesso, dentro de princípios razoáveis de prioridade e racionalidade.

## REFERÊNCIAS

BARROS, J. V. *et al.* **Sistema de Dispensação de Medicamentos Excepcionais no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2005.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Uso racional de medicamentos: medida facilitadora do acesso**. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESCHER, A. (Org.) Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 91.

BRASIL, DATASUS. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. [w3.datasus.gov.br/hiperdia](http://w3.datasus.gov.br/hiperdia). Acessado em Março de 2007.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. **Regulamenta o artigo 37 inciso 21 da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências**. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/legislação](http://www.anvisa.gov.br/legislação). Acessado em: Setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA, RDC 328, de 22 de julho de 1999. **Institui as Boas Práticas de Dispensação em Farmácias e Drogarias**. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/legislação](http://www.anvisa.gov.br/legislação). Acessado em: Setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96), 1996**. Disponível em: [www.saúde.gov.br/descentralização](http://www.saúde.gov.br/descentralização). Acessado em: Julho, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3916/GM, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Novembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 176/GM, 8 de março de 1999. **Institui o incentivo a Assistência Farmacêutica Básica**. Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1077/GM, de 24 de agosto de 1999. **Implantação do Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental**. Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 16/GM, de 14 de dezembro de 2000. **Institui elenco mínimo obrigatório para atender ao Programa de Farmácia Básica**. Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006. **Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.** Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1318/GM, 23 de julho de 2002. **Regulamenta a dispensação de medicamentos em caráter excepcional.** Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2084/GM, de 28 de outubro de 2005. **Estabelece normas e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de medicamentos.** Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Novembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 956/GM, de 25 de agosto de 2000. - **Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.** Disponível em: [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2007.** Brasília: MS, 2007.

BRASIL. RESOLUÇÃO CNS Nº 196/96, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** [www.saúde.gov.br/legislação](http://www.saúde.gov.br/legislação). Acessado em: Maio de 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Organização Pan-americana da Saúde. **Centro de Informações de Medicamentos: análise diagnóstica no Brasil.** Brasília: OPAS, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a gestão do programa de dispensação de medicamentos em caráter excepcional.** Brasília: MS, 2004.

COSENDEY, M. A. L.; LUIZA, V. L. Avaliação em saúde e políticas farmacêuticas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESCHER, A. (Org.) **Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 157.

D' ALESIO, R. Programa de Medicamentos Essenciais OPAS/OMS. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESCHER, A. (Org.) **Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 41.

DONABEDIAN, A. Hacia una vision integradora de la investigacion y educacion em salud pública. **Salud Pública de Mexico**, n. 31, p. 569-573, 1989.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluacion y garantia de la calidad. **Salud Pública de Mexico**, n. 32, p. 113-117., 1990.

DONABEDIAN, A. La investigacion sobre la calidade de la atención médica. **Salud Pública de Mexico**, n. 28, p. 324-332, 1986.

GOMES, C. A. P. **A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas**. Brasília: MS, 2002.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003.

HOLLOWAY, K.; GREEN, T. (Eds.). **Drug and Therapeutics Committees: a practical Guide**. Geneva: WHO, 2003.

KERINS, D. M.; ROBERTSON, R. M.; ROBERTSON, D. In: GOODMAN; GILMAN (Orgs.). **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2003. p.

LUIZA, V. L. **Acesso a medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESCHER, A. (Org.) **Acesso a medicamentos: direito fundamental, papel do Estado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 45.

MESSEDER, A.M. *et al.* **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rio de Janeiro. 2005.

MORAES, A. C. **Nota técnica sobre judicialização do acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro. 2006.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOREL, C. M. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, Editorial, ago. 2006.

NASCIMENTO, A. C. **Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado: isto é regulação?** São Paulo: SOBRAVIME, 2005.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

NATIVIDADE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 001/2006. **Define critérios para acesso à média complexidade em Assistência farmacêutica no município**. Secretaria Municipal de Saúde de Natividade.

OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S. *et al.* **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

PICON, P. **Revista CONASEMS**. Editorial. Brasília, n. 8, 2005. Disponível em: [www.conasems.org.br](http://www.conasems.org.br). Acessado em: Julho de 2006.

ROSENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SANTOS, S. C. M. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil**: os desafios impostos pela dinâmica da competição extrapreço. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS. **O que é Uso racional de medicamentos**. São Paulo: SOBRAVIME, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VIGILÂNCIA DE MEDICAMENTOS. **O conceito de fármacos indispensáveis é cada vez mais necessário, em qualquer situação**. Boletim 42/43 – edições 2001-2004.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2, 1997.

TRAVASSOS, C. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190, 2004.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Projeto políticas de saúde: O potencial dos conselhos do Rio de Janeiro – Região Noroeste Fluminense, Situação de Saúde e Controle Social**. Rio de Janeiro, 2005.

WANNMACHER, L. Uso racional de medicamentos: medida facilitadora do acesso. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; OLIVEIRA, M. A.; ESCHER, A. (Org.) **Acesso a medicamentos**: direito fundamental, papel do Estado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 91.

## **ANEXO I: ELENCO MÍNIMO ESTABELECIDO PELA PORTARIA GM 16/2000.**

**AMOXICILINA** Cap. 500 mg + Pó p/ sus. oral 250 mg/5mL

**BENZILPENICILINA BENZATINA** Pó p/ sus. inj. 1.200.000 UI

**BENZILPENICILINA PROCAÍNA+BENZILPENICILINA POTÁSSICA** Pó p/ sus. inj. 1.200.000 UI

**CAPTOPRIL** Com. 25 mg sulcado

**CARBAMAZEPINA** Com. 200 mg

**DIGOXINA** Com. 0,25 mg

**ERITROMICINA** Sus. oral 125 mg (estearato ou etilsuccinato)/5 ml + Com./cap. 500 mg (estearato ou etilsuccinato)

**FENOBARBITAL** Com. 100 mg + Sol. oral gotas 40 mg/ml

**GLIBENCLAMIDA** Com. 5 mg

**HIDROCLOROTIAZIDA** Com. 25 mg/50 mg

**MEBENDAZOL** Com. 100 mg/Sus. oral 100 mg/5 ml

**METRONIDAZOL** Com. 250 mg Sus. oral 200 mg (benzoato)/5 ml

**NISTATINA** Crem. Vaginal 250.000 U.I.

**PARACETAMOL** Sol. oral gotas 100/200 mg/ml + Com. 500 mg

**PROPRANOLOL** comp. 40mg

**SAIS PARAREIDRATAÇÃO ORAL** Pó p/ sol. oral env. P/1 L

**SALBUTAMOL** Com. 2 mg (sulfato) sulcado + Xpe. 2 mg (sulfato)/5 ml

**SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA** Com. 400 mg + 80 mg + Sus. oral 200 mg + 40 mg/5 ml

**SULFATO FERROSO** Sol. oral 25 mg/ml Fe (II) Com. rev. 40 mg Fe (II)

## **ANEXO II: LISTAGEM DE MEDICAMENTOS PARA MÉDIA COMPLEXIDADE - MUNICÍPIO DE NATIVIDADE – PORTARIA 001/2006**

### **CARDIOVASCULAR**

1. CARVEDILOL 6,125MG COMP.
2. ESPIRONILACTONA 25MG COMP.
3. LOSARTAN POTÁSSICO 50MG COMP.
4. CLORETO DE POTÁSSIO XAROPE.
5. NIMODIPINA 30MG COMP.
6. ANLODIPINA 10MG COMP.
7. AMIODARONA 200MG COMP.
8. FLUNARIZINA 10MG COMP.
9. SINVASTATINA 20MG COMP.
10. ENALAPRIL 20MG COMP.
11. PROPATILNITRATO 10MG COMP
12. PENTOXIFILINA 400MG COMP.
13. RITMONORM 30MG COMP.

### **SAÚDE MENTAL**

1. FLUOXETINA 20MG COMP.
2. CLONAZEPAN 2MG COMP.
3. CLOMIPRAMINA 10MG DRÁGEAS
4. DEPAKOTE XP
5. SERTRALINA 50MG COMP.
6. IMIPRAMINA
7. BROMAZEPAN 3MG COMP.
8. AC VOLPRÓICO 250MG/5ML.
9. CARBIDOPA + LEVODOPA.
10. HALDOL DECANOATO SOL INJ 50MG/ML

### **OFTALMOLOGIA**

1. COSOPT – CLORIDRATO DE DORZALAMINA 2% + MALEATO DE TIMOLOL 0,5% SOL OFTÁLMICA.
2. MALEATO DE TIMOLOL 2,5MG/ML, FRASCO 5ML.
3. TRAVATAN - TRAVAPROSTA 0,04% FRASCO 2,5ML.
4. COLÍRIO CLORANFENICOL 5MG + DEXAMETASONA 0,5MG SOL OFTÁLMICA FRASCO 5ML.

### **PEDIATRIA**

1. BROMOPRIDA GTS
2. ALBENDAZOL SUSP 40MG/ML FRASCO 10ML.
3. DOMPERIDONA 1% SUSP ORAL FRASCO 120ML
4. RANITIDINA 15MG/ML SOL ORAL 120ML.
5. DICLOFENACO GTS.
6. DAPIRONA SOL ORAL
7. ACEBROFILINA XP

### **ORTOPEDIA –**

1. ALENDRONATO DE SÓDIO 10MG CAPS.
2. CARBONATO DE CÁLCIO 500MG + VIT D.
3. DICLOFENACO COLESTIRAMINA 75MG COMP.
4. FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETAZONA EM SUSP 3MG AMP 1ML.

**DOR SEVERA -**

1. CODEÍNA 30MG COMP.
2. CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG COMP.

**DST/AIDS**

1. NORFLOXACINA 400MG COMP.
2. ÁCIDO FOLÍNICO 15MG COMP.
3. FLUCONAZOL 150MG CAPS.
4. PREDNISONA 10MG COMP.

**VASCULAR**

1. CAPILAREMA 75MG COMP.
2. DIOSMINA + HISPERIDINA 500MG CAPS
3. CASTANHA DA ÍNDIA 500MG CAPS

**OUTROS**

1. CETOCONAZOL CREME BISN 30G
2. OMEPRAZOL 20MG COMP.
3. DEXAMETAZONA XAROPE
4. TEOFILINA 100MG CAP



## **ANEXO III: Portaria SMS nº 12/07 de 25 de maio de 2007**

### **Cría a Comissão de Farmacia e Terapêutica (CFT) da Secretaria Municipal de Saúde de Itaperuna-RJ para desenvolver estudos e discutir a proposta de padronização da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)**

O Secretário Municipal da Saúde de Itaperuna, no uso de suas atribuições legais e,

**Considerando** que desde 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os países procedam à criação de Comitês Científicos e estabeleçam uma lista básica de medicamentos para uso nos diversos níveis de atenção, dado que o volume cada vez maior de drogas disponíveis, a crescente complexidade da farmacoterapia, a maior sofisticação das técnicas de marketing pelas empresas farmacêuticas e os limitados recursos econômicos fazem com que a definição de lista com critérios de racionalidade seja uma tarefa primordial.

**Considerando** que de acordo com a Política Nacional de Medicamentos oficializada pela Portaria nº 3916 de 30.10.98, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) deve ser a base para a organização de listas estaduais e municipais, visando o processo de descentralização da gestão, tornando-se, portanto, meio fundamental para orientar a prescrição, a dispensação e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Considerando** que o município, em situações especiais, pode adquirir e dispensar medicamentos não constantes das listagens do SUS.

RESOLVE:

Art. 1º - Fica instituída a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), essencial ao Sistema Municipal de Assistência Farmacêutica, que tem como objetivo estabelecer a Relação Municipal de Medicamentos(REMUME) e avaliar prescrições de medicamentos visando a dispensação de medicamentos genéricos e similares, sem prejuízo do paciente.

Art. 2º – São as atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica, dentro de um processo dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo:

I – Discutir a Relação Municipal de Medicamentos(REMUME) provisória em média complexidade (Anexo I) com a padronização dos medicamentos utilizados nos diferentes níveis de atenção; em complemento às listagens estabelecidas por legislação do SUS.

II - Estabelecer os critérios de prioridade para orientar a aquisição de medicamentos no âmbito municipal;

III - Manter constantes estudos referentes à atualização da Relação Municipal de Medicamentos(REMUME);

IV – Analisar periodicamente as estatísticas de morbidade e mortalidade com o objetivo de identificar as necessidades de alterações da REMUME.

V – Participar da elaboração de normas para prescrição e uso dos medicamentos da REMUME;

VI – Colaborar na descrição técnica dos produtos farmacêuticos a serem adquiridos;

VII – Promover a capacitação dos profissionais da SMS para a utilização da Relação Municipal de Medicamentos;

Art. 3º – A Relação Municipal de Medicamentos(REMUME) seguirá os seguintes parâmetros:

- I – Seleção de medicamentos com eficácia comprovada e documentação consistente na literatura internacional;
- II – Indicação em mais de uma doença;
- III – Disponibilidade no mercado nacional;
- IV – Priorização de aquisição por monodrogas, sempre que possível.
- V – Restrição, quando possível, da inclusão de fármacos de descoberta recente e insuficiente experiência clínica, para os quais não foram definidas ainda a eficácia e efetividade por ensaios clínicos comparados efetuados mediante metodologia adequada;
- VI – As decisões devem ser baseadas em custo apenas após a segurança, eficácia e necessidades terapêuticas serem estabelecidas;

Art. 4º – A Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde será composta pelos servidores:

- I - Luiz Antônio da Conceição Carvalho (Médico);
- II - Marcos Murucci (Farmacêutico);
- III - Rodrigo Lima Garcia (Farmacêutico);
- IV - Afonso Carlos Vieira Travassos (médico);
- V - Ronald Cardoso Novaes (médico).

Art. 5º – A Comissão poderá, quando identificar necessidade, solicitar a colaboração de outros profissionais especialistas, servidores da Secretaria Municipal de Saúde para análise e emissão de pareceres.

Art. 6º – A padronização e aquisição de qualquer medicamento para uso na Secretaria Municipal de Saúde, em todos os níveis de atenção, independentemente das modalidades de gestão nas quais ora se enquadrem, fica condicionada à avaliação e parecer da CFT.

Art. 7º – A solicitação de inclusão, exclusão ou substituição de qualquer medicamento, pelos profissionais de saúde da rede de SMS, será registrada através de formulário próprio encaminhado a CFT. O retorno da análise feita pelos membros da CFT ao profissional requisitante deve ser de responsabilidade do Coordenador da CFT.

Art. 8º – A CFT está vinculada ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde.

Art. 9º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Itaperuna, 25 de maio de 2007

ELIAS DARUIS ASSAD NETO  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

## **Relação Municipal Provisória de Medicamentos em Média Complexidade do Município de Itaperuna**

### **CARDIOVASCULAR**

14. CARVEDILOL 3,125MG COMP.
15. ESPIRONILACTONA 25MG COMP.
16. LOSARTAN POTÁSSICO 50MG COMP.
17. CLORETO DE POTÁSSIO 600MG LIB LENTA.
18. NIMODIPINA 30MG COMP.
19. ANLÓDIPINA 10MG COMP.
20. AMIODARONA 200MG COMP.
21. FLUNARIZINA 10MG COMP.
22. SINVASTATINA 20MG COMP.
23. ENALAPRIL 20MG COMP.
24. PROPATILNITRATO 10MG COMP
25. PENTOXIFILINA 400MG COMP.
26. DILTIAZEM 30MG COMP.
27. RITMONORM 300mg COMP.
28. HYDERGINE GTS
29. GINGKO BILOBA 80MG

### **SAÚDE MENTAL**

11. FLUOXETINA 20MG COMP.
12. CLONAZEPAN 2MG COMP.
13. CLOMIPRAMINA 10MG DRÁGEAS
14. DEPAKOTE XP
15. SERTRALINA 50MG COMP.
16. IMIPRAMINA 25MG
17. BROMAZEPAN 3MG COMP.
18. AC. VOLPRÓICO 250MG/5ML.
19. AC. VOLPRÓICO 500MG COMP.
20. CARBIDOPA + LEVODOPA. 50MG/ML
21. RISPERIDONA 2MG COMP.
22. LEVOPROMAZINA GTS
23. ALPRAZOLAN 0,5MG

### **OFTALMOLOGIA**

5. COSOPT – CLORIDRATO DE DORZALAMINA 2% + MALEATO DE TIMOLOL 0,5% SOL OFTÁLMICA.
6. MALEATO DE TIMOLOL 2,5MG/ML, FRASCO 5ML.
7. TRAVATAN - TRAVAPROSTA 0,04% FRASCO 2,5ML.
8. COLÍRIO CLORANFENICOL 5MG + DEXAMETASONA 0,5MG SOL OFTÁLMICA FRASCO 5ML.

### **PEDIATRIA**

8. BROMOPRIDA GTS
9. ALBENDAZOL SUSP 40MG/ML FRASCO 10ML.
10. DOMPERIDONA 1% SUSP ORAL FRASCO 120ML
11. RANITIDINA 15MG/ML SOL ORAL 120ML.
12. DICLOFENACO GTS.
13. DAPIRONA SOL ORAL
14. ACEBROFILINA XP
15. CETOTIFENO XAROPE 1MG/5ML

### **ORTOPEDIA**

5. ALENDRONATO DE SÓDIO 10MG CAPS.
6. CARBONATO DE CÁLCIO 500MG + VIT D.
7. DICLOFENACO COLESTIRAMINA 75MG COMP.
8. FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETAZONA SUSP 3MG AMP 1ML.

### **DOR SEVERA -**

3. CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG COMP.
4. CODEÍNA 30MG COMP.

### **DST/AIDS**

5. NORFLOXACINA 400MG COMP.
6. ÁCIDO FOLÍNICO 15MG COMP.
7. FLUCONAZOL 150MG CAPS.
8. PREDNISONA 10MG COMP.

### **VASCULAR**

4. CAPILAREMA 75MG COMP.
5. DIOSMINA + HISPERIDINA 500MG CAPS.
6. CASTANHA DA ÍNDIA 500MG CAPS.

### **OUTROS**

5. CETOCONAZOL CREME BISN 30G
6. OMEPRAZOL 20MG COMP.
7. DEXAMETAZONA XAROPE

### **PNEUMOLOGIA**

1. TEOFILINA 200MG CAPS.
2. FORMOTEROL 12mcg

## **ANEXO IV: LISTAGEM DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO PORTARIA 2084/2005**

**METILDOPA 500MG** - comprimido  
**CAPTAPRIL 25 MG** – comprimido  
**GLIBENCLAMIDA 5MG** – comprimido  
**HIDROCLOROTIAZIDA 25MG** – comprimido  
**METFORMINA 850MG** – comprimido  
**PROPRANOLOL (CLORIDRATO) 40 MG** – comprimido  
**DIGOXINA 0,25 MG** – comprimido  
**INSULINA NPH 100UI** – frasco ampola  
**BECLOMETASONA 250 MCG** – Inalatório uso oral  
**BECLOMETASONA 50 MCG** – Spray inalatório – uso nasal  
**PREDNISONA 20MG** – comprimido  
**PREDNISONA 5MG** – comprimido  
**SALBUTAMOL (SULFATO) 2mg/5ml** xarope  
**SALBUTAMOL 100MCG** – Aerosol inalatório  
**SALBUTAMOL 2MG** – comprimido  
**ÁCIDO FÓLICO 5MG** – comprimido  
**SULFATO FERROSO 12,5 MG/2ML** – xarope.  
**SULFATO FERROSO 25 MG/ML FE++** – solução oral/gotas  
**SULFATO FERROSO 40 MG/FE++** - comprimido  
**VITAMINA A 100.000 UI** – cápsula  
**VITAMINA A 200.000 UI** – cápsula  
**ADESIVOS TRANSDÉRMICOS DE NICOTINA (14 MG)**  
**ADESIVOS TRANSDÉRMICOS DE NICOTINA (21 MG)**  
**ADESIVOS TRANSDÉRMICOS DE NICOTINA (7 MG)**  
**CLORIDRATO DE BUPROPIONA 150MG** – comprimido  
**GOMA DE MASCAR COM NICOTINA (TABLETE COM 2MG).**  
**ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 mg/mL**  
– injetável  
**ENANTATO DE NORETISTERONA 50 MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG** – injetável  
**ETINILESTRADIOL 0,03 MG + LEVONORGESTREL 0,15 MG** – comprimido  
**LEVONORGESTREL 0,75 MG** – comprimido Anticoncepcional de emergência  
**NORETISTERONA 0,35 MG** – comprimido Anticoncepcional

**ANÉIS MEDIDORES DE DIAFRAGMA** (caixa com conjunto de seis unidades, com diferentes medidas)  
**DIAFRAGMA DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (TCU 380A)**  
**PRESERVATIVO MASCULINO (49 MM)**  
**PRESERVATIVO MASCULINO (52 MM)**

**ANEXO V: LISTAGEM DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE  
DESCENTRALIZADO PORTARIA 2084/2005**

**ÁCIDO ACETILSALICÍLICO - 100 MG** – comprimido

**AMOXICILINA - 50 MG/ML** - pó para suspensão oral

**AMOXICILINA 500MG** – cápsula

**BENZOATO DE BENZILA 0,25%** - emulsão tópica

**DEXAMETASONA CREME 0,1%** - bisnaga

**ERITROMICINA (ESTEARATO OU ETILSUCCINATO) 250MG/5ML** – Susp. Oral

**ERITROMICINA 500MG** – comprimido

**IBUPROFENO 300 MG** – comprimido

**MEBENDAZOL 20 MG/ML** – suspensão oral

**MEBENDAZOL 100 MG** – comprimidos (Albendazol 200 mg) (1)

**METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO) 10MG** – comprimidos

**METOCLOPRAMIDA (CLORIDRATO) 5 MG/ML** – sol. injetável

**METRONIDAZOL CREME VAGINAL 2,0%** - bisnaga

**METRONIDAZOL 40 MG/ML** – SUSP. ORAL

**METRONIDAZOL. 250 MG** – COMPRIMIDO

**MICONAZOL CREME VAGINAL 2% (NISTATINA 25.000 UI/G)** – bisnaga (2)

**NEOMICINA + BACITRACINA 0,5% + 250 UI/G** – bisnaga (3)

**PARACETAMOL 100 MG/ML OU 200 MG/ML** – solução oral.

**PARACETAMOL 500 MG** – comprimido

**BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 U.I.** – pó para suspensão injetável.

**BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 U.I.** – pó para suspensão injetável

**BENZILPENICILINA PROCAÍNA + POTÁSSICA 300.000 UI + 100.000 UI** – susp.  
injetável

**RANITIDINA 150 MG** – comprimido

**SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL 27,9 G** – envelope.

**SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 400 + 80 MG** – comprimido

**SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 4,0% + 0,8%** - susp. oral

**TIABENDAZOL 5% 250MG/5ML** – susp. oral

**TIABENDAZOL 500MG** - comprimido

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)